

Prednosti uvođenja kontrolinga i kvaliteta zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Zvonarić, Enola

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:148:147597>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-18**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet
Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Poslovna
ekonomija - Analiza i poslovno planiranje

PREDNOSTI UVOĐENJA KONTROLINGA I KVALITETA
ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE

Diplomski rad

Enola Zvonarić

Zagreb, rujan, 2024.

Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet
Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Poslovna
ekonomija - Analiza i poslovno planiranje

PREDNOSTI UVOĐENJA KONTROLINGA I KVALITETA
ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE

ADVANTAGES OF INTRODUCING CONTROLLING AND
QUALITY MEASURES IN THE HEALTH SYSTEM OF THE
REPUBLIC OF CROATIA

Diplomski rad

Studentica: Enola Zvonarić

JMBAG: 0067579208

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Šime Smolić

Zagreb, rujan, 2024.

Sažetak

Kontroling je funkcija i podsustav menadžmenta koji pomaže menadžmentu prilikom definiranja ciljeva, planiranja, kontrole, mjerenja performansa, informiranja, upravljanja ljudskim potencijalima i sl. U izazovnom poslovnom okruženju kontroler rasterećuje menadžera kroz osiguravanje transparentnosti rezultata i informacija koje će menadžera upozoriti na odstupanje od planiranog te ga usmjeriti prema cilju. Korištenjem kontrolinga, menadžment zna gdje se nalazi, što želi ostvariti i kako to postići. U ovom diplomskom radu analiziraju se obilježja, kvaliteta i održivost zdravstvenog sustava Republike Hrvatske te se radi kratka usporedba primjene kontrolinga u drugim zemljama u usporedbi s Hrvatskom. Uvođenjem kontrolinga u zdravstveni sustav dolazi do unaprjeđenja upravljačke funkcije i povećanja učinkovitosti cijelog zdravstvenog sustava. Upravo zbog toga što je pitanje zdravstvenog sustava jedno od temeljnih pitanja svake suvremene države, bitno je dobro pružanje strateških i operativnih instrumenata kontrolinga kako bi se pravovremeno dostavile sve relevantne informacije o proračunu te izvješća o medicinskim uslugama. Također, od velike važnosti je i sama implementacija informacijskog sustava kako bi se dobro uveo kontroling te pratila kvaliteta. Ova tema je od iznimne važnosti za Republiku Hrvatsku zbog činjenice da u operativnom upravljanju hrvatskim zdravstvenim sustavom većinski sudjeluju liječnici ili drugo medicinsko osoblje. Moguće je da ta grupa dionika nije kvalificirana za takva upravljačka i menadžerska znanja i vještine pa je u tom području i dalje puno mjesta za povećanje kvalitete. Zaključno, cilj ovog rada je ukazati na važnost kontrolinga i menadžmenta u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske jer se korištenjem ključnih parametara može pratiti evaluacija procesa, slabosti pretvoriti u snage i izgraditi dobra poslovna jezgra ključna za održivi zdravstveni sustav.

Ključne riječi: kontroling, kvaliteta, zdravstveni sustav, održivost, instrumenti kontrolinga, pokazatelji, informacijski sustav, Republika Hrvatska

Summary

Controlling is a function and subsystem of management that helps management when defining goals, planning, controlling, measuring performance, informing, managing human resources, etc. In a challenging business environment, the controller relieves managers by ensuring the transparency of results and information that will alert managers to deviations from the plan and direct it toward the goal. By using controlling, management knows where it is, what it wants to achieve, and how to achieve it. This thesis analyzes the characteristics, quality, and sustainability of the healthcare system of the Republic of Croatia and makes a brief comparison of the application of controlling in other countries compared to Croatia. The introduction of controlling in the healthcare system improves the management function and increases the efficiency of the entire healthcare system. Precisely because the issue of the health system is one of the fundamental issues of every modern state, it is essential to provide good strategic and operational control instruments to deliver all relevant information on the budget and reports on medical services promptly. Also, the implementation of the information system itself is of great importance to properly introduce control and monitor quality. This topic is extremely important for the Republic of Croatia due to the fact that doctors or other medical personnel mostly participate in the operational management of the Croatian healthcare system. It is possible that this group of stakeholders is not qualified for such management and managerial knowledge and skills, so there is still a lot of room for quality improvement in this area. In conclusion, the goal of this paper is to point out the importance of controlling and management in the healthcare system of the Republic of Croatia, because by using key parameters it is possible to monitor the evaluation process, turn weaknesses into strengths, and build a good business core essential for a sustainable healthcare system.

Key words: controlling, quality, health system, sustainability, controlling instruments, indicators, information system, the Republic of Croatia

Izjava o akademskoj čestitosti

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je prijava teme diplomskog rada isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.

Izjavljujem da nijedan dio prijave teme nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog izvora te da nijedan dio prijave teme ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem, također, da nijedan dio prijave teme nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.



(vlastoručni potpis studenta)

Zagreb, 09.02.2024.

(mjesto i datum)

Statement on the academic integrity

I hereby declare and confirm by my signature that the final thesis is the sole result of my own work based on my research and relies on the published literature, as shown in the listed notes and bibliography.

I declare that no part of the thesis has been written in an unauthorized manner, i.e., it is not transcribed from the non-cited work, and that no part of the thesis infringes any of the copyrights.

I also declare that no part of the thesis has been used for any other work in any other higher education, scientific or educational institution.



(personal signature of the student)

Zagreb, 09.02.2024.

(place and date)

SADRŽAJ

1. UVOD.....	3
1.1. Predmet i cilj rada.....	3
1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja podataka.....	4
2. POJAM I ULOGA KONTROLINGA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU	5
2.1. Uloga kontrolinga.....	5
2.2. Pojam, uloga i zadaci kontrolera	6
2.3. Opća obilježja zdravstvenih sustava.....	9
2.4. Uloga kontrolera u zdravstvenom sustavu.....	10
3. PRIMJENA KONTROLINGA U DRUGIM ZEMLJAMA.....	12
4. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE	17
4.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Republike Hrvatske	17
4.1.1. Ustrojstvo hrvatskog zdravstvenog sustava.....	18
4.2. Financijski aspekti hrvatskog zdravstvenog sustava	22
4.3. Ekonomska obilježja zdravstva	28
4.4. Upravljanje kvalitetom hrvatskim zdravstvenim sustavom	29
4.5. Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava	40
5. KONTROLING U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU REPUBLIKE HRVATSKE	47
5.1. Uloga kontrolera u procesima zdravstvene ustanove	47
5.2. Informacijski sustavi u zdravstvu	48
5.3. Ključni pokazatelji uspješnosti hrvatskog zdravstvenog sustava	51
5.3.1. Pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite	52
5.4. Primjena kontrolinga na primjeru jedne hrvatske bolnice.....	53
5.4.1. Povijesni razvoj Kliničke bolnice Merkur.....	54

5.4.2.	Vizija, misija i organizacijska struktura	55
5.4.3.	Ključni pokazatelji kvalitete i uspješnosti poslovanja Kliničke bolnice Merkur	58
5.4.4.	Liste čekanja	64
5.4.5.	Informacijski sustav Kliničke bolnice Merkur	65
6.	ZAKLJUČAK.....	66
	LITERATURA	69
	POPIS SLIKA.....	72
	POPIS TABLICA	72

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Cilj ovog diplomskog rada je potencijalno povećanje uspješnosti poslovanja uvođenjem kontrolinga i provođenjem različitih instrumenta, metoda i tehnika. Uvjeti poslovanja su sve teži, turbulentniji pa opstaju samo ona poduzeća koje brzo uviđaju i prihvaćaju nove trendove. Ovaj rad je namijenjen svima onima na operativnim i upravljačkim razinama zdravstvenog sustava u Republike Hrvatske, kako bi se vidjela važnost kontrolinga. Cilj ovog diplomskog rada je i dublje razumijevanje načina na koji kontroling može doprinijeti poboljšanju performansi, efikasnosti i kvalitete zdravstvene skrbi. U radu se dotičemo tema poboljšanja optimizacije procesa kroz smanjenje čekanja, racionalizaciju postupaka i povećanje produktivnosti osoblja. Nadalje, važnost rada se očituje i u analizi upravljanja troškovima, poboljšanja kvalitete skrbi, pokazateljima poslovanja i načinima kako primjena informacijske tehnologije može poboljšati kontroling u zdravstvu kroz implementaciju informacijskih sustava, elektroničkog zdravstvenog kartona, analitičkih alata i drugih tehnoloških rješenja u zdravstvu.

U zdravstvenom sustavu RH ima preko stotinu zdravstvenih ustanova, domova zdravlja, općih bolnica, specijalnih bolnica, kliničkih bolnica, kliničkih bolničkih centara, zavoda za javno zdravstvo, državnih zavoda i ljekarni. Bilo da je riječ o privatnim zdravstvenim ustanovama, bolnicama ili domovima zdravlja svi ti entiteti „stoje“ pred istim pitanjima; Kako voditi ustanovu/odjel? Tko je zadužen za povećanje i kako povećati efikasnost i efektivnost zdravstvenog sustava i pruženih usluga? Kako postići održivost sustava? Kojom strategijom postići zadane ciljeve? Kako poboljšati komunikaciju?, ali i brojna druga pitanja.

Za odgovore na ova pitanja, potrebno je uvesti kontroling u zdravstvo zbog učinkovitijeg planiranja i financijskog upravljanja, bolje koordinacije na svim razinama te lakšeg prilagođavanja okolini. Trenutno je kontroling i menadžment u zdravstvu na razini Republike Hrvatske podcijenjen pa je potrebno podići svijest o važnosti tih funkcija. Brzi rast tehnologije, globalizacija i povezanost tržišta povećali su problematiku koordinacije zbog sve bržih tehnoloških promjena. S obzirom na to da su u hrvatskim zdravstvenim ustanovama ravnatelji često po struci liječnici, specijalizirani u medicini, te nemaju

dovoljno ekonomskoga znanja, osobito iz područja financija i računovodstva, odjel kontrolinga i uvažavanje stručnoga znanja i prijedloga itekako su važni za donošenje kvalitetnih odluka nužnih za opstanak.¹ Kontroler u zdravstvenom sustavu mora poznavati sve „tajne“ i imati znanja i o funkcioniranju zdravstva, ekonomici zdravstva i ekonomskim metodama i analizama. Zdravstvena zaštita ima brojna jedinstvena obilježja, ali da nije jedinstvena ni u jednom od njih. Ono što je možda jedinstveno, jest kombinacija obilježja te broj tih istih obilježja. Neka od obilježja su: oskudnost resursa, važnost osiguranja, asimetrija informacija, inkrementalna analiza, racionalno donošenje odluka, ograničenje konkurencije, uloga jednakosti i potreba, državne subvencije i javno pružanje usluga i sl. Osim u cilju povećanja kvalitete i postavljanja boljih sustava pokazatelja za praćenje rezultata treba poraditi na racionalizaciji troškova i implementaciji dobrog informacijskog sustava. Rast zdravstvene potrošnje ubrzava, a kontrola rashoda je nezadovoljavajuća, liste čekanja sve su dulje, a korisnici i djelatnici zdravstvenog sustava sve su nezadovoljniji.

1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja podataka

Diplomski rad sastoji od pet poglavlja. Prvi dio čini uvodni dio, cilj rad i istraživačke metode. Drugi dio rada uvod je u sam pojam kontrolinga te njegovu važnost i zadatke u poduzećima, obilježja zdravstvenog sustava te ulogu kontrolera u zdravstvu. U trećem djelu istražuju se prakse kontrolinga u drugim državama kako bi se istražile dobre prakse tih država i potencijalne koristi za sustav kontrolinga u Republici Hrvatskoj. Četvrto poglavlje bavi se analizom zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, od povijesnog razvoja, organizacije i financiranja, podjele odgovornosti, te ključnih prednosti i nedostataka. Naposljetku, peto i završno poglavlje proučava kontroling u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, preciznije, kako je uveden, koji su ključni pokazatelji uspješnosti te njihovu analizu, kontrolu troškova. Podtema petog poglavlja „Primjena kontrolinga na primjeru hrvatske bolnice“ obrađena na temelju primarnih podataka

¹ Stanić N., Kereta J. (2020.): *Kontroling u privatnim zdravstvenim ustanovama*, CRORIS.

dobivenih empirijskim istraživanjem tj. na temelju intervjua provedenih unutar Kliničke bolnice Merkur i Sveučilišne klinike za dijabetes i endokrinologiju (Vuk Vrhovac).

Glavni izvori podataka za pisanje diplomskog rada su knjige, stručni i znanstveni radovi, poslovni časopisi i članci te Internet iz područja kontrolinga, zdravstvenog sustava i ekonomike zdravstva. Metode koje se koriste u radu su induktivna i deduktivna metoda, metoda analize i dr.

2. POJAM I ULOGA KONTROLINGA U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

2.1. Uloga kontrolinga

Kontroling je funkcija i podsustav menadžmenta koji pomaže menadžmentu prilikom definiranja ciljeva, planiranja, kontrole, mjerenja performansa, informiranja, upravljanja ljudskim potencijalima i sl. U turbulentnom okruženju kontroler rasterećuje menadžera kroz osiguravanje transparentnosti rezultata i informacija koje će menadžera upozoriti na odstupanje od planiranog te ga usmjeriti prema cilju. Cilj svakog poduzeća je da bude jedinstveno i da se diferencira od ostalih, zato ulaganje u kontroling i dobro provođenje istraživanja potreba je ključno. U suradnji s menadžerom sam kontroler je suodgovoran za poslovanje poduzeća koristeći se različitim metodama, alatima i instrumentima te osiguravanjem koordinacije i integracije podsustava. Dok je uloga menadžera upravljanje poduzećem, vođenje te odgovornost za rezultate, s druge strane kontroler je odgovoran za transparentnost rezultata. Zaključno, menadžer i kontroler su parafrazirano, kao zidovi i krov kuće koji objedinjuju sve funkcije i informacije poduzeća te iz njih izvode aktivnosti bitne za daljnje dugoročno poslovanje.

Kroz godine postojanja, od samih početaka pedesetih i šezdesetih godina, kontroling se razvio od uloge knjigovodstva i statične okoline pa sve do danas kad je ključna funkcija za svako poduzeće. Kontroling se razvija u više vrsta: krizni kontroling, zeleni kontroling, financijski kontroling, tehnički kontroling, itd.

Kontroling bi mogli definirati i kao skup multidisciplinarnih znanja koja su potrebna kako bi se na temelju podataka iz interne i eksterne okoline mogla napraviti obrada u značajnu informaciju.²

Postavlja se pitanje zašto uopće postoji potreba za kontrolingom? U devedesetim godinama je došlo do značajne promjene na tržištu. Do tada je potražnja bila veća od ponude pa su poduzeća uvijek bila „sigurna“ u prodaju svojih proizvoda. Unutar tog razdoblja ponuda je počela biti veća od potražnje pa su se poduzeća počela „boriti“ za svoje kupce. Uz to kao i danas sve je vidljivi trend nelojalnosti marki. Poduzeća koja su se htjela orijentirati na dugoročan uspjeh morala su promijeniti svoju strategiju poslovanja, početi više prezentirati kupcima zašto rade to što rade, umjesto što rade te pronaći novi put do sve zahtjevnijih kupaca. Upravo te promjene na tržištu su dale važnost razvitku kontrolinga. Neke od vanjskih potreba za kontrolingom u poduzeću su promjene kamatnih stopa, promjene gospodarskih uvjeta, skraćivanje inovativnog ciklusa i životnog vijeka proizvoda te promjene trendova. S druge strane interne potrebe za kontrolingom nastaju zbog nejasno definiranih ciljeva, nedostatnog financijskog upravljanja i planiranja, teže prilagodbe okolini te najvažnije nedostatak kvalitetnih informacija za poslovno odlučivanje. Potreba za kontrolingom u poduzeću može se objasniti kroz rastuće promjene u okolini poduzeća, te povećanja kompleksnosti u poslovanju kao i u okruženju poduzeća. Autorica Osmanagić Bedenik probleme koordinacije i integracije navodi kao ključne činitelje zbog kojih je kontroling danas potreban u svakom modernom poduzeću. Ti problemi javljaju se ponajviše zbog povećane dinamike okruženja, stagnirajući tržišta, brzih tehnoloških promjena i kraćeg životnog vijeka proizvoda.³

2.2. Pojam, uloga i zadaci kontrolera

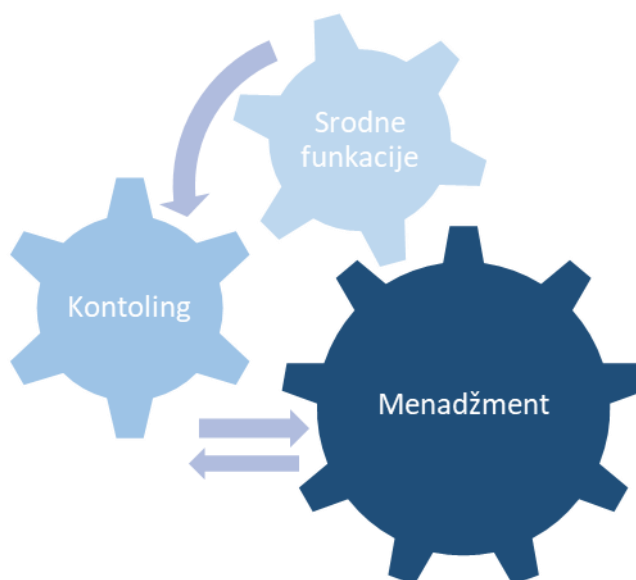
Kontroling je i umijeće (engl. Know-How), filozofija upravljanja na osnovi ekonomske logike racionalnosti, funkcija poduzeća koja ima zadatak koordinirati poslovne procese i njihove pojedine dijelove te s pomoću izgradnje integriranog i objedinjenog sustava

² Očko J., Švigir A. (2009.): *Kontroling-upravljanje iz backstagea*, Zagreb.

³ Osmanagić Bedenik, N. (2004.): *Kontroling: Abeceda poslovnog uspjeha*, II dopunjeno izdanje, Školska knjiga, Zagreb, str. 17.

upravljanja koji svoje temelje nalazi na jasno definiranoj viziji, misiji i ciljevima biti stručna pomoć menadžmenta.⁴

Slika 1: Shematski prikaz komunikacije/suradnje u poduzeću



Izvor: Izrada autora prema nastavim materijalima kolegija Kontroling

Razvitak kontrolinga započeo je kroz računovodstvo, tj. 70-tih godina prošlog stoljeća došlo je do promjena vanjskih i unutarnjih uvjeta koje su potaknule kontroling da se oblikuje kao samostalna jedinica sa svojim ciljevima, načelima, metodama. Zbog težeg prognoziranja kontroler je već tada sve češće postao voditelj ekonomike poslovanja te za menadžment kontroling postaje filozofija razmišljanja unaprijed i preventivna terapija.⁵

Kontroling bi trebao, kao i ostale funkcije, odjel financija usmjeriti viziji poduzeća, postavljati niz malih ciljeva te ih nadzirati i savjetovati. Nadalje, kontroling i interna revizija imaju slične ciljeve pa koriste i iste informacije. Razlika je u tome što kontroleri stalno provode analize i vrednovanja, dok se interna revizija uključuje povremeno. Glavna razlika je što je odjel interne revizije neutralan i cilj je da ispita točnost podataka pa djeluje

⁴ Očko J., Švigir A (2004.): *Kontroling-upravljanje iz backstagea*, Zagreb, str. 13.

⁵ Osmanagić-Bedenik, N. (2004.): *Kontroling: Abeceda poslovnog uspjeha*, II dopunjeno izdanje, Zagreb, Školska knjiga, str. 23-28.

preventivno, dok je kontroling usmjeren ka cilju, točnosti dati podataka i dugoročnom poslovanju poduzeća.⁶

Današnje odgovornosti kontrolera usmjerene su na:⁷

- Reviziju
- Pripremu budžeta
- Financijsko izvještavanje
- Internu kontrolu
- Troškovno računovodstvo
- Financijsku analizu
- Upravljanje imovinom
- Politike i procedure
- Analizu procesa
- Knjigovodstvo
- Pripremu poreza
- Obradu transakcija

Osim njihovih odgovornosti, neka od obilježja koje kontroleri trebaju imati su poznavanje industrijske grane u kojoj radi i povjerljivih podataka poduzeća, znanja u području financija, menadžmenta, revizije, računovodstva i psihologije. Mora biti prilagodljiva osoba jer osim samog tehničkog know-how-a u područjima ekonomskih i troškovnih analiza, statistike, planiranju strategije i sl., bitna komponenta je i sama komunikacija. Kontroler uz samo tehnički dio i izvještaje povezuje i usklađuje timski rad na svakodnevnom razinama i prilikom projekta, sudjeluje u unaprjeđenju aktivnosti upravljanja ljudskih potencijala, mora znati prezentirati rezultate menadžmentu, kompleksne situacije znati pojednostaviti te biti spreman nositi se sa izazovima. Danas se od kontrolera i očekuje da bude poslovni partner u cilju kreiranje dodatne vrijednosti, ne

⁶ Osmanagić-Bedenik, N. (2004.): *Kontroling: Abeceda poslovnog uspjeha*, II dopunjeno izdanje, Zagreb, Školska knjiga, str. 87-90.

⁷ Prema nastavim materijalima kolegija Kontroling.

samo da ispunjava tradicionalne, rutinske zadatke, već da i upravlja rizicima, razvija sustav, CRM menadžment te IT rješenja.⁸

2.3. Opća obilježja zdravstvenih sustava

Ekonomija obuhvaća sve sfere našeg svakodnevnog života pa tako i zdravstveni sustav. Unutar zdravstvenog sustava ekonomija ima veliku važnost jer i na tom tržištu postoji problem oskudnosti i pravilne alokacije resursa te racionalnog donošenja odluka, dok s druge strane postoje ekonomski modeli i inkrementalne analize s kojima se da doći do boljih rješenja. Smatra se da zdravstvena zaštita ima brojna jedinstvena obilježja, ali da nije jedinstvena ni u jednom od njih. Ono što je možda jedinstveno, jest kombinacija obilježja te broj tih istih obilježja.

Neka od ključnih obilježja su:⁹

1. **Prisutnost i razmjer neizvjesnosti:** pojedinci ne znaju kakvo će biti njihovo zdravstveno stanje ili potrebe za zdravstvenom skrbi u nadolazećem razdoblju (npr. lijekovi, bolesti, automobilski sudar, povreda tijekom sportske aktivnosti ili sl.) To znači da je potražnja za zdravstvenom zaštitom iz perspektive pojedinca nepravilna (neizvjesna, nepredvidiva); isto tako, potražnja s kojom se suočavaju pružatelji zdravstvene zaštite je neizvjesna tj. nepredvidiva. Ono što možemo reći sa sigurnošću je da svakom pojedincu tokom života zdravstveni sustav treba, svatko se suočava sa prehladama i bolestima, bilo akutnim ili kroničnim. Uz to, zdravlje pojedinca je obrnuto proporcionalno sa životom dobi pa u kasnijoj dobi dolazi i do palijativne skrbi.
2. **Važnost osiguranja:** potrošači kupuju osiguranje kako bi se zaštitili od neizvjesnosti i rizika. Iako pojedinci imaju zdravstveno osiguranje, u većini zemalja ne plaćaju izravno i u potpunosti troškove svoje zdravstvene zaštite. Umjesto toga,

⁸ Labaš D., Rajsman M. (2020.): *Istraživanje uloge i perspektive razvoja kontrolera kao poslovnog partnera menadžmenta*, str. 245.

⁹ Prema nastavim materijalima kolegija Ekonomika zdravstva.

troškovi se podmiruju neizravno putem participacije uz mogućnost dodatnog osiguranja koje nudi brojne benefite.

3. **Asimetrija informacija:** problem stvarnih i potencijalnih informacija u zdravstvu otvara mnoga ekonomska pitanja. Često su informacije nedostupna svim zainteresiranim stranama (pacijent vs. Liječnik, pojedinac vs. Osiguranje itd.). Primjer asimetrije informacija može biti i sam događaj upućivanje pacijenta u bolnice kako bi one odradile nešto, što je mogao odraditi i sam doktor opće prakse¹⁰, pa zaključujemo da se zdravstvena dobra i usluge značajno razlikuju od klasičnih.

Moralni hazard bih mogla navesti kao jedan primjer neselektivnosti u temi asimetrije informacija jer korisnici zdravstvenih usluga većinski koriste usluge iz potrebe, ali uvijek postoji dio zajednice koji nepotrebno iskorištava situaciju. Moralni hazard javlja se zbog postojanja „nultih cijena“ tj. Zemlje koje imaju riješeno osiguranje kao Republika Hrvatska, kroz kojeg korisnici plaćaju samo premiju osiguranja za neograničeno korištenje usluga na mjesečnoj razini. U slučaju da dio zajednice koristi zdravstvene usluge učestalo pa s time neopravdano koristi sredstva, onda ponašanje pojedinca utječe na cijelu zajednicu.

2.4. Uloga kontrolera u zdravstvenom sustavu

Uloga kontrolinga u zdravstvu je da razvije standarde izvedbe zdravstvenih usluga i zdravstvene zaštite, poboljša financijsko upravljanje bilo kroz redukciju troškova ili ekonomičniji način poslovanja. Sveukupno, kontroling čini bolji temelj za donošenje odluka jer omogućava realniju sliku za daljnje planiranje umjereno prema budućnosti. Zbog toga što je zdravstveni sustav tako sveobuhvatan te se posebice od javnog sektora očekuje dobrobit za zajednicu sa svrhom što bolje zdravstvene zaštite, treba postojati

¹⁰ Asimetrične informacije u zdravstvenom osiguranju: preliminarni rezultati analize sustava javnog dopunskog osiguranja u Hrvatskoj. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/40965>.

visoko sofisticirana infrastruktura za objedinjavanje svih podataka u validne informacije. Napredna tehnologija olakšava proces praćenja i bilježenja podataka bilo o pacijentu, troškovima liječenja, broju provedenih pregleda/ zahvata po liječniku, najčešćim pregledima i bolestima kako bi se znalo na što se najviše usmjeriti prilikom ulaganja u nove tehnologije i sl. Prednost takvih sustava je što se sve informacije nalaze u jednoj „ladici“ pa ih je lakše uspoređivati, grafički prikazati i pratiti evaluaciju. „Nedovoljno i netransparentno financiranje, zastarjela organizacija, nerazvijena opća društvena odgovornost osobito menadžmenta, dovodi do lošeg stanja u bolnicama.“¹¹

Kao što je spomenuto u uvodnom djelu, problematiku vođenja zdravstvenog sustava ovdje se opisuje na konkretnom primjeru. Ako je ravnatelj javne ustanove, recimo bolnice, specijalista kirurgije on je vrstan u svome poslu, vjerojatno posjeduje i neke leaderske vještine, ali zasigurno ima manjak ekonomskog znanja. Kontroler je osoba koja bi trebala biti odgovorna za upravljanje financijskim aspektima zdravstvene organizacije; pratiti troškove, izrada proračuna, odluke o projektima, kontrola računovodstvenih pozicija i sl. Također, uvođenjem dobrih instrumenata i dobrog informacijskog sustava, kontroler tada ima validne podatke za praćenje kvalitete i napretka, lakše uviđa nedostatke i može kvalitativno i kvantitativno objasniti potrebe za promjenom. Primjerice, privatna poliklinika Aviva je uvođenjem kontrolinga povećala svoju efektivnost kroz uvođenje više pregleda u danu. Kontroler je uvidio da u situacijama kada si djelatnici samostalno kreiraju raspored rada, ima jako puno neučinkovito iskorištenog radnog vremena jer je kriterij za broj pregleda po djelatniku u danu/tjednu bio premalen u odnosu na potencijalnu količinu pregleda. Kontroler je povećao broj pregleda u danu po djelatniku kako bi smanjio liste čekanja, ubrzao uslugu te smanjio besposličarenje radnika tijekom radnog vremena. Normativ povećanja pregleda u danu je postavljen kroz smanjenje razmaka između dva pregleda. Nadalje, kontroler bi trebao bi biti desna ruka menadžmentu kojemu će sve prikupljene podatke pretvoriti u kvalitetnu i pravodobnu informaciju kako bi sam menadžer mogao lakše donijeti odluke.

¹¹ Očko J.: *Zašto je kontroling potreban bolnicama?*, Kontroling Kognosko. Dostupno na: <https://kognosko.hr/zasto-je-kontroling-potreban-bolnicama/>

3. PRIMJENA KONTROLINGA U DRUGIM ZEMLJAMA

U Austriji kontroling igra važnu ulogu u osiguravanju učinkovitog upravljanja resursima, poboljšanja kvalitete skrbi i osigurava transparentnost financijskih tokova.

Što se tiče financijskog djela kontrolinga austrijski se zdravstveni sustav sastoji od obveznog obvezno zdravstveno osiguranje (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) i privatno osiguranje. Uprava LKH-a odabrala je lean metodu kao prikladnu za provođenje kontrolinga, unutar lean metode cilj je stalno poboljšanje, rad na malim i postupnim promjenama u svrhu bolje kvalitete i efikasnosti. Financijski kontroling u zdravstvenom sustavu uključuje praćenje i analizu troškova, prihoda i financijskih tokova kako bi se osiguralo adekvatno financiranje i transparentnost u upravljanju sredstvima. To uključuje pripremu i distribuciju izvještaja o performansama, financijskih izvještaja. Drugi aspekt u kojem kontroling igra ključnu ulogu je u praćenju i poboljšanju kvalitete zdravstvene skrbi u Austriji. To uključuje mjerenje i praćenje ključnih pokazatelja performansi, kao što su stope preživljavanja, stope komplikacija i neželjenih događaja, zadovoljstvo pacijenata i usklađenost s medicinskim smjernicama, liste čekanja i sl. Svakodnevno praćenje ključnih pokazatelja uspješnosti pruža uvid u procese rada, prate se troškovi i uklanja nepotrebna potrošnja resursa. Za uspoređivanje KPI-eva potrebna je bila standardizacija koja za sobom nosi usklađenost radnih procesa i standardizaciju u dokumentiranju medicinskih usluga.

Danski zdravstveni sustav poznat je po svojoj visokoj kvaliteti skrbi, univerzalnom pristupu i održivom financiranju kao i sve sjevernije države. Danski zdravstveni sustav financira se iz javnih izvora kroz poreze i doprinose kao što su to primjerice i Norveška i Španjolska. Financijski kontroling u zdravstvenom sustavu uključuje praćenje i analizu troškova, prihoda i alokacije sredstava kako bi se osiguralo održivo financiranje i pravedna raspodjela resursa te transparentno izvještavanje. Kao što je navedeno i za primjer kontrolinga u Austriji, ključni pokazatelji uspješnosti su od velike važnosti za praćenje performansa daljnje unaprjeđivanje sustava i kvalitete. Od velike važnosti za danski zdravstveni sustav je bila i strategija razvitka digitalnog zdravstva 2018.-2022. u kojem su području i lider unutar područja informacijskih sustava u bolnicama i ambulantnim liječenjima te digitalne komunikacije između više segmenata sustava.

Razvijena je i aplikacija pod nazivom „Medicinkortet“ koja pacijentima pruža uvid u trenutno aktivne recepte. Osim toga, strategija ima za cilj razviti i ojačati sigurnost osobnih podataka svih pacijenta te poboljšanje koherentnosti liječenja, njege pacijenta i informiranosti rodbine. Medicinski karton pacijenta je dostupan unutar države unutar svake klinike, ambulante i sl. kako bi se pravovremeno zaprimile sve informacije o pacijentu, povijesti bolesti i terapijama. Razlog ulaganja u e-zdravstvo, bržeg dobivanja recepta, dijagnoza i povezanosti sustava kreće od činjenice da prema projekcijama kretanja stanovništva i bolesti, unutar nekih tridesetak godina u Danskoj se očekuje da će broj stanovnika starijih od 75 godina biti udvostručen, uz to projekcije pokazuju da će do 2030. godine broj pacijenata sa kroničnim bolestima kao što je Dijabetes Tip 2 biti udvostručen, a više od 45% stanovnika će bolovati od kronične opstruktivne bolesti pluća (KOPB). Zbog svih navedenih projekcija, a i mnogih drugih danski sustav ulaže u digitalni razvoj zdravstva kako bi pacijentima olakšao stupanj fleksibilnosti kontakta sa liječnicima opće prakse (aplikacija) i sl. Danska je i uvela online psihološko liječenje tjeskobe i lagane do umjerene depresije te podršku ljudima oboljelih od raka u 2017. godini. Osim toga u cilju lakše prevencije i ranih otkrivanja bolesti i širenja sustav je razvio aplikaciju „Ishod prijavljen od pacijenta“ (Patient Reported Outcome (PROs)) unutar koje pacijenti svakodnevno mogu popunjavati brojne upitnike, prijaviti nuspojave, pratiti kretanje zdravlja i dijagnoze pa s time prijaviti potrebu za kontrolnim pregledom ili s druge strane, zaobići kontrolni pregled i time skratiti liste čekanja.¹²

U Njemačkom zdravstvenom sustavu preko 50% bolnica ima neovisan odjel kontrolinga. Potreba za kontrolingom razvila se iz potrebe za boljim menadžerskim vještinama u bolnici, potrebe za boljim strategijskim planiranjem i sl. Razvitak kontrolinga u zdravstvenom sustavu je posebice potaknut zbog duljeg životnog vijeka ljudi i sve većeg broja stanovnika u Njemačkoj jer se potražnja za zdravstvenim ustanovama povećava. Uz veću potražnju, bolnice bi trebale zadržati istu ili bolju kvalitetu pa e s time razvila i potreba za optimizacijom troškova. Kontroler je zadužen za postavljanje ciljeva i praćenje rezultata, KPI, planiranje te zastupanje ustanove u području financijskih/ ekonomskih

¹² Sundhedsdatastyrelsen: Digital health strategy 2018–2022. Dostupno na: https://sundhedsdatastyrelsen.dk//media/sds/filer/english/digital_health_solutions/digital_health_strategy_2018_2022.pdf?la=da

pitanja. Obrada informacija o troškovima i pruženim uslugama je od posebne važnosti. Neki od instrumenata koje koriste kontroleri u Njemačkom zdravstvenom sustavu su SWOT analiza, ABC analiza, Portfolio analiza, Monte- Carlo simulacija, matematičko programiranje u cilju optimizacije, BSC, budžetiranje i postavljanje standarda za bolju koordinaciju.¹³

U Mađarskom zdravstvenom sustavu uvođenje kontrolinga je bilo od velike važnosti zbog problema koji postoji još od 90-ih godina, trajnog nedostatka resursa i rješavanje strukturnog problema zdravstvenog sustava. Baráth (2022) navodi kako kontroling u zdravstvenom sustavu Mađarske nije idealan, već ima slabost u području planiranja, a potražnja za zdravstvenim uslugama je sve veća. U studiji „Sustavi kontrolinga nacionalnih zdravstvenih ustanova“ navedeno je da 72% bolnice ima odjel kontrolinga, a 97,6% mađarskih bolnica ima neke funkcije kontrolinga. Orijentiranost poboljšanja kontrolinga bila je na izračunu pokrivenosti, benchmarku i boljoj informacijskog potpori.¹⁴ U cilju poboljšanja kratkoročnog planiranja, počeli su koristiti budžetiranja na godišnjoj razini unutar kojeg su se trebali postaviti planovi za prihode i troškove, za kapacitet, portfelj usluga i sl. U početku se kontroling samo spajao sa financijskim odjelom, a s razvitkom znanja o kontrolingu u bolnicama je kontroler dobio aktivnosti kao što su to analize, praćenje i postavljanje indikatora zdravstvene kvalitete, Projekt TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 analizirao je ključne stavke koje su bitne za daljnji razvitak zdravstvenog sustava. Fokus je bio na razvoju i standardizaciji kontrole i kvalitete zdravstvenog sustava na organizacijskoj razini te boljoj upravljačkoj razini.¹⁵ Unutar nacionalne strategije „Zdrava Mađarska 2014.-2020.“ Mađarska je posvećena boljoj dislociranosti resursa jer je primjerice većina bolničkih kreveta u razvijenijim regijama, dok je slabije razvijene regije

¹³ Yaman, K. (2014.): *Application of Controlling Tools in German Hospitals*. Journal of Accounting & Finance/Muhasebe ve Finansman Dergisi. Dostupno na: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/427560>

¹⁴ Krenyác E., (2015): *Kontroling u Mađarskim bolnicama: povijest i ključni problemi*

¹⁵ Controller Info (2023): *A Decade of Controlling and Future Data-Based Opportunities in the Hungarian Public Sector Controlled Inpatient Healthcare Institutions*. Dostupno na: https://controllerinfo.hu/wp-content/uploads/2024/02/ContrInf_beliv_kulonszam_2023_2-9.pdf

ovisile o nekolicini bolničkih kreveta. Fokus se stavlja na pacijenta, veća su ulaganja u informacijski sustav i korištenje fondova Europske Unije.¹⁶

Ono što povezuje sve države koje imaju razvijen proces praćenja uspješnosti u zdravstvu su neki od, u nastavku navedenih ključnih pokazatelja uspješnosti. Oni su važni mjerljivi čimbenici koji pomažu u procjeni performansi zdravstvenih sustava, ustanova ili pružatelja zdravstvene skrbi. Ovi pokazatelji pružaju uvid u kvalitetu, učinkovitost, pristupačnost i sigurnost zdravstvene skrbi.

Kao prvi pokazatelj je stopa preživljavanja koja mjeri postotak pacijenata koji prežive određenu bolest ili medicinsko stanje. Visoka stopa preživljavanja obično ukazuje na visoku kvalitetu skrbi, pravovremeno dijagnosticiranje i učinkovito liječenje.

Kao drugi pokazatelj, ujedno i neočekivani neželjeni događaj je stopa infekcija. Ova stopa mjeri postotak pacijenata koji razviju infekcije tijekom boravka u zdravstvenoj ustanovi. Niža stopa infekcija ukazuje na bolje higijenske standarde i protokole prevencije infekcija.

Zatim imamo očekivano trajanje života, ovaj pokazatelj mjeri prosječno očekivano trajanje života stanovnika određene regije ili populacije, a povećanje očekivanog trajanja života obično ukazuje na poboljšanje zdravstvene skrbi i javnozdravstvenih mjera, bolje promocije zdravlja i regulacije od strane države.

Promatrajući stranu korisnika, jedan od pokazatelja je zadovoljstvo pacijenata jer procjenjuje zadovoljstvo pacijenata uslugama i skrbi koje su primili. Visoka razina zadovoljstva pacijenata obično ukazuje na kvalitetnu i osjetljivu skrb.

Pokazatelj s kojim dosta članica Europske Unije ima problem je vrijeme čekanja. Mjeri se prosječno vrijeme koje pacijenti čekaju na pristup određenim zdravstvenim uslugama ili postupcima. Kraće vrijeme čekanja tj. liste čekanja obično ukazuje na pristupačniji (više bolnica, decentraliziranost) i učinkovitiji zdravstveni sustav.

Još jedan od pokazatelja je stopa ponovnih hospitalizacija. Ova stopa mjeri postotak pacijenata koji su ponovno hospitalizirani zbog istog ili sličnog medicinskog problema u

¹⁶ OKFO: National Directorate General for Hospitals. Dostupno na: <https://okfo.gov.hu/en/national-healthcare-service-center-better-way-of-care>

određenom razdoblju nakon prvotnog otpusta. Niža stopa ponovnih hospitalizacija obično ukazuje na bolje praćenje i upravljanje kroničnim bolestima.

U financijskom aspektu kao jednom od važnijih za kontrolera zbog lakšeg planiranja, budžetiranja i kontrole troškova je pokazatelj troškova zdravstvene skrbi. Ovaj pokazatelj mjeri troškove pružanja zdravstvene skrbi po pacijentu ili na razini populacije. Učinkovitost zdravstvenog sustava može se mjeriti kroz odnos između troškova i rezultata.

Sve države su trebale u cilju uvođenja i praćenja uspješnosti poslovanja uvesti standardizaciju procesa i medicinske dokumentacije kako bi se pokazatelji mogli uspoređivati. Sustavi se usredotočuju na pokazatelje vezane za poboljšanje ishoda liječenja, prevenciju i smanjenu stopu neželjenih događaja, postavljanje budžeta i kontrolu troškova.

4. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE

Važnost zdravstvenog sektora ogleda se u osobnom i društvenom blagostanju. U nekim obiteljima ograničena radna sposobnost, ugroženo zdravlje i ozbiljna bolest ugrožavaju mogućnost zapošljavanja, poslovnog napredovanja i vode ka većoj mogućnosti siromaštva. Osnovni cilj hrvatskog zdravstvenog sustava je zaštita, unaprijeđenje i očuvanje zdravlja svakog pojedinca. Kao dodatni ciljevi ističu se dostupnost zdravstvene zaštite, edukacija o prevenciji i očuvanju zdravlja, učinkovitije financiranje zdravstvenog sustava, razvijen sustav kvalitete te zaštita javnozdravstvenog interesa.

4.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Počeci tj. bitni događaji zdravstvenog sustava u Hrvatskoj su se dogodili davne 1919. godine kada je Andrija Štampar postavljen na mjesto ministra narodnog zdravlja. Zapamćen je po tome što je prvi uveo podjelu zdravstva (na primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene djelatnosti) te tako pojednostavio podjelu obveza i ovlasti u zdravstvenom sustavu. Zbog slabije zdravstvene zaštite stanovnika i nedostatka bolničkih kapaciteta u to vrijeme, Štampar je poticao higijensku i biološku zaštitu pa s time i razvitak bolnica, zavoda, dispanzera, domova zdravlja i sl.¹⁷ Početkom 1974. godine zdravstveno osiguranje se provodilo u samoupravnoj interesnoj zajednici (SIZ), proširenoj na područje čitave Hrvatske, a 1990. godine osniva se Republički fond zdravstvenoga osiguranja i zdravstva Hrvatske.¹⁸

Zdravstveni sustav je u doba Jugoslavije na području Hrvatske bio decentraliziran i neučinkovit zbog visokog stupnja autonomije od strane lokalne vlasti, neravnoteže pri financiranju, lošim standardima i sl. Počeci reforma krenuli su 1990. godine unutar koje je uvedena državna kontrola i centralizacija koje su zadržane sve do danas. Nakon toga je 1993. godine, u cilju ublažavanja krize koja je nastala zbog lošeg financiranja, uveden

¹⁷ V. Dugački, K. Regan (2019.): *Povijest zdravstvene skrbi i razvoja zdravstvenih ustanova na hrvatskom prostoru*

¹⁸ Narodne novine (1990.): *Statut Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske*
Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/1990_11_48_910.html

Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o zdravstvenoj zaštiti kroz koje je osnovan Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). HZZO i danas djeluje kao središnja ustanova za financiranje zdravstva te je od 2002. godine pa sve do danas, uz povremene izmjene, na snazi Zakon o obveznom osiguranju zbog bolje regulacije sustava. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti 2008. godine zdravstvene ustanove mogu biti u javnom vlasništvu bilo državnom, Županijskom ili lokalnom, ali i privatnom vlasništvu.

Unatoč brojim reformama i danas su prisutni brojni problemi jer su brojne reforme bile dobro zamišljene, ali ne i tako dobro provedene. Uz sve te čimbenike, danas se javljaju i brojni drugi problemi kao što su to veća potražnja za uslugama, starenje stanovništva, više ljudi obolijeva od kroničnih bolesti kao npr. šećerna bolest, depresija i anksioznost, pretilost i sve prevalencija malignih bolesti.

4.1.1. Ustrojstvo hrvatskog zdravstvenog sustava

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske je nadležno tijelo za nadzor i regulaciju zdravstvene zaštite, donošenja odluka o reformama, izradu proračuna, zakonodavni okvir i ostale aspekte. Ono što je poboljšalo i dalo jasnu viziju u kojem pravcu Ministarstvo želi da se kreće razvitak zdravstvenog sustava jest ulazak u Europsku Uniju (EU). Nacionalne strategije i reforme nužne su kako bi se mogli koristiti EU fondovi. Jedan od važnijih dokumenata jest Nacionalna strategija razvoja zdravstva¹⁹ u budućem razdoblju.

Trenutno važeća jest Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, a jedan od ključnih ciljeva je imati zdravstvene ishode slične ili bolje od zapadnoeuropskih zemalja.

To možemo postići uz poboljšanje kvaliteta nekoliko postavljenih ciljeva:²⁰

- Edukacija i promocija zdravlja i zdravog života

¹⁹ Narodne novine: *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.* Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_10_116_2519.html, Danas poznata strategija pod nazivom Nacionalni plan razvoja zdravstva.

²⁰ Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%2021.-2027..pdf>

- Prevencija bolesti
- Otvaranje novih/prebacivanje postojećih ustanova na lokacije u kojima je trenutno slaba dostupnost usluge i skrbi
- Poboljšanje sustava za upravljanje kvalitetom
- Bolja regulacija i kontrol primarne zdravstvene zaštite
- Kontinuirano ulaganje u informacijski sustav

Drugo bitno tijelo je HZZO koji je osnovan 1993. godine. HZZO je glavni i jedini kupac usluga u javnom sustavu zdravstva i pružatelj obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. HZZO osigurava pristup različitim uslugama kao što su liječnički pregledi, lijekovi, dijagnosticiranja i druge zdravstvene usluge.

Zaduženja HZZO-a:

- provodi politiku unaprjeđenje zdravstvene zaštite
- nadzire pružatelje usluga i utvrđuje način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu te provodi kontrolu točnosti podataka dobivenih od strane obveznika
- prikuplja doprinose od osiguranika i poslodavca te financira zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonima
- brine se o administraciji (izdavanje zdravstvenih iskaznica, doznake, vođenje evidencije osiguranika, itd.)

Misija HZZO-a je što racionalnije ulaganje financijskih sredstava stanovnika Republike Hrvatske u zdravstvene ustanove koje rade na povećanju kvalitete i efikasnosti usluga i programa koje će pridonijeti svakom pojedincu u ozdravljenju i donijeti prinos u dodavanju godina života.

U cilju poticanja kvalitete i učinkovitosti Hrvatski zavod zdravstvenog osiguranja 2015. godine je izašao iz Državne riznice i uveo plaćanje po učinku (engl. pay-for-performance, P4P). U vrijeme izlaska HZZO-a iz Državne riznice sredstva koja su se dodjeljivala bolnicama su se redistribuiraju prema njihovoj uspješnosti u mjerama koje su podijeljene u četiri kategorije kvalitete: sigurnost, klinička skrb i ishodi, kvaliteta usluge i smanjenje troškova, dostupnost i zadovoljstvo pacijenta. Bolnice su se rangirale prema različitim mjerama temeljenim na "poboljšanju" i "postignuću", pri čemu ih poboljšanje

uspoređuje s njihovim vlastitim rezultatima tijekom osnovnog razdoblja, a postignuće im se uspoređuje s rezultatima drugih bolnica.²¹ Takva vrsta modela je napuštena te se danas fokus stavlja na pacijenta kroz Bismarckov model. HZZO je po Zakonu o obveznoj zdravstvenoj zaštiti dužan najoptimalnije koristiti prikupljena namjenska sredstva građana te platiti trošak liječenja pojedinca. Tako je pojednostavljeno rečeno, paušalni model financiranja bolnica odbačen te su sredstva usmjerena tamo gdje se građani kvalitetno liječe.²² Nadalje, još jedna bitna institucija je Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) koji se brine za prikupljanje i analizu statističkih podataka, epidemiološke situacije, određivanje ciljeva i sastavljanje Nacionalne strategije zajedno sa Ministarstvom zdravlja.

Tablica 1. Podjela zdravstvene zaštite po razinama zdravstvenih djelatnosti

PRIMARNA RAZINA	SEKUNDARNA RAZINA	TERCIJARNA RAZINA
<ul style="list-style-type: none"> • Opća medicina • Stomatološka zdravstvena zaštita • Patronažna zdravstvena zaštita • Zdravstvena njega u kući pacijenta • Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita • Ljekarna • Hitna medicinska pomoć • Laboratorijska dijagnostika • Preventivno- odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata • Zdravstvenu zaštitu predškolske djece • Zdravstvenu zaštitu žena 	<ul style="list-style-type: none"> • Specijalističko- konzilijarna zdravstvena zaštita i bolnička skrb (odnosi se na specijalističke preglede npr. kardiolog, neurolog, oftamolog i druge usluge kojima je izvršen pregled, dijagnostika i liječenje od strane specijalista, ili pak samo konzultacije/ dodatno stručno mišljenje) 	<ul style="list-style-type: none"> • najsloženijih oblika specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti (terapije i liječenje teških i rijetkih bolesti, pruža se u klinikama, kliničkim bolnicama, ali i u državnim zdravstvenim zavodima)

Izvor: Izrada autora prema dostupnim podacima sa HZZO-a.

²¹ Agencija za kvalitetu i akreditacije u zdravstvu: *Praćenje učinkovitosti bolničkog sustava*. Dostupno na:

https://www.aaz.hr/sites/default/files/Sekcija_1_Pracenje_ucinkovitosti_bolnickog_sustava__izazovi_hrvatskog_zdravstvenog_sustava_Korolija.pdf

²² Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: *Izlazak HZZO-a iz državne riznice*. Dostupno na:

<https://hzzo.hr/novosti/izlazak-hzzo-iz-drzavne-riznice-1-sijecnja-2015>

U tablici 2 nalazi se popis svih zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj za 2022. godinu. Standard opće zdravstvene zaštite je zadovoljavajuć, ali je bolje kvaliteta zdravstvene usluge u većim gradovima zbog većeg broja ustanova, KBC-a i slično.²³ U nastavku rada se više analizira postojeća centralizacija zdravstvenih usluga, a s time i ograničenost zdravstvenih usluga u manje razvijenim područjima Hrvatske. Potreba za kontrolingom postoji unutar svake od navedenih zdravstvenih ustanova zbog definiranja ključnih pokazatelja uspješnosti te praćenja rezultata i boljeg izvještavanja Ministarstva i drugih, već gore navedenih ustanova. Broj i vrsta zdravstvenih ustanova je jedan od pokazatelja kvalitete zdravstvenog sustava jer nam govori o dostupnosti zdravstvene zaštite, npr. veći broj ustanova trebao bih značiti kraće čekanje na preglede, bolju pokrivenost i lakši pristup specijaliziranim uslugama. Osim toga, raznovrsnost ustanova (bolnice, klinike, KBC) može biti pokazatelj kvalitete zdravstvene zaštite. Više specijaliziranih ustanova može značiti bolju dijagnostiku i liječenje specifičnih bolesti i stanja.

Tablica 2. Popis zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, 2022. godina

ZDRAVSTVENE USTANOVE	BROJ USTANOVA
DOM ZDRAVLJA	42
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR (KBC)	5
KLINIČKA BOLNICA (KB)	3
KLINIKA	6
OPĆA BOLNICA (OB)	22
SPECIJALNA BOLNICA	35
LJEČILIŠTE	7
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO	22
OSTALI DRŽAVNI ZAVODI	2
- ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU	1
- ZAVOD ZA HITNU MEDICINU -	1
USTANOVA ZA HITNU POMOĆ	21
POLIKLINIKA	316

²³ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: *Opis zdravstvenog sustava*. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

USTANOVA ZA MEDICINU RADA	4
LJEKARNA	185
USTANOVA ZA NJEGU	141
USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB	113
USTANOVA ZA PALIJATIVNU SKRB	2
TRGOVAČKO DRUŠTVO ZA OBAVLJANJE ZDRAV. DJELATNOSTI	807
Ukupan broj	1.733

Izvor: izrada autora prema Hrvatskom znanstveno-statističkom ljetopisu za 2022.

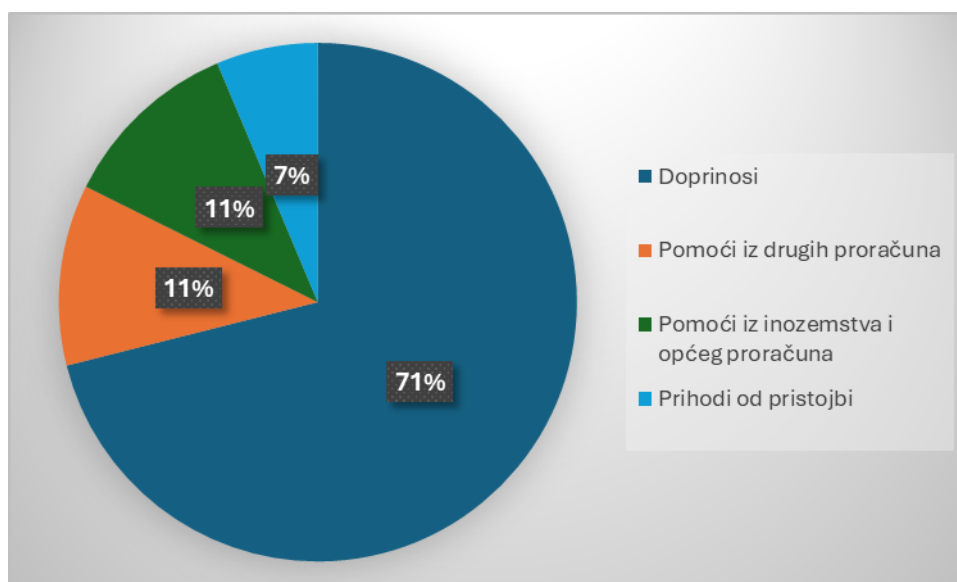
4.2. Financijski aspekti hrvatskog zdravstvenog sustava

Zdravstvena zaštita se financira po tzv. Bismarckovom modelu kojem su osnovna načela solidarnost i uzajamnost. U Hrvatskoj su razvijene tri vrste zdravstvenog osiguranja: obvezno, dopunsko i dodatno. Obvezno zdravstveno osiguranje je propisano zakonom i njime upravlja HZZO. Doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje snosi poslodavac za svakog radnika i samozaposlene osobe, a koji trenutno iznosi 16,5% na plaću. Prvi razlog uključivanja države u tržište zdravstvenih usluga je alokacija dobara, da ona budu dostupna svima. Uz to javlja se poznati problem asimetrije informacija između medicinskog osoblja i pacijenta. Drugi razlog uključivanja države je postojanje negativnog selekcioniranja jer prosječni kupac osiguranja ima veći rizik nego prosječna osoba u društvu. Tu država djeluje paternalistički te uvodi obvezno zdravstveno osiguranje da se trošak raspodjeli na sve članove i da svima bude pružena pomoć jednako. Treći razlog je postojanje moralnog hazarda, kako se s jedne strane onemogućuje medicinskom osoblju da kroz asimetriju informacija povećavaju potražnju što vodi do rasta troškova te smanjenje kvalitete usluge, isto tako država kroz obiteljske liječnike i djelomično osiguranje smanjuje vjerojatnost moralnog hazarda. Činjenica je da ako su ljudi osigurani i ne moraju više investirati da će manje mariti za svoje zdravlje po K. Arrowu, isto tako mogu dobiti poriv korištenja usluga iako nemaju razlog za to.²⁴

²⁴ Prema materijalima iz kolegija Javne financije.

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju²⁵ (NN, 23/2023) definira i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao: dopunsko, dodatno, privatno. Dopunsko osiguranje služi pojedincu kako bi ga zaštitilo od dodatnih troškova bolničkog liječenja, stomatologa, obiteljskog liječnika i slično. Dopunsko zdravstveno osiguranje služi za pokriće dijela troška do pune cijene te ako ga nemamo snosimo do 20% cijene usluge ili do 265€ po pregledu. S druge strane dodatno zdravstveno osiguranje predstavlja viši standard u zaštiti pojedinca jer omogućuje brojne benefite kao što su sistematski pregledi na godišnjoj razini, pregledi bez uputnica i čekanja, specijalistički i kontrolni pregledi u privatnoj ustanovi, naknada za rođenje djeteta, CT, MR i slično.

Slika 2. Pregled ostvarenih prihoda HZZO-a u 2022. godini



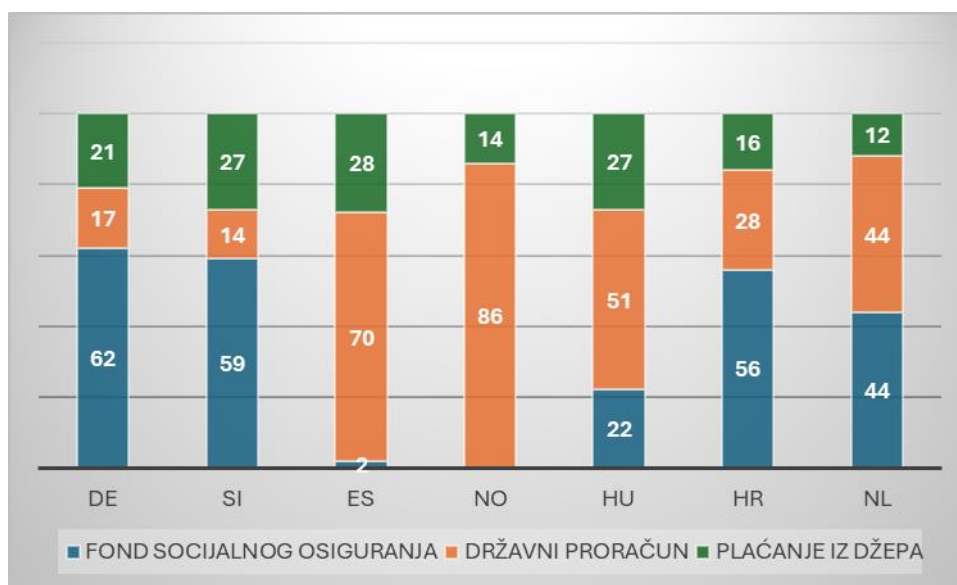
Izvor: Izrada autora Izvješću o poslovanju HZZO-a za 2022. godinu

Može se zaključiti da je najviše prihoda prikupljeno od doprinosa (71,04%). Osim doprinosa prihode zdravstvenog sustava čine i pomoći iz drugih proračuna (11,29%), pomoći iz inozemstva i općeg proračuna (11,30%), prihodi od pristojbi (6,34%) te ostali pod koje spadaju prihodi od prodaje imovine, od zateznih i tečajnih razlika i sl. Kako su prihodi od doprinosa toliko važni za financiranje zdravstvenog sustava, bilo je bitno što

²⁵ Narodne novine: *Zakon o izmjeni Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_02_23_387.html

prije izaći iz COVID-19 krize kako bi se gospodarstvo što prije vratilo u aktivnost. Brojna otpuštanja u vrijeme COVID19 krize, smanjivanje plaća i drugi događaji prouzrokovali su smanjivanje dopinosa pa time i prihoda HZZO-a do 2022. godine. Osiguranici su aktivno stanovništvo, korisnici mirovina i invalidnina, studenti, nezaposlene osobe koje su prijavljene u Zavodu za zapošljavanje, samozaposleni i drugi.

Slika 3. Prikaz financiranja zdravstva na primjeru odabranih članica EU, 2021.-2023. godine



Izvor: Izrada autora prema OECD podacima²⁶

Kako je već istaknuto, Republika Hrvatska ima dominantni udio financiranja iz fonda socijalnog osiguranja, zatim državnog proračun, pogotovo kada je riječ o infrastrukturi te manjinski plaćanja iz džepa. Kako navode Kovač i Smolić (2021.) plaćanja iz vlastitog džepa je najzastupljeniji kod starijih osoba, žena, visokoobrazovanih osoba i osoba s lošim zdravstvenim stanjem.²⁷

Na slici 3 prikazan je odnos financiranja zdravstva na primjeru nekoliko članica EU-a i Norveškoj. Veći udio podataka je iz 2021. godine i dio iz 2022. i 2023. godine. Većina članica Središnje i Istočne Europe ima trend većinskog financiranja putem fonda socijalnog

²⁶ OECD: *Javno financiranje zdravstvene potrošnje*. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/13bdff54-en/index.html?itemId=/content/component/13bdff54-en>

²⁷ Kovač, N., i Smolić, Š. (2021). *Privatni zdravstveni sektor u Hrvatskoj: jesu li privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu mit ili stvarnost?* Ekonomski pregled. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/379023>

osiguranja (doprinos), dok je na zapadnom i sjevernom djelu Europe trend povećanja financiranja zdravstva iz državnog proračuna. Što se tiče sjevera Europe na grafu je naveden primjer Norveške, ali isto tako Finska, Danska i druge članice EU imaju udio financiranja iz državnog proračuna preko 84% cjelokupnog financiranja zdravstva. Norveška kao država koja ima jednu od najveće zdravstvene potrošnje u svijetu (>8% BDP-a), čak ima postavljenu maksimalnu granicu po osobi koja iznosi 250 USD godišnje, kao maksimalni izdatak za javnozdravstvene usluge, nakon tog izdatka imaju besplatnu zdravstvenu zaštitu cijele godine.²⁸ Zatim Španjolska koja prati sličan trend, oko 70 % izdataka nastaje iz državnog proračuna, dok je ostatak novaca dobiven iz privatnih izdataka pojedinca.²⁹ ³⁰Analizirajući druge države, uočavamo da je udio socijalnog osiguranja u ukupnom financiranju zdravstva 59% za Sloveniju, i 62% za Njemačku, 44% za Nizozemsku. Navedene zemlje imaju puno manji udio financiranja iz državnog proračuna, 14% od ukupnog Slovenija i 17% Njemačka što je dosta velika razlika s obzirom na Hrvatsku kojoj je udio državnog financiranja 25% od ukupnog. U Hrvatskoj je u zadnjih 20-ak godina udio socijalnog osiguranja smanjen sa nekih 80% 2000. godine, na 63% 2010. godine pa na iznos od 56% 2011. od ukupne zdravstvene potrošnje.³¹ Potrošnja za zdravstvo u Hrvatskoj je ispod prosjeka EU. 2021. godine potrošnja za zdravstvo u Hrvatskoj je iznosila 8,1% BDP-a, dok je prosjek EU bio 11,0%. Unutar potrošnje za zdravstvo, Hrvatska bilježi udio u javnom financiranju veći nego prosjek stope EU-a, a izravna plaćanja u 2023. godini su iznosila 9% za zdravstvenu potrošnju, što je dosta ispod prosjeka EU koji iznosi 15%.³² Cilj smanjivanja udjela socijalnog osiguranja proizašao je iz ideje rasterećivanja poduzetnika pa je zbog toga udio državnih izdataka za zdravstvenu potrošnju povećan. Kako bi se smanjilo opterećenje za državni proračun, trebala bi se

²⁸ Health Insurance and Healthcare in Norway Explained. Dostupno na: <https://www.internations.org/norway-expats/guide/healthcare>

²⁹ Vehovec, M.(2014): *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*, Ekonomski institut, Zagreb

³⁰ Norway: Country Health Profile 2023. Dostupno na: <https://www.oecd.org/health/norway-country-health-profile-2023-256fd7cf-en.htm>

³¹ Vehovec, M.(2014): *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Ekonomski institut, Zagreb

³² OECD: Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/e5483d30-hr.pdf?expires=1719759142&id=id&accname=guest&checksum=C96F8BDC17129197E0B34A28DFE D575B>

povećati plaćanja iz džepa po ugledu na Sloveniju ili npr. Njemačku. Takve odluke provode se reformama koje su neizbježne za održivost zdravstvenog sustava. U literaturi se navodi tri razloga za reforme i bolju kontrolu troškova, a to su: starenje stanovništva, stalan rast troškova zdravstva zbog veće potrošnje i moguće krize po primjeru one iz 2009. godine ili same COVID-19 krize.³³

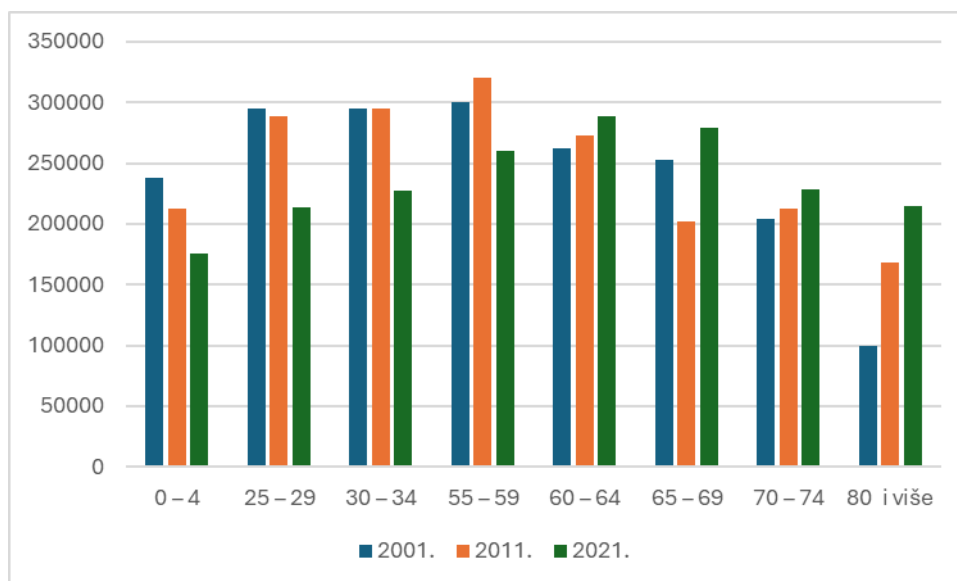
Jedan od razloga potrebe za reformom financiranja zdravstva je demografsko starenje. Analizirani podaci pokazuju kako već godinama dolazi do trenda starenja stanovništva tj. do nepovoljnog demografskog kretanja. Problem je to Hrvatske, ali i cijelog svijeta. Zdravstvena zaštita, medicina i tehnologija napreduju pa je sve to razlog većeg broja stanovnika u svijetu jer je mortalitet smanjen zbog bolje higijene, uvjeta življenja, liječenja te edukacije stanovništva te je životni vijek produljen. Negativni trend koji se javlja je i trend pada nataliteta. Trenutni zdravstveni i mirovinski sustav u Hrvatskoj počiva na temeljima međugeneracijske solidarnosti pa se javlja pitanje održivosti takvog sustava ako se nastave negativni populacijski trendovi. Za održivi sustav treba u državi biti više zaposlenih i više mladih koji će ući u tržište rada. Na slici 4 prikazano je stanovništvo prema dobi unutar popisnih godina, vidljivo je kako udio starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu Hrvatske neprekidno raste. Predviđanja Europske komisije ukazuju na čak dvostruko povećanje tog udjela do 2041. godine.³⁴ Postotak mladih u dobi od 25 do 29 godina unutar 2021. je za 25,77% manji od ljudi koji će otići u mirovinu (60-64 godina). Također postotak mladih je za 23,32% manji od umirovljenika u dobi 65-69 godina.³⁵ Osim perspektive financiranja zdravstva, drugi problem starenja je povećanje zdravstvene potrošnje jer su veći izdaci za lijekove, doznake i pregledi koje s ovim sustavom u dugom roku neće imati tko snositi. Osim toga zdravstveni izdaci rasu jer istraživanja pokazuju da što je stanovništvo bogatije, više ulaže u zdravlje pa je i broj pregleda veći. S druge strane, preventivni pregledi smanjuju mogućnost budućeg liječenja zbog velike vjerojatnosti otkrivanja bolesti unaprijed i prevencije pa rezanje troškova s te strane nije opravdano.

³³Vehovec, M.(2014): *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Ekonomski institut, Zagreb

³⁴ Eurostat: Ageing Europe - statistics on population developments.

³⁵ DZS: Popis stanovništva 2001., 2011., 2021. godina.

Slika 4. Grafički prikaz procjene stanovništva Hrvatske prema dobi po popisnim godinama



Izvor: Izrada autora prema DZS podacima³⁶

Kako se onda može smanjiti opterećenost zdravstvenog sustava? S financijske strane financiranje zdravstva se može poboljšati kroz uvođenje većih participacija na primjeru SAD-a.³⁷ Zbog samog postojanja moralnog hazarda, brojna istraživanja³⁸ kao što je naprimjer RAND-ov eksperiment, dokazuju da što je iznos participacije niži, pojedinci češće posjećuju liječnika. Zdravlje nije besplatan resurs kao što niti nepotrošeni lijekovi i bespotrebni pregledi ne donose blagostanje pojedincu i društvu. Kroz više participacije bi se potencijalno smanjio broj pregleda, lijekova i sl., dodatni benefit i posljedica su i kraće liste čekanja jer bi sustav bio manje opterećen. Takva se mjera može uvesti, s time da mora postojati odgovarajuće rješenje za osobe s niskim primanjima, invaliditetom i druge posebne kategorije. Također, uzeti u obzir postavljanje najviših participacija za

³⁶ DZS: *Revizija procjene stanovništva prema dobnim skupinama i spolu, po županijama, krajem godine*. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/procjena-stanovnistva/>

³⁷ Council of Economic Advisers (2014.): *Economic report of the president*. Dostupno na: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/ERP-2014/pdf/ERP-2014.pdf>

³⁸ RAND: *The Health Insurance Experiment*. Dostupno na: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html

svakodnevne bolesti kao što je prehlada, a nisku stopu za pacijente sa kroničnim bolestima i primarnu zdravstvenu zaštitu u cilju polje prevencije.

Sa strane bolje regulacije tu je kontroling kao funkcija za nadzor liječnika obiteljske medicine (moraju postojati jasne i pisane procedure za izdavanje daljnjih uputnica, lijekova, bolovanja i sl.), također kontroling u bolnicama i privatnim ustanovama te kontrola i mjerenje uspješnosti samog HZZO-a jer se brojni problemi odvijaju upravo zbog neadekvatnog informacijskog sustava, dugih rokova čekanja odobrenja doznaka i sl. Reorganizacija je potrebna za redukciju troškova jer je primjerice 2000-ih godina Hrvatska primarna zaštita rješavala oko 50% slučajeva, dok je ostale prenosila na sekundarne razine, a veći dio se mogao riješiti uz manji trošak i bez duljih čekanja. S druge strane, u to vrijeme je većina europskih zemalja oko 75% takvih slučajeva rješavala na primarnoj razini.³⁹

4.3. Ekonomska obilježja zdravstva

Ekonomska obilježja zdravstva mogu biti vrlo složena i varirati ovisno o državi, zdravstvenom sustavu i drugim faktorima. Ipak, neka opća ekonomska obilježja zdravstva uključuju sljedeće:⁴⁰

- Visoki troškovi: Zdravstveni sektor često ima visoke troškove, uključujući troškove medicinskih usluga, lijekova, medicinskih uređaja, osoblja i infrastrukture. Ovi troškovi mogu biti posebno izazovni za pojedince, obitelji i državne proračune.
- Rastući troškovi zdravstvene zaštite: Troškovi zdravstvene zaštite često rastu brže od inflacije i općeg gospodarskog rasta. To može biti rezultat faktora kao što su tehnološki napredak, starenje stanovništva, povećana potražnja za uslugama zdravstvene zaštite i komercijalizacija medicinskih proizvoda i usluga.
- Financiranje zdravstva: Postoji različiti modeli financiranja zdravstva diljem svijeta, uključujući javno financiranje, privatno osiguranje, kombinirane modele i

³⁹ Vehovec M. (2014.): *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*, Ekonomski institut, Zagreb

⁴⁰ Vehovec M. (2014.): *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*, Ekonomski institut, Zagreb

samoplaćanje. Svaki model ima svoje prednosti i nedostatke te utječe na dostupnost, kvalitetu i pristupačnost zdravstvene zaštite.

- Pravednost u pristupu zdravstvenoj skrbi: Ekonomska pravednost u pristupu zdravstvenoj skrbi ključna je tema u mnogim zemljama. To uključuje pitanja poput dostupnosti usluga zdravstvene zaštite za sve građane, bez obzira na socijalni status ili financijske mogućnosti, te osiguranje da troškovi zdravstvene zaštite ne izazovu prevelik financijski teret za pojedince i obitelji.
- Učinkovitost zdravstvenih sustava: Učinkovitost zdravstvenih sustava ključna je za osiguranje da se dostupna sredstva troše na način koji maksimizira koristi za pacijente i društvo u cjelini. To uključuje pitanja kao što su upravljanje resursima, kontrola troškova, smanjenje nepotrebnih intervencija i poboljšanje kvalitete skrbi.
- Utjecaj zdravstva na gospodarstvo: Zdravstvo može imati značajan utjecaj na gospodarstvo, uključujući stvaranje radnih mjesta, potrošnju i investicije u medicinsku tehnologiju i istraživanje, te utjecaj na produktivnost i ekonomsku stabilnost.

4.4. Upravljanje kvalitetom hrvatskim zdravstvenim sustavom

„Kvalitetna medicinska zaštita je potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju 233 zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smjernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i financijeri.“ (Ovretveit, 1995). Zdravstvene ustanove se certificiraju prema međunarodnoj normi HRN EN ISO 9001:201541 čime dokazuju da imaju uspostavljen sustav upravljanja kvalitetom. Cilj zdravstvene politike je očuvanje i unapređenje zdravlja te produljenje trajanja i kvalitete života populacije i pojedinaca.⁴² Upravljanje i mjerenje uspjeha zdravstvenog sustava kompleksan je proces

⁴¹ Standard ISO 9001 postavlja kriterije za upravljanje kvalitetom te omogućuje stalno poboljšanje kroz procesni pristup. Za više informacija o ISO 9001: <https://www.dnv.hr/services/iso-9001-upravljanje-kvalitetom-3283/>, ISO 9001:2015 je zadnja verzija standarda

⁴² Svijet kvalitete: *Poboljšavanje kvalitete u zdravstvu*. Dostupno na: <https://www.svijet-kvalitete.com/index.php/medicina/496-poboljsavanje-kvalitete-u-zdravstvu>

koji uključuje različite aspekte kvalitete, učinkovitosti, pristupačnosti i zadovoljstva pacijenata.

Uspjeh zdravstvenog sustava može se pratiti kroz:

- **Kvaliteta skrbi:** Mjerenje kvalitete skrbi uključuje praćenje ključnih pokazatelja performansi kao što su stopa preživljavanja, stopa komplikacija, stopa infekcija, usklađenost s medicinskim smjernicama, procedure u slučaju neželjenih događaja i smanjenje stope istih i zadovoljstvo pacijenata.
- **Pristupačnost:** Mjerenje pristupačnosti zdravstvenog sustava uključuje procjenu dostupnosti usluga, vrijeme čekanja na pristup zdravstvenim uslugama, geografsku dostupnost zdravstvenih ustanova i financijsku pristupačnost za pacijente.

Duge liste čekanja i lokacijska nepristupačnost za određenu uslugu stvaraju kod pacijenata nezadovoljstvo, a moguće i odustanak od nekog pregleda. Osim nezadovoljstva to vodi ka manjoj mogućnosti prevencije ili sprječavanja nastale bolesti i ima dugoročne posljedice za zdravlje pacijenta i opterećenje sustava.

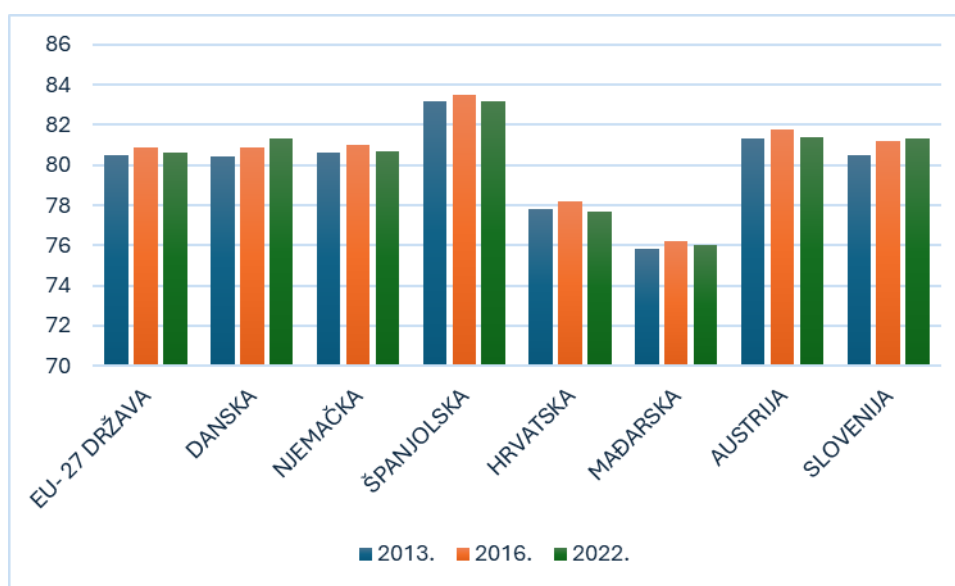
- **Učinkovitost:** Mjerenje učinkovitosti zdravstvenog sustava uključuje analizu troškova i rezultata kako bi se procijenilo koliko dobro sustav koristi raspoložive resurse. To uključuje odnos između troškova i rezultata, efikasnost upravljanja resursima i smanjenje nepotrebnih troškova.
- **Sigurnost pacijenata:** Mjerenje sigurnosti pacijenata uključuje praćenje incidencije neželjenih događaja, grešaka u liječenju, propusta u pružanju skrbi i komplikacija koje proizlaze iz medicinskih postupaka.

Primjeri neželjenih događaja:

- Kirurški zahvat na pogrešnom pacijentu
- Instrument ili predmet ostavljen u pacijentu nakon zahvata ili postupka

- Smrt, koma ili teško oštećenje zdravlja
 - Otmice novorođenčadi
 - Jaka neonatalna žutica
 - Samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva
 - Radioterapije pogrešne regije
 - Pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi
 - Dekubitalni ulkus
 - Neželjene nuspojave lijeka
 - Infekcije rana
 - Transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti
-
- Zadovoljstvo pacijenata: Mjerenje zadovoljstva pacijenata uključuje prikupljanje povratnih informacija od pacijenata o njihovom iskustvu s pružateljima zdravstvene skrbi, kvaliteti usluga, komunikaciji s osobljem i općem dojmu o skrbi.
 - Javnozdravstveni pokazatelji: Mjerenje javnozdravstvenih pokazatelja uključuje praćenje epidemioloških podataka kao što su stope obolijevanja, smrtnosti, cijepljenja, širenja zaraznih bolesti i drugih javnozdravstvenih problema.
 - Održivost: Mjerenje održivosti zdravstvenog sustava uključuje analizu dugoročne financijske stabilnosti sustava, dostupnosti resursa, demografskih trendova i sposobnosti sustava da zadovolji buduće potrebe.

Slika 5. Prikaz procjene životnog vijeka unutar odabranih članica EU, 2013.-2022.



Izvor: Izrada autora prema Eurostat podacima⁴³

Očekivani životni vijek pojedinca ovisi o nizu faktora koji uključuju genetiku, okolišne uvjete, društvo, stanje u gospodarstvu i s time razvitak zdravstvenog sustava. Naravno, poznata izreka „ono si što jedeš“ isto tako utječe na životni vijek jer konzumacija nutritivno niske vrijednosti hrane koja se ne može tako lako razgraditi pa se sakuplja u organizmu uzrokujući kroz vrijeme začepljenje krvnih žila, razvitak novotvorina i sl. Također, svakodnevna fizička aktivnost je bitna za jačanje mišića, aktiviranje metabolizma te hormona. Osim toga pozitivna korelacija sa višim životnim vijekom bilježi se kod više razina obrazovanja i prihoda jer su povezani s boljim zdravljem i dužim životnim vijekom, dijelom zbog boljeg razumijevanja zdravstvenih informacija i pristupa resursima. Prosjek EU iznosi 80,60 godina što je više od Hrvatske za 2,90 godina. Skoro sve analizirane članice bilježe stopu rasta životnog vijeka stanovništva od 2013. godine pa do početka izbijanja COVID-19 krize. U godinama krize je došlo do blagog pada jer je ta gospodarska i zdravstvena kriza odnijela puno života prijevremeno. Najdulji očekivani životni vijek bilježi se u Španjolskoj čiji prosjek iznosi 83,20 godina

⁴³ Eurostat: *Life expectancy by age and sex*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlsexpec/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=6ef5aef9-9dab-4c59-a222-e65d353535db

Tablica 3. Glavni uzroci smrti u 2022. godini u Hrvatskoj

Zloćudne novotvorine	23 399
Bolesti cirkulacijskog sustava	22 303
Bolesti srca, infarkt	17 154
Novotvorine	13 247
Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma	4 500
Šećerna bolest (Diabetes mellitus)	4 467
Bolesti probavnog sustava	4 268

Izvor: Izrada autora prema HZJZ podacima⁴⁴

Unutar tablice 3 navedeno je prvih deset uzroka smrti u 2022. godini su zloćudne novotvorine, šećerna bolest, bolesti cirkulacijskog sustava te ostale bolesti srca i krvnih žila. Trend rasta zabilježen je kod endokrine bolesti i šećerne bolesti i bolesti probavnog sustava. Ono što jako puno ljudi stavlja po strani je briga o vlastitom zdravlju pa s time i preventivni pregledi. Primjerice, šećerna bolest je se nalazi na petom mjestu vodećih uzroka smrti u svijetu u 2016. godini, preko 450 milijuna ljudi boluje od te bolesti, a smatra se da još oko 40% slučajeva uz ovu brojku nije dijagnosticirano.⁴⁵ Trend ubrzanog života, brze hrane niske nutritivne vrijednosti, manjak fizičke aktivnosti i povećanog stresa je glavni razlog nastanka šećerne bolesti, nadalje sve češćih psihičkih oboljenja, endokrinoloških i bolesti probavnog sustava. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo uviđa se trend naglog rasta šećerne bolesti jer je primjerice u Hrvatskoj 2000. godine bilo oboljelo i dijagnosticirano tek 5 896 osoba, dok je tri godine kasnije taj broj bio pet puta veći. Broj oboljelih u 2021. godini od šećerne bolesti je iznosio 327.785, što je povećanje od 2015. do 2021. za 26%.⁴⁶ Uz to šećerna bolest uz sebe veže i brojna druga oboljenja kao što su povećani kolesterol (problemi sa srcem i krvnim žilama), Povišeni

⁴⁴ HZJZ: *Izveštje o umrlim osobama u Hrvatskoj u 2022. godini*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/10/Bilten_umrli_2022.pdf

⁴⁵ HZJZ: *Šećerna bolest*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/secerna-bolestt>

⁴⁶ HZJZ: *Nacionalni registar osoba sa šećernom bolešću*, Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/03/Izvj%C5%A1%C4%87e-za-2021.-godinu.pdf>

tlak, pretilost i dr. Sve su to primjeri uzročno-posljedičnih bolesti zbog premale aktivnosti, loše prehrane, neredovitih pregleda ili medicinskih pogrešaka. Važnost ove tablice ogleda se u činjenici da većina navedenih bolesti ima dugotrajni tijek, smanjuje kvalitetu života, ali i opterećuju zdravstvene fondove. Tablica sadrži jedan od pokazatelja javnozdravstvenih problema, na temelju kojega bi se trebalo usmjeriti daljnje planiranje i strategija zdravstvenog sustava zbog velikih troškova. Kroz detaljnu analizu pokazatelja glavnih uzorka smrti se lakše mogu donijeti zaključci o opremi koja je potrebna za liječenje ili dijagnostiku, o potrebi za ljudskim resursom u određenim odjelima te o troškovima liječenja. Kako navode i iz HZJZ potrebno je implementirati sveobuhvatnu strategiju prevencije kako bi se što adekvatnije provelo liječenje, adekvatna skrb i kontrola troškova zdravstvenog sustava.⁴⁷

Zdravstveni sustav treba i dalje ulagati u promociju zdravlja kroz raznorazne platforme, edukaciju stanovništva još od rane dobi i sl. U najčešće zastupljene programe koji se provode u Hrvatskoj ubrajaju se nacionalni preventivni programi ranog otkrivanja raka pluća, raka dojke, raka vrata maternice i raka debelog crijeva.

Pokrenuta je i nacionalna platforma „Živjeti zdravo“ kojoj je cilj potaknuti stanovnike na veću brigu o vlastitom zdravlju, više tjelesne aktivnosti i zdravu prehranu, no još uvijek velik dio društva unatoč upozorenjima liječnika i stručnjaka nekontrolirano konzumira alkohol, cigarete, drogu i proizvode s visokim udjelom šećera, a koji imaju negativne konotacije.

Kako je već objašnjeno u poglavlju o financiranju zdravstvenog sustava, kada se bolest razvije štete su velike, ne samo u obliku troška zdravstva već i s aspekta samog pojedinca kojem se narušava kvaliteta života. Moguće rješenje problema pronalazi se i u pravednijem financiranju, umjesto jedinstvene tarife za sve skupine osiguranika, plaćanje doprinosa može se vršiti prema riziku obolijevanja od bolesti koji su najčešći uzroci smrti u Republici Hrvatskoj već godinama. Naravno, ne može se utjecati na neke genetske predispozicije ili

⁴⁷ HZJZ: Usporedba vodećim javnozdravstvenim problemima Hrvatskoj i Europskoj uniji Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u Republici. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/01/Pokazatelj_RH_EU.pdf

bolesti iz rane dobi, ali za bolesti uzrokovane u većoj mjeri nedovoljno savjesnim ponašanjem pojedinaca prema vlastitom zdravlju.⁴⁸

Ono što čini zidove i krov svake kuće pa tako i zdravstvene ustanove, su osim infrastrukture njeni djelatnici. Kada se govori o zdravstvenim djelatnicima ljudi najčešće zamišljaju jednu osobu koja je zadužena za njih i poboljšanje njihovom zdravlja, no to i nije ispravno. Iza te jedne osobe koja nama, kao pacijentima provodi dijagnostiku, prepisivanje lijekova i dijagnozu, daje savjete i slično, se nalazi zdravstveni tim. Zdravstveni tim obuhvaća specijaliste, liječnike, medicinske sestre/ tehničare i dr. koji funkcioniraju kao tim ne bi li time poboljšali komunikaciju i sa okolinom, smanjili pogreške u radu i nezadovoljstvo uslugom i sl. Svima njima unutar tima je isti cilj, a to je briga i pomoć pacijentu sa različitih gledišta, Na slici 6 vidljiv je broj zdravstvenih djelatnika u Republici Hrvatskoj za 2022. godinu. Ukupan broj zdravstvenih djelatnika iznosi 75.502. Važnost broja zdravstvenih djelatnika je važan za kvalitetu zdravstvenog sustava jer zajedno sa brojem i raspodjelom zdravstvenih usluga pokazuje dostupnost zdravstvene zaštite.

Slika 6. Grafički prikaz broja zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, 2022. godina



Izvor: Izrada autora prema Hrvatskom znanstveno-statističkom ljetopisu za 2022.

⁴⁸ Bobinac, A. (2017). *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj*, Dostupno na: https://www.cms.hr/system/publication/pdf/95/Pristup_zdravstvenim_uslugama_u_Hrvatskoj_.pdf

Slika 7. Grafički prikaz broja bolničkih postelja na sto tisuća stanovnika, 2021. godina



Izvor: izrada autora prema Eurostat podacima⁴⁹

Na slici 7 prikazan je grafički prikaz broja bolničkih postelja u 2021. godini. Vidljivo je kako prosjek bolničkih postelja Europske unije 524 kreveta na sto tisuća stanovnika. Za usporedbu sa Republikom Hrvatskom odabrane suneke članice EU. Država sa najviše bolničkih postelja u cijeloj Europskoj Uniji je Njemačka sa iznosom od 776 postelja na sto tisuća stanovnika. U drugim istraživanjima sam pronašla kako uz Njemačku još Bugarska, Rumunjska i Austrija prednjače po broju ležajeva. U Hrvatskoj je broj bolničkih postelja na sto tisuća stanovnika veći od prosjeka za 43 postelje te sam drugim analizama uočila trend postepenog rasta ležajeva kroz godine. S druge strane, države poput Irske, Španjolske i sjevernijih država (Norveška, Danska, Švedska) imaju izrazito mali broj bolničkih postelja. Neki od razloga manjeg broja bolničkih postelja su veća orijentiranost na dnevnu njegu, a ne zadržavanje u bolnicama. Zatim, vrijeme potrebno za nabavu bolničkih postelja, kliničke prakse te način financiranja zdravstva (liječenja). Ono što je uzrokovalo tako mali broj postelja u sjevernijim zemljama (ispod 300 postelja na sto tisuća stanovnika) jest nagli porast broja stanovnika.⁵⁰ Ono što bih zaključila referirajući se na

⁴⁹ Eurostat: *Hospital beds*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/5aac9848-2f5e-4d09-b0ae-3df86eee2603?lang=en>

⁵⁰ OECD: *Hospital beds and discharges*. Dostupno na: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/518727bb-en/index.html?itemId=/content/component/518727bb-en>

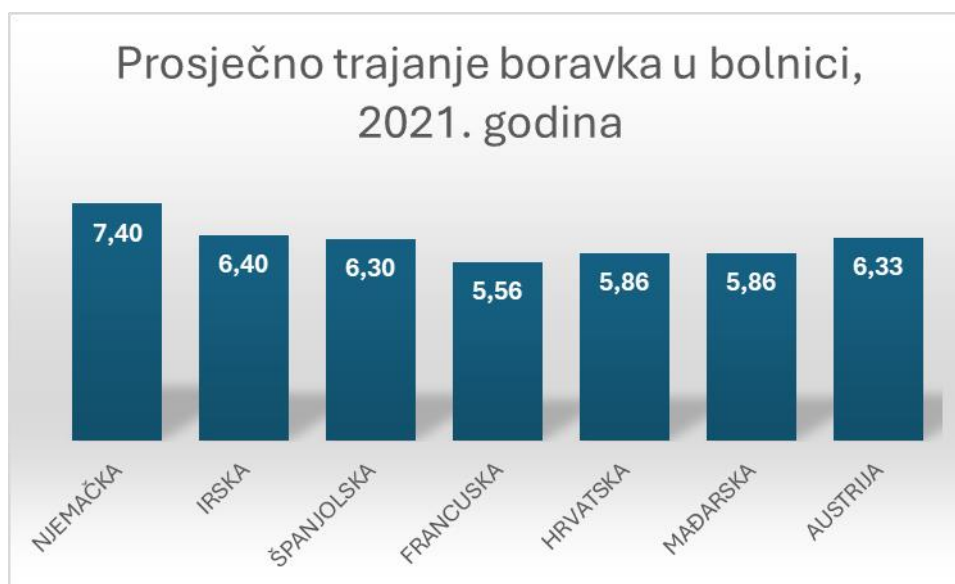
Republiku Hrvatsku je da zasigurno ima infrastrukturnih ulaganja u povećanje kapaciteta i što kvalitetniju skrb što možemo dokazati na trenutnim primjerima unutar Grada Zagreba: Klinička bolnica Dubrava, Klinička bolnica Merkur, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice.⁵¹ Sve su navede bolnice u završetku obnove od potresa, proširenja, proširenja dnevnih bolnica i sl. Na primjeru Kliničke bolnice Dubrava može se uočiti obnavljanje i proširenje djela dnevne bolnice Zavoda za bolesti srca i krvne žile i Zavoda za gastroenterologiju što je bitno jer sam i u gornjem djelu već prikazala broj umrlih od takvih oboljenja. U cilju prevencije i bolje dijagnostike se razvijaju odjeli. S druge strane, ne dolazi samo do infrastrukturnih ulaganja i zaključka kako naš zdravstveni sustav samo napreduje i širi se, već moramo uzeti u obzir u donošenju zaključka o ovom pokazatelju da je i broj bolničkih postelja tako velik zbog iseljavanja. U Hrvatskoj se od 2013. sve do 2022 godine bilježio samo negativni migracijski saldo s ukupnim brojem od 108.351 tisuća stanovnika. Pozitivni migracijski saldo je zabilježen samo 2022. godine u iznosu od 11 685 za koje je pitanje koliko ih se odselilo u međuvremenu jer je većina doseljenih iz inozemstva nastavila svoj put dalje kroz Europu u potrazi za boljim poslom i prilikama.⁵² Pokazatelj broja bolničkih postelja bitan je jer nam daje saznanja o kapacitetima zdravstvenih ustanova, što se i pokazalo od velike važnosti prilikom COVID-19 krize jer su mogli zaprimiti velik broj ljudi na liječenje i dijagnostiku.

⁵¹ ZAGREBINFO: *Sv.Duh kreće u obnovu*. Dostupno na: <https://www.zagreb.info/vijesti/uzivo-bolnica-sv-duh-uskoro-ce-dobiti-novi-zavod-za-mikrobiologiju-gradonacelnik-u-obilasku-gradilista/464522/>

KB Merkur: *Europski projekti*. Dostupno na: <https://www.kb-merkur.hr/eu-projekti-detaljno/nacionalni-plan-oporavka-i-otpornosti>. Pliva zdravlje: *Završetak obnove KB Merkur u 2024*. Dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/vijesti/clanak/36806/Zavrsetak-obnove-KB-Merkur-2024-godine.html>. KBD: *Obnova i prilagodba prostora za potrebe dnevne bolnice*. Dostupno na: <https://www.kbd.hr/eu-projekti/europski-fond-za-regionalni-razvoj/obnova-i-prilagodba-prostora-za-potrebe-dnevne-bolnice-zavoda-za-bolesti-srca-i-krvnih-zila-dnevne-bolnice-zavoda-za-gastroenterologiju-i-jednodnevne-kirurgije-u-klinickoj-bolnici-dubrava/>

⁵² DZS: *Migracije stanovništva RH u 2022. godini*. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/2023/hr/58061>

Slika 8. Grafički prikaz prosječnog trajanja boravka u bolnici u 2021. godini



Izvor: izrada autora prema Eurostat podacima⁵³

Prema podacima dobivenim sa Eurostata, vidljivih na slici 8 prosječno trajanje boravka u bolnici na primjeru analiziranih država je 6,24 tj. 6 dana. Pokazatelj prosječnog trajanja boravka u bolnici često se koristi za procjenu efikasnosti bolničke zdravstvene zaštite i planiranje resursa. Kraće vrijeme boravka u bolnici obično je poželjno jer može ukazivati na brži oporavak pacijenata i efikasniju zdravstvenu skrb, dok duži boravak može signalizirati složenije medicinske slučajeve ili potrebu za dodatnom njegom i liječenjem.

Praćenje dana boravka u bolnici također je važno za:

- Optimizaciju bolničkih kapaciteta i smanjenje troškova zdravstvene skrbi
- Planiranje i alokaciju osoblja i medicinskih resursa
- Evaluaciju kvalitete pružene njege i identificiranje područja za poboljšanje

Analizom dana boravka u bolnici može se utvrditi koliko je bolnica efikasna u dijagnostici, liječenju i oporavku pacijenata te koliko uspješno provodi planirane medicinske procedure.

⁵³ Eurostat: *Hospital discharges and length of stay for inpatient curative care*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_inpagg__custom_11474808/default/table?lang=en

Ukupan broj Specijalističko – konzilijarne (SKZZ) i ostale djelatnosti

Ukupan broj specijalističkih pregleda kao što su: kardiologija, interna, dijabetologija, kirurgija, pulmologija, urologija, psihijatrija, pedijatrija, neurologija i drugi, iznosi 9.189.646 pregleda u Hrvatskoj, od kojih je 3.227.663 obavljeno na području Grada Zagreba. To je još jedan dokaz da je većina ustanova na području ove županije preopterećena pa dolazi do dugih lista čekanja. Sljedeća županija sa najvećim brojem posjeta specijalistu je Splitsko-dalmatinska i iznosi 919.218 posjeta, što je značajno manje nego na području Grada Zagreba. Kao bolji prikaz opterećenosti pojedinih županija i lošom dislociranosti funkcija navodim sljedeći grafikon. Broj SKZZ-a je bitan jer predstavlja indikator kvalitete i pristupačnosti zdravstvenog sustava. Kontroling unutar područja SKZZ-a analizira podatke kako bi se lakše uvidjele potrebe i obrasci, a s time i napravila bolja alokacija resursa i budžet. Zatim, optimizaciju procesa provodi i kroz standardiziranje procedura što smanjuje pogreške i odstupanja u liječenju pacijenata.

Slika 9. Grafički prikaz broja pregleda u stalnim i povremenim specijalističkim ordinacijama koje imaju ugovor sa HZZO u Hrvatskoj, po županijama, za 2022. godinu



Izvor: Izrada autora prema Hrvatskom znanstveno-statističkom ljetopisu za 2022. godinu

Nadalje, po navedenim podacima iz tablice može se vidjeti kako je najveći broj posjeta specijalistu u dobi od 20 do 64 godine, što je i nekako za očekivati s obzirom da se tada

otkriva dosta problema koje se vuku iz djetinjstva, preventivni pregledi, nastanak je novih bolesti zbog starenja, ubrzanog načina života i svime što vodi današnje ekstremno dinamičko okruženje. Ono o čemu sam već pisala u djelu financiranja zdravstvenog sustava, je upravo količina starijih (iznad 65 godina) kojih je u prirodno-spolnoj piramidi sve više pa će u srednjem/dugom roku doći i do poteškoća sa ovakvim financiranjem zdravstva. Broj posjeta specijalistu od strane starije populacije (iznad 65 godina) iznosi 3.129.945.

Tablica 4. Broj pregleda u stalnim i povremenim specijalističkim ordinacijama koje imaju ugovor sa HZZO u Hrvatskoj, po dobi, za 2022. godinu

DOB	Dob 20-64	Dob 65+
SVEUKUPAN BROJ POSJETA SPECIJALISTU	4.692.721	3.129.945

Izvor: Izrada autora prema Hrvatskom znanstveno-statističkom ljetopisu za 2022. godinu

Kontroler u praćenju i poboljšanju rezultata svih gore navedenih pokazatelja može uvesti Lean Six Sigma, metodologiju za poboljšanje poslovanja čija se uporaba znatno povećala tijekom proteklog desetljeća. Upotreba Lean Six Sigme se proširila od proizvodnog i industrijskog sektora do bankarskog i farmaceutskog sektor.⁵⁴ Primjerice, analiza vremena čekanja na specijalističke preglede može otkriti razlog kašnjenja, implementaciju rješenja i bolje iskustvo pacijenta. Također, kontroler kroz metodologiju može raditi na optimizaciji primjerice, operacijskih sala kroz bolje procedure pripreme sale, operacijskog postupka te broja operacija po danu.

4.5. Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava

Važnost ovog poglavlja je zaključiti sve probleme i izazove zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Fokus na preventivne mjere i promociju zdravlja može imati širok spektar pozitivnih efekata na pojedince, zajednice i zdravstveni sustav zbog manje

⁵⁴ Peruško, I.: *Six Sigma metodologija za unaprijeđenje poslovnih procesa*. Završni rad, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli

zdravstvene potrošnje, novih mogućnosti financiranja zdravstva po ugledu na druge članice EU i same kretnje zdravstvene politike u zemlji. Bolja promocija zdravlja vodi ka boljem zdravlju, a time i manji broj hospitalizacija i intervencija. Prema nacionalnoj strategiji zdravstva vidljiva je svjesnost o potrebi za promjenom u temi rizičnih čimbenika kao što su: pušenje, alkohol, droga, hrane niske nutritivne vrijednosti (npr. fast food), nedovoljna fizička aktivnost te preniska razina preventivnosti u otkrivanju i liječenju bolesti.

Glavni problemi:

- Ponašajni čimbenici (pretilost, premali unos hrane visoke nutritivne vrijednosti, pušenje, alkohol i fizička aktivnost)
- Nedovoljan broj preventivnih pregleda
- Neravnomjerna dostupnost i pristupačnost
- Upitna financijska održivost zdravstvenog sustava
- Potreba za boljom informatizacijom
- Smanjivanje asimetričnosti informacija
- Kvaliteta osoblja (poliklinike)

Ponašajni čimbenici i preventivni pregledi

Prema OECD-ovim dokumentima pregleda stanja zdravstva i zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, Hrvatska ima među najvišim stopama smrtnosti od raka. Za muškarce je navedeno da su glavna zahvaćena područja prostata, debelo crijevo i pluća, a kod žena maternica, debelo crijevo i rak dojke. Već samo taj pokazatelj pokazuje nam važnost utjecanja na rano otkrivanje takvih bolesti te interveniranje u početku, a za to je potreban redovan odlazak na preglede i nezanemarivanje simptoma. Smatram da država ne može takav teret staviti na pojedinca jer će uvijek biti onih manje svjesnijih nastanka bolesti, odbijati prihvatiti mogućnost oboljenja, imati nedovoljno obrazovanja ili prihoda pa ne biti u mogućnosti napraviti preventivni pregled. Tu bi trebalo doći do uplitanja države u prevenciju bolesti i uvođenje obveznog sistematskog pregleda za svakog pojedinca na dvogodišnjoj razini. To bi trebala biti osnova jer bi se veći dio oboljenja prikazao po nalazima. Naprimjer. U slučaju raka prostate muškarci osim što imaju problem s

mokrenjem ponekad, bolove u donjem dijelu abdomena, imaju povišen i PSA (prostata specifični antigen) u krvnoj slici koji odmah pokazuje aktivnost (upalu) prostate te se na temelju tog čimbenika provodi daljnja analiza žarišnog područja. Posljedice na pojedinca u slučaju raka prostate ne moraju stati na prostati, već mogu biti i puno teže jer je poznato da se rak prostate širi ponajviše na kosti i pluća što je opet jedna od bolesti u kojoj Hrvatska bilježi među najvišim stopama u EU. Zasad, većina zemalja nema uveden obvezni sistematski pregled za odrasle, najbliže tome ima Norveška. Ukoliko sistematski pregledi ne mogu biti obvezni, bar bi se trebalo nastaviti sa započetim projektom preventivnih pregleda za koji se dobiva slobodan dan. Takav pilot-projekt je kod nas započeo u svibnju 2023. godine na području pet županija u cilju boljeg razvitka programa preventivnih pregleda.⁵⁵

Osim preventivnih pregleda kojima ljudi nisu skloni da ih obave samostalno uz plaćanje iz džepa i neodgovornost prema samome sebi, trebala se uvesti i bolja edukacija i promocija zdrave hrane jer je Hrvatska na visokoj poziciji ljestvice pretilosti. Također, procjenjuje se da je cirka 44% smrtnih slučajeva uzrokovano zbog ponašajnih čimbenika rizika, od toga je 22% prekomjeren unos šećera i soli, nedovoljan unos povrća i voća. Kao drugi čimbenik je konzumacija duhana (izravno ili pasivno) koji pridonosi smrtnosti oko 20%, zatim konzumacija alkohola 6% te 2% zbog premale fizičke aktivnosti.⁵⁶

Podaci navedeni su sa OECD stranice, ali smatram da nije dovoljno pratiti samo smrtnost, već i obolijevanje od navedenih čimbenika te onda „pričati“ o brojkama jer su onda puno veće. Kao primjer navodim svakodnevne slučajeve jednog kirurga, po podacima smrtnost od premale fizičke aktivnosti je 2% i to je postotak/broj koji će svatko od nas zanemariti jer je to „samo“ 2%, ali ne bi trebao fokus biti na umiranju (smrtnosti) već na ograničenju ljudskog života, s time i opterećenosti zdravstvenog sustava. Ono što se događa u organizmu koji je stvoren za kretanje, a mi ga svakodnevno usporavamo, sjedimo po osam sati, vozimo se na posao pa dođemo kući da se još malo odmorimo je propadanje

⁵⁵ Vlada Republike Hrvatske: *Prvi preventivni pregledi kreću početkom svibnja*. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/vijesti/prvi-preventivni-pregledi-krecu-pocetkom-svibnja/38185>

⁵⁶OECD: *Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023*. Dostupno na: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2023_e5483d30-hr#page8

organizma. Jačanje muskulature tijela važno je jer jači mišići pružaju bolju potporu zglobovima i kostima, smanjujući rizik od ozljeda. U primjeru kirurga, svakodnevno se događa da osoba prilikom izvođenja neke akcije završi na kirurškom stolu s prijelom kuka, dislokacijom određenog područja, ozljedom puknuća ili istegnuća medijalnog kolateralnog ligamenta ili prednjeg križnog ligamenta. Ista ta osoba će morati proći kroz fazu oporavka i povratku u svakodnevne aktivnosti, a taj proces će biti puno izazovniji osobama koji nemaju dovoljno fizičke aktivnosti, a time i jakosti mišića kao potpore. To je i razlog zašto se jako puno ljudi u dobi nakon 65 godina u slučaju takve ozljede nikada ne oporavi do kraja, dio ne ustane ponovno iz kreveta i sl. Edukacije u području sporta (razvitku motoričkih sposobnosti i važnosti kretanja) trebale bi započeti od najranije dobi i biti dio cjeloživotnog obrazovanja. Svakodnevnim kretanjem, kao jednim od najvažnijih čimbenika zdravlja smanjujemo mogućnost nastanka bolesti ili bolest možemo držati u prihvatljivim jedinicama (npr. diabetes, osteoporoza, kardiovaskularne bolesti), radimo na jakosti mišića i time smanjujemo mogućnost nastanka ozljeda ili lakšem oporavku u slučaju nastanka iste, imamo manja ograničenja za svakodnevne aktivnosti, izlete i sl. što utječe i na kategoriju mentalnog zdravlja (smanjivanje stresa, rast samopouzdanja) s kojim Hrvatsko stanovništvo ima veliki problem, pogotovo od izbijanja COVID-19 krize. U 2019. godini je preko 11% stanovnika izjavilo da boluje od depresije, a u EU je prosjek 7,2%. Najzahvaćenija skupina je ona s najnižim dohotkom, neovisno o spolu.⁵⁷

„Dok je 34% odraslih koji su živjeli u Republici Hrvatskoj u 2019. godini imalo normalnu tjelesnu masu prema njihovom indeksu tjelesne mase (ITM), gotovo dvije trećine (65%) imalo je prekomjernu tjelesnu masu ili debljinu (42% prekomjernu tjelesnu masu i 23% debljinu), a 1% je pothranjenih. ITM je mjera tjelesne mase osobe s obzirom na njenu visinu koja je razmjerno dobro povezana s udjelom masti u tijelu“ izjava je to HZJZ-a.⁵⁸

Debljina je jedan od najvećih izazova unutar cijele Europske Unije, ali u Hrvatskoj je daleko iznad prosjeka i unutar kategorije djece i odraslih. Prema Eurostatu u 2022. godini u

⁵⁷OECD: *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2023.*. Dostupno na: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2023_e5483d30-hr#page8

⁵⁸ HZJZ: *Promicanje zdravlja*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/gotovo-dvije-trecine-odraslih-osoba-u-hrvatskoj-ima-prekomjernu-tjelesnu-masu-ili-debljinu/>

Hrvatskoj je oko 58% stanovnika imalo prekomjernu tjelesnu težinu, od kojih je oko 20% pretilog stanovništva. Isto kao i gornjem djelu teksta, pretilost uz sebe veže otežano izvršenje dnevnih funkcija, ograničava nas u aktivnostima, svaki dodatni kilogram povećava rizik od nastanka šećerne bolesti za oko 7% i sl. Zdravstveni sustav je opterećeniji zbog uzastopnih pogrešaka pojedinca pogotovo zbog pojedinaca koji su indiferentni na spomenutu problematiku. Dio zahvata u bolnicama se odbija napraviti dok pojedinac ne dođe barem na približnu prirodnu vlastitu težinu zbog boljeg učinka operacije, lakšeg oporavka i slične problematike.

Druga predložena rješenja osim promocije i edukacije od najranije dobi, bi bila povećanje trošarina na slatkiše, alkohol i duhanske proizvode po uzoru na neke članice EU pa se ta sredstva mogu uložiti u zdravstveni sustav. Primjeri država su: Norveška koja je poznata po vrlo visokim trošarinama na alkohol i duhan. Ove mjere imaju za cilj smanjenje konzumacije ovih proizvoda i poboljšanje javnog zdravlja. Švedska koja ima visoke stope trošarina na duhan zbog strategije smanjivanja broja pušača. Irska, koja je uvela trošarine i na slatkiše i na alkohol i duhanske proizvode, primjerice dok jedna kutija cigareta kod nas košta 5-5.5€ u Irskoj ista kutija košta 23€, naravno Irci imaju u viši životni standard, ali čak i za njih je to visoki izdatak.

Neravnomjerna dostupnost i pristupačnost

Već spomenuti problem i izazov zdravstvenih usluga između ruralnih i urbanih područja te između različitih regija u Hrvatskoj. Rezultirati su nezadovoljstvo uslugom, čekanjima na pristup određenim uslugama i nejednakošću u kvaliteti skrbi.

Financijska održivost zdravstvenog sustava

Kako sam već napisala u poglavlju Financijskog aspekta, zdravlje nije besplatan resurs kao što niti nepotrošeni lijekovi i bespotrebni pregledi ne donose blagostanje pojedincu i društvu. Kroz više participacije bi se potencijalno smanjio broj pregleda, lijekova i sl., dodatni benefit i posljedica su i kraće liste čekanja jer bi sustav bio manje opterećen. Takva se mjera može uvesti, s time da mora postojati odgovarajuće rješenje za osobe s niskim primanjima, invaliditetom i druge posebne kategorije. Participacije mogu biti rangirane po čimbenicima rizika jer zašto bi osoba koja svakodnevno konzumira alkohol ili duhanske proizvode, a s time povećava vjerojatnost nastanka bolesti plaćala istu participaciju kao i osoba koja pazi na svoje zdravlje. Pod istom temom je i pitanje pretilosti, osobe svjesno

sebi potiču razvitak bolesti, potrebu za pomagalima ili npr. promjenama kuka (koji je najčešće oštećen zbog težine) i imaju iste uvjete kao i osobe koje imaju razvijenu svjesnost o važnosti zdravlja i razvitak bolesti se veže uz neželjene neočekivane događaje. Slijedeće je povećanje prihoda od trošarine gore spomenutih, na alkohol, duhan i slatkiše. Uz navedene prijedloge, problem čini i iseljavanje mladog i povećanje udjela starog stanovništva u dobnoj strukturi. Ostali niz izazova, od rastućih potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom i odljeva mozgova.

U 2020. godini pandemija bolesti COVID-19 postala je imperativom u sustavu zdravstva s aspekta prevencije, liječenja i suzbijanja širenja virusa pri čemu su dugogodišnji problemi neefikasnosti zdravstvenog sustava dodatno eskalirali, ali sada služe za bolju buduću usmjerenost i upravljanjem postojećih nedostataka.

Potreba za boljom informatizacijom

Informatizacija zdravstvenog sustava je i dalje izazov u Hrvatskoj, ali se na postupku usavršavanja proces radi svakodnevno, te mogu zaključiti kroz analizu sustava prije deset godina i sada je sustav jako unaprijeđen, olakšan i za zdravstvene djelatnike, i za kontrolere i jedinice kvalitete koji se bave stalnom analizom, izvještajima i praćenjem pokazatelja, ali i za pacijenta jer nema potrebe odlaženja u ambulante po nalaze, dostavljanje istih, preuzimanje recepta ili vjerojatnosti zaboravljanja medicinske dokumentacije na pregled. Trend modernog doba je razvitak tehnologije i digitalna revolucija koja mijenja način na koji smo do sada živjeli. Danas, većina procesa postaje automatska kao što je to u zdravstvu primjer administrativnih podataka. Zbog primjene Big Data tehnologije dolazi do umrežavanja podataka i digitalnog arhiviranja istih, dostupnosti prošlih pacijentovih dijagnoza, recepta, rezultata pretraga i sl. Big Data olakšava kontroleru prikupljanje podataka, povezivanje i bolju analizu optimizacije troškova.

S druge strane stavke na kojima bi se trebalo poraditi su e-doznake koje postoje, ali za jako mali broj uređaja. Uz uspostavu digitalizacije svih doznaka cijeli bi se proces dostavljanja i odobravanja ubrzao te bi se smanjili troškovi dostave. Po komercijalistima poduzeća Bauerfeind trebalo bi se poraditi na ubrzanju procesa ovjera doznaka mimo CEZIH-a jer bi bilo manje komplikacija. Komplikacije koje se često javljaju nastaju zbog lošeg definiranja što zapravo indikacije jesu. S jedne strane postoji struka, a sa druge strane HZZO. HZZO

ne prihvaća smjernice struke te zbog toga dolazi do komplikacije između doktora i krajnjeg korisnika, odnosno prekomjernog trajanja procesa ovjeravanja doznaka i isporuke pomagala.⁵⁹

Smanjivanje asimetričnosti informacija

Isto tako na asimetričnosti informacija će se poraditi kroz bolje praćenje rezultata posebice primarne zdravstvene zaštite, kao glavni problem doktora opće medicine koji bi trebali uložiti više svog znanja i vremena u pojedinca prije nego li ga pošalju na daljnje obrade u sekundarne razine zdravstvene zaštite. Po informacijama dobivenih od komercijalista poduzeća Bauerfeind oni smatraju da asimetrija postoji, naravno da je individualna, ali postojeća u svim regijama. Po njima doktori dosta informacija o pravima svakog pacijenta iskrivljuju jer nisu upućeni u prava, umjesto da pacijente odmah proslijede prema važećoj instituciji (HZZO).

Još jedna problematika hrvatskog zdravstvenog sustava je asimetrija informacija između HZZO-a i stanovništva jer većina ljudi koja koristi uređaje preko doznaka kao npr. uređaj za potpomognuto disanje (CPAP) ili koncentrator kisika nema dovoljno informacija o korištenju uređaja i pravima. Vezano za te uređaje, korisnici imaju pravo preko doznaka dobiti servis uređaja, zamjene dijelova, potrošni materijal (na godišnjoj ili mjesečnoj razini) i sl. nakon isteka određenog vremena.

Kvaliteta osoblja (poliklinike)

U mnogobrojnim poliklinikama pod navedenim odjelom npr. internistički odjel, nalaze se specijalisti koji provode dijagnostiku, analizu i zaključak koji uopće nisu specijalisti za tu granu medicine. U medicinskim dokumentima stoji primjerice internistički odjel, naziv internista, a u potpisu i žigu je specijalist transfuzijske medicine. To je osoba koja će nam dati neku dijagnozu, ali ne mora biti nužno ispravna jer nema dovoljno znanja u tom području pa često potratimo i vrijeme i novac u krivome smjeru. Bolja kontrola pozicija, kontrola dijagnoza i zaključaka svakako bi poboljšala dio zdravstvenog sustava. Isto kao i izdavanje lijekova na temelju dokaza (nalaza), a ne na temelju metode pokušaja i pogrešaka bi na svakoj razini zdravstvene zaštite poboljšala kvalitetu liječenja, zdravlja pojedinca fizički, ali i mentalno.

⁵⁹ Interni podaci poduzeća Bauerfeind d.o.o. (komercijalisti i maloprodaja)

5. KONTROLING U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU REPUBLIKE HRVATSKE

5.1. Uloga kontrolera u procesima zdravstvene ustanove

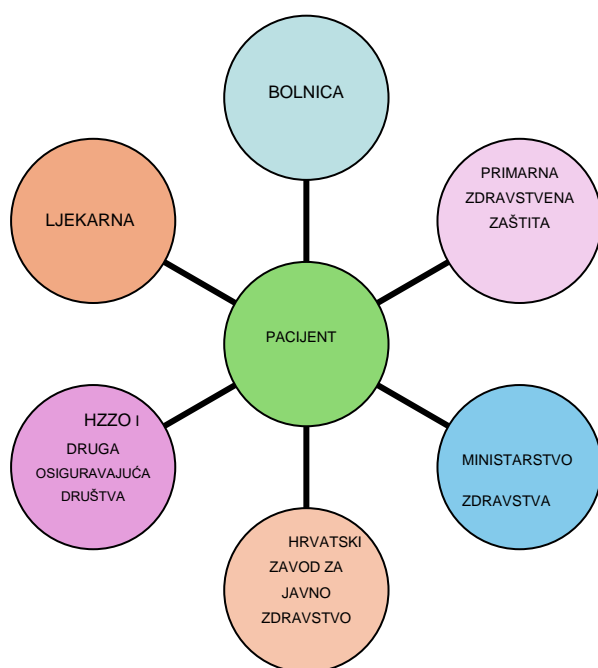
Uloga kontrolera u procesu planiranja zdravstvenom ustanovom ključna je za osiguranje efikasnosti, efektivnosti i održivosti operacija. Kontroler sudjeluje u izradi godišnjih i višegodišnjih proračuna zdravstvene ustanove, osiguravajući da svi odjeli imaju adekvatna sredstva za obavljanje svojih funkcija. Također, razvija financijske prognoze i projekcije koje pomažu u predviđanju budućih prihoda i rashoda te u identificiranju potencijalnih financijskih izazova. Što se tiče troškova pojedine zdravstvene ustanove ili djela ukupnog sustava on nadzire i osigurava transparentnost rezultata te predlaže i implementira mjere za smanjenje troškova bez ugrožavanja kvalitete zdravstvenih usluga. Osim navedenih radnji kontroler upravlja rizicima kroz analizu postojećih rizika npr. sigurnosti pacijenta, definira postupke, te provodi analizu pokazatelja uspješnosti istih. Proces upravljanja rizicima može se odvijati na proaktivan i reaktivan način te zahtijeva multidisciplinarnu suradnju. Sastoji se od identifikacije i analize rizika, definiranja ciljeva za smanjenje rizika, implementacije mjera za redukciju rizika preventivnim aktivnostima i evaluacije učinkovitosti tih mjera. Osiguranje sigurnosti pacijenata i upravljanje rizicima u prevenciji i kontroli infekcija odvija se unutar kompleksnih i promjenjivih zdravstvenih organizacija, koje djeluju u mreži internih i eksternih resursa s različitim psihološkim percepcijama i komunikacijskim interakcijama. Klinička praksa treba se odvijati u okruženju koje podržava suradnju i omogućuje zaposlenicima sigurno i učinkovito izvršavanje zadataka.⁶⁰

⁶⁰ KB Merkur (2014.): Sinergija sigurnosti pacijenata i kontrole infekcija u upravljanju rizicima, Konferencija medicinskih sestara i tehničara, Zagreb

5.2. Informacijski sustavi u zdravstvu

Informacijski sustav unutar zdravstva se u Hrvatskoj počeo razvijati tek 2002. godine od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi. Informacijski sustav se krenuo razvijati zbog uviđanja potrebe za boljim i lakšim praćenjem kvalitete, kontrolom, olakšanom organizacijom i brzom pomoći pri radu jer je sve dostupno kroz par klikova, planiranja i lakšeg izvještavanja.⁶¹

Slika 10. Pojednostavljeni shematski prikaz povezanosti pacijenta i informacijskog sustava sa okolinom



Izvor: Izrada autora prema dostupnim podacima⁶²

Informacijski sustav u zdravstvu Hrvatske sastoji se od različitih tehnoloških rješenja i informacijskih alata koji podržavaju pružanje zdravstvene skrbi, upravljanje pacijentima, evidenciju medicinskih podataka i komunikaciju unutar zdravstvenog sustava. Evo pregleda ključnih komponenti i karakteristika informacijskog sustava u zdravstvu Hrvatske:

⁶¹ Brumini G.: Stav zdravstvenih djelatnika prema postupku informatizacije bolničkih ustanova.

⁶² Brumini G.: Stav zdravstvenih djelatnika prema postupku informatizacije bolničkih ustanova.

- Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske (CEZIH): CEZIH je nacionalna integracijska platforma koju koriste svi zdravstveni djelatnici te je zakonom propisano da se sva razmijena zdravstvenih informacija mora odvijati preko CEZIH-a. To uključuje bolnice, domove zdravlja, laboratorije i ljekarne. Unutar CEZIH-a se nalaze brojne aplikacije koje se koriste na svakodnevnoj razini npr. E-karton koji omogućuje da zdravstveni djelatnici mogu sa različitih lokacija pregledavati medicinski karton pacijenta. Drugi primjer je Portal zdravlja kojega mogu koristiti i građani u svrhu slanja zahtjeva, upravljanje narudžbama, pregled vlastitih medicinskih podataka i slično.⁶³
- Elektronički zdravstveni karton (EZK): EZK je centralni dio informacijskog sustava koji sadrži medicinske podatke i povijest bolesti pacijenata. To uključuje informacije o alergijama, dijagnozama, receptima, laboratorijskim rezultatima i liječenjima. Cilj EZK-a je omogućiti pristup cjelovitim medicinskim podacima o pacijentima svim zdravstvenim radnicima koji sudjeluju u njihovoj skrbi. Osim što se podaci nalaze u digitalnom obliku te su dostupni u svakome trenutku, ono što se poboljšalo kroz tu aplikaciju su i manje ljudi u bolnici zbog podizanja nalaza, dolazi do uštede vremena, dokumenti su sigurno pohranjeni te se doktora opće prakse ne opterećuje s unosom podataka, primanjem velike količine ljudi zbog upisa istog, već mu fokus posla mogu biti pacijenti.
- E-recepti: E-recepti omogućuju elektroničko propisivanje lijekova i njihovu distribuciju u ljekarnama, a funkcija je dostupna od 2011. godine u Hrvatskoj. Ovo smanjuje potrebu za papirnatim receptima i omogućuje bržu i sigurniju obradu recepata. Osim što skraćuje cijeli proces za pacijenta i doktora, na papirnate recepte se trošilo preko 15 milijuna kuna godišnje što je velik trošak za zdravstvo.⁶⁴
- Telemedicina: Telemedicina pruža mogućnost pružanja zdravstvenih usluga na daljinu putem telekomunikacijskih tehnologija. To može uključivati telekonferencije s pacijentima, konzultacije s drugim zdravstvenim stručnjacima,

⁶³ Ericsson: *Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske (CEZIH)*. <https://www.ericsson.hr/centralni-zdravstveni-informacijski-sustav-republike-hrvatske>

⁶⁴ Ljekarna Splitsko-dalmatinske županije: *E-recepti u cijeloj Hrvatskoj*. Dostupno na: <https://www.ljekarnasdz.hr/novosti-aktualno/e-recepti-u-cijeloj-hrvatskoj-1>

praćenje pacijenata na daljinu i teleedukaciju. U Hrvatskoj je najviše korištena ova opcija za djelatnosti hitne medicine.⁶⁵

- Laboratorijski informacijski sustav (LIS): LIS omogućuje upravljanje laboratorijskim procesima, praćenje uzoraka, analizu rezultata testova i generiranje laboratorijskih izvještaja. Ovo pomaže u brzom i preciznom obradi laboratorijskih podataka jer upisani pacijent na prijemu bolnice dobiva u sustavu svoj bar-kod (identifikacijski broj) kojim se onda i u laboratoriju označuju uzorci. Također se olakšava komunikaciju između laboratorija i zdravstvenih ustanova jer je LIS dio bolničkog informacijskog sustava (BIS).⁶⁶
- Sigurnosni sustavi: S obzirom na osjetljivost medicinskih podataka, informacijski sustavi u zdravstvu Hrvatske opremljeni su različitim sigurnosnim mehanizmima kako bi zaštitili privatnost i povjerljivost pacijenata. To uključuje enkripciju podataka, kontrolu pristupa i sigurnosne kopije.
- Bolnički informacijski sustav (BIS): BIS je glavni sustav jedne zdravstvene ustanove koji sadržava ukupne podatke (administrativne, financijske, medicinske). Protočnost informacija unutar BIS-a osigurava informacijski odjel/sektor koji upravlja stabilnošću sustava, nadogradnjom softvera, rješavanju tehničkih problema te povezivanju sa ostalim individualnim sustavima. Potrebno je imati dobar i zaštićen informacijski sustav te poštivati protokole zbog očuvanja privatnosti i sigurnosti unutar svakog oblika medicinske dokumentacije.⁶⁷
- Radiološki informacijski sustav (RIS): RIS je dio bolničkog informacijskog sustava koji omogućuje izdavanje i čuvanje nalaza, moguću analizu kvalitete rada radioloških instrumenata, pisanje specijalističkih mišljenja i sl.
- Posebni moduli: eNovorođenče, Dijabetičar, Dijabetologija

⁶⁵ Ministarstvo zdravlja: *Telemedicinski okvir za proširenje usluga*. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/programi-i-projekti/nacionalni-plan-oporavka-i-otpornosti-2021-2026/telemedicinski-okvir/5843>

⁶⁶ Barišić J. (2014.): *Uloga automatizacije u laboratorijskoj imunohematološkoj dijagnostici*, Završni rad.

⁶⁷ Popov M. (2021.): *Funkcionalnosti HL7 standarda u integraciji RIS/PACS/HIS sustava*, Završni rad.

- Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav (NAJS): informacijski je sustav Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te ga koriste i ostale zdravstvene ustanove. Taj sustav omogućuje praćenje i upisivanje novih evidencija/ registra, praćenje starih registra (raka, dijabetesa, HIV-a, nuspojave cjepiva, poroda, psihoza, samoubojstva..) Osim toga služi za rano prepoznavanje akutnih pojava, nadzor nad kroničnim bolestima, procjenu zdravlja populacije i strateško planiranje te kontrolu svih procesa zdravstva i zdravstvene zaštite.⁶⁸
- Informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje: od posebne važnosti za praćenje osiguranika, obveznika za plaćanje doprinosa, praćenje troškova zdravstvenih usluga, kreiranje izvještaja kontrole, plaćanje naknada i sl. Dio poslovanja se odvija u vlastitoj aplikaciji ZOROH koja služi za praćenje poslova i izradu svi izvještaja koje HZZO treba izrađivati. Osim tih osnova danas se počelo pratiti i po pojedinom liječniku koliko i koje lijekove propisuje, troškovi po osiguraniku
 - eZdravsteveno
 - eHZZO
 - Povezivanje HZZO-a i E-građana

5.3. Ključni pokazatelji uspješnosti hrvatskog zdravstvenog sustava

Svrha razvitka sustava za upravljanje kvalitetom i praćenja ključnih pokazatelja uspješnosti je da kontroleri lakše prate ishoda liječenja, praćenje napretka u svakom djelu zdravstvenog sustava i isto tako praćenje odstupanja zbog pravodobnije reakcije, što je ključno za osiguranje visoke kvalitete zdravstvene skrbi i održive financijske stabilnosti.

U cilju napredovanja i poboljšanja zdravstvenog sustava propisani su brojni indikatori koji se prati stanje.

⁶⁸ HZJZ: NAJS. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/nacionalni-javnozdravstveni-informacijski-sustav-najs/>

Primjeri ključnih pokazatelja uspješnosti:⁶⁹

- Potrošnja sredstava za lijekove propisane na recept
- Upućivanje u daljnju dijagnostiku (specijalistički pregledi)
- Pridržavanje standardnog broja pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici
- Udio zdravstvenog osoblja u ukupnom broju zaposlenih u bolnici
- Broj zaposlenih po postelji
- Broj zdravstvenih radnika po postelji
- Popunjenost postelja
- „Obrtaj“ pacijenata po postelji
- Prosječno trajanje ležanja po slučaju (dani)
- Ukupan broj slučajeva bolničkog liječenja na jednog zaposlenika bolnice
- Ukupan broj prijema na jednog zaposlenog zdravstvenog radnika
- Integrirani bolnički informacijski sustav (BIS)

5.3.1. Pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite

Pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite predstavljaju ključne mjerne alate za evaluaciju i unapređenje pružanja zdravstvenih usluga. Oni omogućuju sustavno praćenje, analizu i poboljšanje učinkovitosti, sigurnosti, zadovoljstva pacijenata te drugih aspekata zdravstvenog sustava. Pokazatelji, kvantitativni ili kvalitativni, obuhvaćaju širok spektar dimenzija zdravstvene zaštite.

Neki od pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite:⁷⁰

- Broj rehospitalizacija unutar 30 dana od otpusta bez obzira na dijagnozu

⁶⁹ HZZO: POKAZATELJI RADA BOLNIČKIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA. Korolija-Marinić, D.: Praćenje učinkovitosti bolničkog sustava – izazovi za hrvatsko zdravstvo, Ministarstvo zdravlja

⁷⁰ HZZO: Pokazatelji rada bolničkih zdravstvenih ustanova

- Opća stopa smrtnosti
- Stopa smrtnosti zbog akutnog infarkta miokarda
- Stopa smrtnosti zbog moždanog inzulta
- Postotak liječenja u dnevnoj bolnici
- Postotak prijema kroz hitni prijem
- Prosječna duljina boravka u bolnici zbog akutnog pankreatitisa – MKB-10: K85.-
- Prosječna duljina boravka u bolnici zbog akutnog infarkta miokarda- MKB-10: I21.-
- Prosječna duljina boravka u bolnici zbog inzulta - MKB-10: I63
- Prosječna duljina boravka zbog carskog reza
- Prosječna duljina boravka u bolnici zbog hernioplastike ingvinalne hernije- MKB-10: K40.9
- Postotak pacijenata liječenih rezervnim antibiotikom
- Postotak prijema zbog astme
- Postotak prijema zbog kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB)
- Postotak prijema zbog dijabetesa
- Postotak prijema zbog hipertenzije

5.4. Primjena kontrolinga na primjeru jedne hrvatske bolnice

Primjena kontrolinga je analizirana na primjeru Kliničke bolnice Merkur na temelju intervjua obavljenog s pomoćnim ravnateljem za kvalitetu prim.dr.sc. Markom Martinović.

Klinička bolnica Merkur je jedna od značajnih bolnica u Republici Hrvatskoj, smještena u Zagrebu. Dijeli se na dvije lokacije od koje je jedna lokacija smještena na adresi Dugi Dol 4A te je poznata pod nazivom „Sveučilišna klinika za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovac i druge organizacijske jedinice KB Merkur“ . Dok je druga

lokacija na adresi Zajčeva 19 u kojoj se nalaze većina ustrojstvenih jedinica. Ova bolnica pruža širok spektar zdravstvenih usluga i specijalizirana je za različite medicinske discipline.⁷¹ Nadalje, sudjeluje u ispitivanju lijekova, u programima Ministarstva zdravstva, znanstvenoistraživačkim i međunarodnim projektima.

Djelatnosti koje se obavljaju u KB Merkur su:

- Klinika za kirurgiju
- Klinika za ženske bolesti i porode
- Klinika za unutarnje bolesti
- Odjel za urologiju
- Klinički zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju
- Klinički zavod za patologiju i citologiju
- Klinički zavod za medicinsku biokemiju i laboratorijsku medicinu
- Zavod za anesteziologiju, intenzivnu medicinu i liječenje boli
- Centar za transplantaciju solidnih organa
- Zavod za otorinolaringologiju
- Bolnička ljekarna
- Znanstveno-istraživačka jedinica
- Ured ravnatelja
- Ostalo (Službe za informatiku, za zaštitu, za nabavu i fondove, tehničke i sl.)

5.4.1. Povijesni razvoj Kliničke bolnice Merkur

Što se tiče povijesnog aspekta, bolnica je dobila status opće bolnice 1945. godine te je poslovala pod tim nazivom do 1974. godine kada počinje biti klinička bolnica "Dr. Ozren Novosel". Ime pod kojim posluje danas je dobila tek 1992. godine.

Još u 19. stoljeću, u cilju poboljšanja socijalnog i ekonomskog položaja trgovca, razvilo se Hrvatsko trgovačko društvo „Merkur“. Djelovali su u području obrazovanja, pomoći

⁷¹ KB Merkur; *Djelatnosti*. Dostupno na: <https://www.kb-merkur.hr/>

bolesnima, večernjim tečajevima stranih jezika i sl. 1920-ih godina je došlo do povećanog broja osiguranika te nedovoljnih bolničkih kapaciteta u Zagrebu pa pacijenti nisu mogli dobiti adekvatno liječenje. U tim trenucima se razvila inicijativa razvitka sanatorija „Merkur“ u kojem je početno bilo 36 ležaja te od tog trenutka kontinuirano razvija svoje kapacitete i stručnost. Tokom 40-ih godina prošlog stoljeća sanatorij se uključio u javnu zdravstvenu službu kao i većina ostalih.⁷²

5.4.2. Vizija, misija i organizacijska struktura

Temeljno načelo rada svih zaposlenika KB Merkur kao i same Uprave je kvaliteta zdravstvene zaštite te njeno poboljšanje u svakom trenutku sukladno Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite NN 118/18. Uz osnovni zakon KB Merkur obvezuje se na ispunjenje zahtjeva standarda koji se nalaze u DV-NN 79/11 Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, DV-NN 92/19 Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke ustanove te je usmjeren na provođenje dobre kliničke prakse-preporuke, smjernice, znanstvene spoznaje.

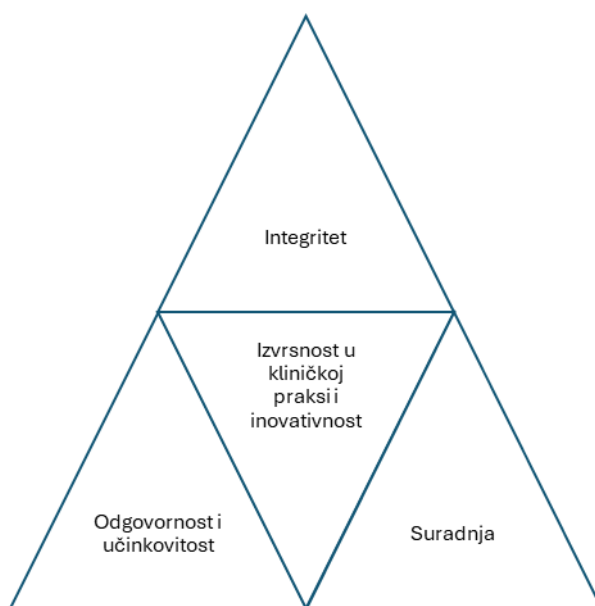
Misija KB Merkur jest što bolje zbrinjavanje i briga o pacijentima te s druge strane imati zadovoljne zaposlenike. Vizija je usmjerena na transparentno poslovanje i učinkovitost zaposlenika u cilju razvijanja izvrsnosti i trajnog poboljšanja kvalitete usluge, sigurnosti pacijenta.⁷³

⁷² KB Merkur: *Povijest bolnice*. Dostupno na: <https://www.kb-merkur.hr/merkur-informacije/povijest-bolnice>

⁷³ KB Merkur: *Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite*.

KB Merkur: *Priručnik za kvalitetu: PK-SOPK*-. Dostupno na: <https://www.kb-merkur.hr/merkur-odjeli-detaljno/jedinica-za-osiguranje-i-unapredenje-kvalitete-zdravstvene-zastite>

Slika 11. Temeljne vrijednosti bolnice



Izvor: izrada autora na temelju temeljnih vrijednosti KB Merkur

Temeljne vrijednosti usmjerene su kao i misija i vizija na izvrsnosti u kliničkoj praksi što podrazumijeva zadovoljstvo pacijenata i osoblja, pristup orijentiran na pacijenta, naglasak je na prevenciji i smanjivanu neželjenih događaja prema pacijentima i zaposlenicima te što bolja komunikacija. Uvođenje inovacija je u cilju poboljšanja usluge, veće efikasnosti i napredovanja te također zbog procesa kontinuiranog učenja, istraživanja i praksama na dokazima. Također, kako je već istaknuto u viziji integritet se postiže transparentnošću, povjerenjem i poštivanjem prava pacijenata kao i osoblja. Odgovornost podrazumijeva racionalno i učinkovito raspolaganje resursima, ispravnu nabavu potrebnih sredstva za pružanje zdravstvenih usluga, racionalno naručivanje i trošenje zaliha i sl.

Što se tiče organizacijske sheme sustava⁷⁴, ono je prikazano na Slici. Jedinica za kvalitetu se razvila početkom 2012. godine zbog potrebe za podizanjem kvalitete kroz usluge, zadovoljstvo djelatnika i pacijenata te donošenjem odluka o potrebama novih resursa, zamjenama, osoblju i sl.

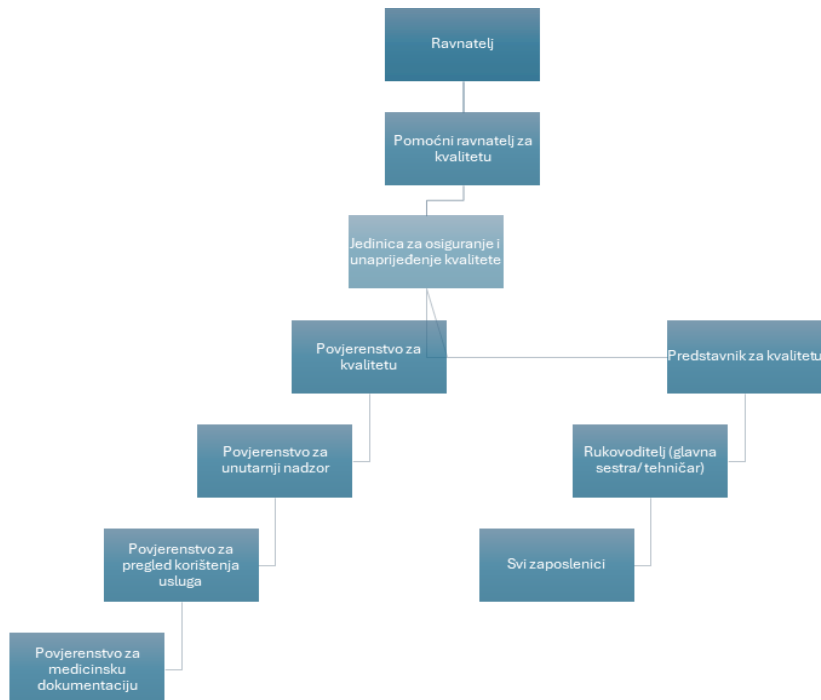
Ono što obuhvaća cjelokupna jedinica za kvalitetu je rad na uspostavi, razvoju i poboljšanju sistema osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata u svim jedinicama Kliničke bolnice Merkur. Zatim, rukovođenje aktivnosti

⁷⁴ KB Merkur: *Priručnik za kvalitetu (2024.)*; *Politika i ciljevi*

vezanih za pripremu bolnice za akreditaciju i uspostavljanje sistema kvalitete (npr. u transplantacijskoj medicini i postupcima medicinski potpomognute oplodnje) te rad na ispunjavanju standarda predviđenih zakonskim i podzakonskim aktima. Osim toga bavi se i upravljanje dokumentacijom sistema kvalitete dostupnom zaposlenicima na intranetu⁷⁵, izrada plana aktivnosti za poboljšanje kvalitete i analiza izvršenja tog plana. Dio jedinice također se bavi praćenje pokazatelja kvalitete, izrada izvještaja i analiza u području upravljanja kvalitetom zdravstvene zaštite. Isto tako, provođenje kontrole kvalitete zdravstvene njege, mjerenje iskustva pacijenata i zadovoljstva zaposlenika.

Ostale aktivnosti sastoje se od: sudjelovanja u rješavanju pritužbi pacijenata, poduzimanje aktivnosti za poboljšanje rada zaposlenika, praćenje i analiza neželjenih događaja koji uključuju pacijente i zaposlenike, suradnja s Odjelom za informatiku i davanje prijedloga za razvoj i poboljšanje bolničkog informacijskog sistema s ciljem standardizacije i poboljšanja vođenja medicinske dokumentacije, organizacija i provođenje edukacije zaposlenika te naposljetku provođenje unutarnjih ocjena i sudjelovanje u vanjskim ocjenama kvalitete.

Slika 12. Organizacijska shema sustava kvalitete



⁷⁵ Intranet- aplikacija koju koriste djelatnici za pristupanje dokumentima, upisu pacijenata, zapisu novog dokumenta i sl.

Izvor: Izrada autora prema priručniku za kvalitetu; politika i ciljevi

Svi zaposlenici Kliničke bolnice Merkur upoznati su sa postojanjem mnoštva procedura u cilju povećanja kvalitete. Svaki odjel ima ispisane svoje procedure kao što su postupak za pregled i iskoristivost resursa, postupak upravljanja sigurnošću pacijenata u slučaju neželjenih događaja, o postupku mjerenja zadovoljstva djelatnika i pacijenta i sl. Neki od primjera postupaka te njihov opis se nalazi u nastavku.

5.4.3. Ključni pokazatelji kvalitete i uspješnosti poslovanja Kliničke bolnice Merkur

Tablica 5. Primjer razvijenih postupaka u Kliničkoj bolnici Merkur

Postupak	Opis
Postupak za ocjenu ugovorenih kliničkih i ne-kliničkih usluga	Svrha ovog postupka je evidencija i donošenje ocijene svih usluga. U cilju osiguravanja učinkovitosti i sigurnosti sukladno akreditacijama.
Osnova postupanja u planu provedbe znanstvenih, stručnih i kliničkih istraživanja	U opisu postupanja nalaze se sve informacije koje dokument mora sadržavati: izjava etičnosti, popis suradnika, odobrenja Etičkog povjerenstva, potpisana suglasnost svih voditelja, plan i zaključci kolegija i sl.
Postupak upravljanja zalihama lijekova i medicinskog potrošnog materijala	Cilj je imati optimalnu količinu zaliha, kako bi bile što manje obveze prema dobavljačima i što lakše skladištenje iste. Svrha je efikasno poslovanje i ispravno upravljanje resursima. Odgovornost snosi Rukovoditelj Bolničke ljekarne, te na svakom bolničkom odjelu rukovodeći zaposlenici. Mora biti definirana optimalna količina zaliha po odjelu te minimalna količina kako

	<p>bi se zadovoljile potrebe. Praćenje kroz BIS sustav.</p>
<p>Praćenje i ocjenjivanje dobavljača izvršenih usluga i zaprimljenih proizvoda</p>	<p>Svrha je procijeniti rizik nabave određenog proizvoda, proanalizirati sve dobavljače i odabrati dobavljača koji je preferencijalni na tržištu.</p> <p>Kriteriji: Osiguravanje stalne usluge (posvećenost, trošak, kvaliteta), cijena kao važan kriterij, sposobnost dobavljača kroz rok i učestalost isporuke (komunikacija, certifikati, audit, specifikacije)</p>
<p>Postupak za pregled i iskoristivost resursa</p>	<p>Cilj je vidjeti postoji li razlike u pojedinačnim kliničkim djelatnostima.</p> <p>Sastavljanje plana iskoristivosti resursa: opravdanost prijema pacijenta, prikladnost smještaja, trajanje hospitalizacije, način postupanja ako je liječenje dulje od prosječnog za određenu dijagnozu</p> <p>ANALIZA: uzima se 10 slučajeva hospitalizacije pacijenata, slučajnim odabiremo s najdužim vremenom boravka u toj godini te se kontroliraju postupci nad njima</p>
<p>Postupak upravljanja sigurnošću pacijenata- neželjeni događaji</p>	<p>Neželjeni događaj je svaka šteta nanesena postupkom/ lijekom ili drugom intervencijom</p> <p>Primjeri: pad s kreveta, dekubitus, Pogrešan lijek/ nuspojave, druga medicinska</p>

	<p>pogreška⁷⁶</p> <p>Prijavljivane/ izvješćivanje o neželjenom događaju glavnoj sestri ili voditelju. Zatim se javlja predstojniku Klinike, ispunjavanje obrasca, analiza uzroka te u potrebi izvještavanje Ministarstva- rok 7 dana</p>
<p>Postupak mjerenja zadovoljstva pacijenta te zadovoljstva djelatnika</p>	<p>Ankete i analiza mjerenja zadovoljstva.</p> <p>Pacijent: Anketni upitnik na web stranici bolnice- radi se jednom mjesečno, izvještava jednom godišnje</p> <p>Zaposlenik: Fizičke ankete koje se ubacuju u anketnu kutiju, anonimno pred dva člana predstavnika za kvalitetu</p>
<p>Postupak primjene kirurške kontrolne liste</p>	<p>Koristi se tri puta tijekom zahvata, prvi puta prije uvođenja anestezije, zatim prije prvog reza te zadnji, prije nego pacijent napusti sobu.</p> <p>Prije zahvata još jednom potvrda identiteta.</p>
<p>Postupak kontrole medicinske dokumentacije</p>	<p>Svaki mjesec se odabire 10 povijesti bolesti koji će se pregledati (svaki mjesec drugi odjel) te se kontrolira sadržaj dokumenta (jel ispravan redosljed) žig, potpis, printani naziv i sl.</p>

Izvor: izrada autora prema dokumentima KB Merkur

⁷⁶ KB Merkur: Mjerenje propisanih kliničkih pokazatelja kvalitete (OP-SOPK-79)

Postoji još mnoštvo postupaka koji su izrađeni kao prevencija od neželjenih događaja, poticanja kvalitete te dobrog odnosa i zadržavanja djelatnika.

Kad je riječ o praćenju i razlogu praćenja postupaka taj proces se odvija zbog postojanja određenih standarda kvalitete postavljenih od strane kliničke bolnice, ali i od Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Standardi su:⁷⁷

1. Rad na stalnom poboljšanju kvalitete kliničkih i nekliničkih usluga
2. Poštivanje prava i sigurnost pacijenta i djelatnika
3. Medicinska dokumentacija
4. Zadovoljstvo pacijenata i djelatnika
5. Kontrola infekcija
6. Provođenje obdukcija i broj smrtnih slučajeva
7. Neželjeni događaji- nuspojave lijekova i drugi štetni događaji vezani uz medicinski proizvod
8. Unutarnja ocjena
9. Nadzor sustava osiguranja i kvalitete zdravstvene zaštite

Tablica 6. Obvezni klinički pokazatelji u Kliničko bolnici Merkur⁷⁸

Vrijeme čekanja za ugradnju endoproteze kuka	Duljina boravka u bolnici zbog akutnog moždanog udara
Vrijeme čekanja na MR	Duljina boravka u bolnici zbog akutnog infarkta
Vrijeme čekanja na kemoterapiju	Duljina boravka u bolnici zbog ugradnje endoproteze kuka
Udio dolazaka u bolničku zdravstvenu ustanovu vozilo hitne medicinske pomoći unutar 12 sati od pojave simptoma	Postotak operativnih zadataka provedenih uz primjenu sigurnosne liste provjere
Vrijeme provedeno u hitnom bolničkom prijemu	Neplanirani ponovni prijam u bolnicu
Duljina boravka u bolnici zbog akutnog pankreatitisa	Iskorištenost operacijskih sala
Duljina boravka u bolnici zbog	Učestalost reoperacije/ ponovnog odlaska u

⁷⁷ AAZ: *Standardi kvalitete*. Dostupno na: <https://www.aaz.hr/hr/kvaliteta/standardi>

⁷⁸ KB Merkur: Mjerenje propisanih bolničkih pokazatelja kvalitete (OP-SOPK-7)

laparoskopske kolecistektomije	operacijsku salu
Duljina boravka u bolnici zbog carskog reza	Učestalost carskog reza
Preživljavanje presatka nakon transplantacije bubrega	Ubodni incidenti
Preživljavanje pacijenta nakon transplantacije bubrega	Učinkovitost liječenja akutne boli
Vrijeme od uzrokovanja do izdavanja rezultata troponina	Postotak otpušenih pacijenta uz otpusno pismo

Izvor: izrada autora prema dokumentima KB Merkur

Pokazatelji uspješnosti

Tablica 7. Neki od ključnih pokazatelja uspješnosti i rada KB Merkur, 2022. i 2023. godinu⁷⁹

Broj bolničkih postelja čkih postelja	336
Prosječan broj dana proveden u KB Merkur	4,63 dana
Stopa popunjenosti postelja	58,41
Ukupan broj zaposlenika u KB Merkur	1264 radnika
Udio zdravstvenog osoblja u ukupnom broju zaposlenih u bolnici	986 radnika
Ukupan broj slučajeva bolničkog liječenja na jednog zdravstvenog djelatnika	8,89

Izvor: izrada autora prema podacima HZJZ

Klinička bolnica Merkur posjeduje 336 bolničke postelje od kojih se većina koristi za internu kliniku, kirurgiju i ginekologiju. Ono što je važno napomenuti je da se u tim djelatnostima obavlja dosta pregleda, zahvata i drugih postupaka, ali od velike važnosti za prepoznatljivost same bolnice „leži“ u manjim odjelima.

Klinička bolnica Merkur od 1998. godine obavlja transplantacije organa te je danas vodeća u Republici Hrvatskoj za transplantaciju jetre (čak 90% se odvija u KB Merkur). Osim

⁷⁹ HZJZ: *Rad bolnica u Hrvatskoj u 2022. godini*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/12/Bilten-Rad-bolnica-2022-3.pdf>, KB Merkur: Interni podaci

toga, jedina je ustanova unutar koje se istovremeno vrši transplantacija više organa, naprimjer bubrega i jetre ili bubrega i gušterače uz izvrsne pokazatelje ishoda liječenja.⁸⁰ Što se tiče prosječnog broja dana provedenog u Kliničkoj bolnici Merkur, ono iznosi 4,63 dana što je manje od prosjeka Hrvatske (5,86 dana). Broj dana boravka u bolnici zavisi o mnogo čimbenika kao što su: spol, dob, dijagnoza, procesu liječenja i kvaliteti usluge, nastanku neželjenih događaja, stupnju implementacije nove tehnologije i sl. Stopa popunjenosti postelja iznosi 58,41% Popunjenost ovisi i o broju ležajeva i o količini posla u određenom trenutku, dobro je da stopa nije maksimalna jer ovako se pokazuje kako uvijek imaju mjesta za hitne pacijente, složena liječenja, liječenje glavnih ali i sporednih bolesti ako postoje i drugo. Po postavljenim planovima cilj za buduće godine je povećati stopu popunjenosti bolničkih postelja da bude iznad 80%.

Ukupan broj zaposlenika u Kliničkoj bolnici Merkur iznosi 1 264, od kojih je 986 zdravstvenih djelatnika. S obzirom da je u KB Merkur prema internim podacima upisano 8 768 prijema, ukupan broj slučajeva bolničkog liječenja na jednog zdravstvenog djelatnika iznosi 8,89 tj. 9 prijema po zdravstvenom djelatniku godišnje. Naravno, moramo uzeti u obzir da je određeni postotak osoblja u svakome trenutku na bolovanju, godišnjim odmorima, roditeljskim dopustima ili slično pa je broj prijema po zaposleniku veći. Uz to, ne odrađuje jedan zdravstveni djelatnik jedan prijem, već tim.

Tablica 8. Pokazatelji učinka iz financijskog plana

Pokazatelj učinka	Definicija	Jedinica	Polazna vrijednost	Izvor podataka	Izvršenje 2020.	Ciljana vrijednost 2021.	Ciljana vrijednost 2022.	Ciljana vrijednost 2023.	Ciljana vrijednost 2024.
Povećanje broja obrađenih pacijenata u DNB i JK	Broj prijema u DNB i JK	Broj	Broj prijema I-VI 2018.*2 = 25.880	KB Merkur	46.931	47.500	48.200	48.800	49.500

⁸⁰ KB Merkur: *Transplantacijski centar*

Povećanje broja pacijenata liječenih u stacionaru	Broj izdanih računa za stacionarne pacijente (epizoda liječenja)	Broj	Broj izdanih računa (epizoda liječenja) u 2017. godini = 14.487	KB Merkur	12.755	18.500	19.400	20.100	20.200
Bolja popunjenost stacionarnih kreveta	Broj ostvarenih dana liječenja/broj mogućih dana u određenom periodu *100	Postotak	Postotak popunjenosti kreveta u 2017. godini = 71,08	KB Merkur	62,9	80	81,3	81,9	82,1

Izvor: Preuzeto iz Obrazloženja prijedloga financijskog plana KB Merkur za period 2022.-2024. godine

Od ukupno 3.854 dnevnih odjela u Republici Hrvatskoj, Klinička bolnica Merkur sadrži 70 takvih dnevnih odjela. Također, u Hrvatskoj je tijekom 2022. godine zabilježeno 746.932 boravka, od kojih je 479.291 unutar Kliničkih bolničkih centara, Kliničkih bolnica ili Klinika. KB Merkur od većine entiteta prethodno navedenih ima najmanji broj odjela dnevne bolnice, a pokriva preko 6% boravaka svih pacijenta u Republici Hrvatskoj u tim kategorijama.⁸¹

5.4.4. Liste čekanja

Iako se kroz istraživanja npr. Eurostata pokazuje da postoji nezadovoljstvo od strane korisnika vezano za temu liste čekanja ili nedostupnosti usluge, po proučavanju naručivanja iz Kliničke bolnice Merkur mogu reći da je ono vrlo dobro razrađeno. Nažalost, liste čekanje su duge za pojedine preglede i to nije samo na razini jedne bolnice da to može ispraviti jer je pojedina bolnica opterećena od strane stanovništva cijele Hrvatske, a ne samo svoje županije. Naprimjer, mnogobrojni pacijenti imaju prebivalište u Zadarskoj županiji, a dolaze na preglede, dijagnosticiranje i promjenu terapije u slučaju liječenja dijabetesa baš u KB Merkur tj. Sveučilišnu kliniku za dijabetes, endokrinologiju i

⁸¹ HZJZ: *Rad bolnica u Hrvatskoj u 2022. godini*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/12/Bilten-Rad-bolnica-2022-3.pdf>

bolesti metabolizma Vuk Vrhovec.⁸² Problematika je to i potreba za otvaranjem novih bolnica ili barem dislokacije pojedinih područja kako bi se smanjilo opterećenje. KB Merkur ima mogućnost naručivanja i provjera lista čekanja nekoliko načina:

- Osobno
- Putem maila
- Putem eNaručivanja
- Telefonski- za otkazivanje narudžbe
- Putem web stranice (dostupne liste čekanja HZZO-a, liste čekanja KB Merkur, liste čekanja po KZN-u, liste prvih pet slobodnih termina)

Naručivanje je jednostavno jer ima točno opisana procedura za svaki pregled točno što treba priložiti, ponijeti sa sobom i sl. Zatim, liste čekanja KB Merkur odmah vode na odabir djelatnosti i mogućnost biranja doktora.⁸³

5.4.5. Informacijski sustav Kliničke bolnice Merkur

Informacijski sustav podijeljen je na glavni dio, Bolnički informacijski sustav poznat kao BIS. Zatim, laboratorijski informacijski sustav (LIS), radiološki informacijski sustav (RIS), te poslovni informacijski sustav (PIS). Osim što postoji umreženost informacija unutar Kliničke bolnice kroz te sustave, koriste se još i pojedini moduli kao što su: Dijabetologija, eNovorođenče, Dijetetičar i brojni drugi.

U sustavu kao novina više ne postoji mogućnost samostalnog brisanja nekog zapisa npr. Povijest bolesti kao prije. Kada je pacijent jednom upisan/ ispisan nalaz ili sl. liječnik u slučaju brisanja dokumenta mora nazvati informatičare.

Procedura nakon javljanja je: predstavljanje, pročitati broj slučaja (dokumenta), ime i prezime pacijenta, datum, naziv posjete te navesti razlog brisanja dokumenta.

⁸² Interni podaci dobiveni od strane Sveučilišne klinike za dijabetes, endokrinologiju i bolesti metabolizma Vuk Vrhovec

⁸³ KB Merkur: *Centralno Naručivanje*

Dostupno na: <https://www.kb-merkur.hr/merkur-centralno-narucivanje>

6. ZAKLJUČAK

Uloga kontrolinga u zdravstvu je bolje upravljanje troškovima, budžetiranje, poboljšanje kvalitete skrbi kroz praćenje pokazatelja uspješnosti i kvalitete te implementacija i ulaganje u sto bolje informacijske sustave. Sve to objedinjuje koordinacija tih i drugih bolničkih procesa koja je otežana zbog sve brzih tehnoloških promjena.

Potreba za kontrolingom u svim analiziranim državama nastaje zbog sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama uz koju je potrebna optimizaciju procesa pa u suradnji s menadžerom kontroler postaje suodgovoran za uspješno poslovanje poduzeća.

U trećem poglavlju se analizirala primjena kontrolinga u zdravstvu na primjeru Austrije, Danske i Mađarske te se u svim analiziranim članicama EU potreba za kontrolingom razvila iz potrebe za praćenjem rezultata u cilju poboljšanja, pravilnije alokacije resursa zbog sve veće potražnje, povećanja transparentnosti i upravljanja troškovima. Danski se zdravstveni sustav od svih analiziranih najviše razlikovao jer se značajna sredstva ulazu u digitalizaciju zdravstvenog sustava koja vodi ka fleksibilnijim konzultacijama s liječnikom opće prakse, povezanosti informacija o pacijentu na razini cijele države, mnogim online podrškama i liječenjima te razvoju aplikacija za praćenje stanja bolesti i upitnika pomoću kojih se selektiraju pojedinci kojima je primjerice kontrolni pregled potreban od onih kojima nije. Po ugledu na danski zdravstveni sustav trebali bismo raditi na daljnjoj informatizaciji sustava jer Bih Data tehnologije olakšavaju kontroleru prikupljanje, povezivanje i bolju analizu podataka uz digitalno arhiviranje istih.

Unutar svih analiziranih članica instrumenti koje kontroling koristi su benchmark , budžetiranje, praćenje uspješnosti poslovanja i brojne analize.

Sve su članice trebale uvesti standardizaciju procesa i medicinske dokumentacije za sto bolje praćenje i uspoređivanje procesa, isto tako u svim članicama su uvedeni priručnici za kvalitetu i standardi koji se odnose na smanjivanje stope neželjenih događaja, poboljšanje ishoda liječenja i analizu vremena čekanja.

Unutar Republike Hrvatske, standard opće zdravstvene zaštite je zadovoljavajuć, ali je bolja kvaliteta zdravstvene usluge u većim gradovima zbog većeg broja ustanova. Financiranje zdravstva većinski je iz fonda za socijalno osiguranja, zatim državnog proračuna a manjinski plaćanje iz džepa. Postojanje je jakih mjera financijske zaštite pa su izravna plaćanja svakog pojedinca mala i stanovništvo je zaštićeno od izdataka koje bi

moglo ugroziti životni standard. Plaćanje iz džepa je zastupljenije kod starijih osoba, osoba s lošim zdravstvenim stanjem i visokoobrazovanih osoba jer dostupnost nije ista u svim dijelovima države pa je primjerice županije Grad Zagreb opterećenija brojem pregleda nego ijedna druga županija. Ti pojedinci vrše plaćanje iz džepa u svrhu obavljanja sistematskih pregleda, pregleda i liječenja zbog vremena čekanja na pregled u bolnicama koja je dulje nego u privatnim poliklinikama.

Potreba za reformom financiranja zdravstva je slična kao i u danskom zdravstvenom sustavu, a proizlazi iz problema demografskog starenja. Tehnologija, medicina i zdravstvena zaštita napreduju pa je mortalitet smanjen zbog higijene, uvjeta življenja i liječenja, ali s druge strane bilježi se negativan trend pada nataliteta. Projekcije prikazuju da će kroz idućih desetak godina broj starijih od 75 godina biti skoro pa dvostruki, broj oboljelih od kroničnih bolesti povećan ili čak udvostručen što vodi u pitanje održivosti zdravstvenog sustava. Neki od prijedloga za reformom zdravstvenog sustava su više participacije i povećanje trošarina na alkohol, duhanski proizvodi i hranu zasićenom šećerom po ugledu na Norvešku, koja je smanjila konzumaciju istih proizvoda u populaciji te utjecala na poboljšanje javnog zdravlja.

Što se tiče upravljanja kvalitetom, možemo zaključiti da je cilj zdravstvene politike očuvanje i unaprjeđenje zdravlja populacije. Kvalitetu i uspjeh zdravstvenog sustava možemo pratiti kroz dostupnost resursa, učinkovitost, sigurnost pacijenta koja se odnosi na stopu nastanka neželjenih događaja, javnozdravstveni pokazatelje i zadovoljstvo pacijenta. U radu su analizirani i glavni uzroci smrti usko povezani a temom ponašajnih čimbenika kao izvora problema zdravstvenog sustava jer smatramo da sve kreće od navika pojedinca, ali isto i patrijarhalnog djelovanja države. Analizirani glavni uzroci smrti u Hrvatskoj nam pokazuju smjer kretanja zdravstvene politike u koje bi se trebalo više uložiti za preventivne preglede u svrhu ranog otkrivanja bolesti te edukaciju i promociju zdravlja. Bolest pojedinca ne utječe samo na njega, već i na zdravstveni sustav i financiranje liječenja istog. Zato bismo trebali obratiti pozornost na promociju zdravlja i fizičke aktivnosti te je u toj temi dan još jedan prijedlog uvođenja obveznog sistematskog pregleda na godišnjoj ili dvogodišnjoj razini za svakog pojedinca.

U zadnjem poglavlju je napravljena analiza kontrolinga i kvalitete zdravstvenog sustava Republike Hrvatske na primjeru kliničke bolnice Merkur. Pokazatelji rada bolničkih zdravstvenih usluga postavljeni su od strane HZZO-a te služe kao mjerni alati za

evaluaciju i unaprjeđenje pružanja zdravstvenih usluga. U obavljenom intervju s predstavnikom jedinice za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite zaključili smo da ne postoji samostalan odjel kontrolinga, već se koriste određeni instrumenti kontrolinga za odluke o financiranju, postavljanju budžeta i analizi poslovanja uz veći naglasak na kvalitetu usluge. Jedinica za kvalitetu unutar KB Merkur radi na poboljšanju sistema, unaprjeđenju kvalitete, praćenju rezultata pokazatelja, analizi neželjenih događaja te analizi zadovoljstva osoblja i pacijenata.

LITERATURA

1. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (2011); *Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene*
Dostupno na: <http://www.aaz.hr>
2. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (2018.); *Izvešće o radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvene ustanove za 2017. godinu.*
Dostupno na: http://www.aaz.hr/sites/default/files/Izvjescje_o_radu_povjerenstva_2017.pdf
3. Vukina T., Nestić D. (2008.): *Asimetrične informacije u zdravstvenom osiguranju: preliminarni rezultati analize sustava javnog dopunskog osiguranja u Hrvatskoj*, znanstveni rad, Ekonomski institut
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/40965>
4. Bahtijarević – Šiber, F., Sikavica, P., Pološki Vokić, N. (2008). *Suvremeni menadžment, vještine, sustavi i izazovi*. Školska knjiga, Zagreb
5. Berwick, D. M., Godfrey, A. B., Roessner, J. (1991): *Curing health care: new strategies for quality improvement*. San Francisco: Jossey-Bass
6. Bolfek, B. (2010). *Model kontrolinga kao podrška menadžmentu pri donošenju odluka*. Ekonomski vjesnik
7. Buble, M. (2006). *Osnove menadžmenta*. Sinergija, Zagreb
8. Controller Info (2023): A Decade of Controlling and Future Data-Based Opportunities in the Hungarian Public Sector Controlled Inpatient Healthcare Institutions. Dostupno na: https://controllerinfo.hu/wp-content/uploads/2024/02/ContrInf_beliv_kulonszam_2023_2-9.pdf
9. Dubovečak M., Marijetić I., Šmid I., Graho N., Vukoja A. (2019.): *Manadžment u zdravstvu*
10. Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. (2017). *The Economics of Health and Health Care – International Edition*. Routledge London and New York
11. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO): *Opis zdravstvenog sustava*. Dostupno na: <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO): *Pokazatelji rada bolničkih zdravstvenih ustanova*.
Dostupno na: <https://hzzo.hr> > Pokazatelji-rada-bolnica_HZZO
13. International Group of Controlling (IGC) (2016.) *Ključni pokazatelji procesa kontrolinga*, Zagreb, Poslovna učinkovitost d.o.o. za poslovno savjetovanje
14. Javno zdravstvo: *Jesu li problem hrvatskog zdravstva – menadžeri?*
Dostupno na: <http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/55-57.pdf>
15. Kalanj K. (2022.): Disertacija: *Modeli plaćanja zdravstvenih usluga i učinkovitost bolničkoga sustava u Republici Hrvatskoj*, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet
16. Katavić D. (2020.) , *Kontroling u javnim bolnicama*
17. Kovač, N., i Smolić, Š. (2021). *Privatni zdravstveni sektor u Hrvatskoj: jesu li privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu mit ili stvarnost?* Ekonomski pregled.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/379023>
18. Krenyácz E., (2015): *Kontroling u Mađarskim bolnicama: povijest i ključni problemi*
19. Malkoč, I., Labaš, D. (2018): *Research and Development Opportunities of Reporting in Controlling*
20. Majer K. (2017.): Diplomski rad: *Benchmarking u javnim službama* Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
21. Meter, M. (2017), *Standardi u kontrolingu. Kontroling financije i menadžment*
Dostupno na: [https://www.poslovnaucinkovitost.eu/images/uploads/Casopis Kontroling financije i menadzment broj 01.pdf](https://www.poslovnaucinkovitost.eu/images/uploads/Casopis_Kontroling_financije_i_menzment_broj_01.pdf)
22. Vehovec M. (2014.): *O zdravstvu iz ekonomske perspective*, Ekonomski institut, Zagreb
23. Očko J.: *Zašto je kontroling potreban bolnicama?*
24. Osmanagić Bedenik, N. et al. (2010): *Kontroling između profita i održivog razvoja*. M.E.P., Zagreb.
25. Osmanagić Bedenik, N. (2007) *Kontroling: Abeceda poslovnog uspjeha, III dopunjeno izdanje*. Školska knjiga, Zagreb
26. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012.): *Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava*. Zagreb: Notitia

27. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S.: *Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske Unije i Republike Hrvatske*
28. Ovretveit, J., (1995): *Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services*. Blackwell Science, Oxford 1995:2.
29. Ovretveit, J. (2000), *Total quality management in European healthcare*. International Journal of Healthcare Quality Assurance
30. Rupčić, N., i Datković, A. (2013). *Kontroling – pretpostavka djelotvornog rada menadžmenta*. Praktični menadžment
31. Stanić N., Kereta J.(2020.): *Kontroling u privatnim zdravstvenim ustanovama*
Dostupno na: <https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/prilog-casopis/282842>
32. Svijet kvalitete (2012.): *Poboljšavanje kvalitete u zdravstvu*.
<http://www.svijetkvalitete.com/index.php/medicina/496-poboljsavanje-kvalitete-u-zdravstvu>
33. Šimović H., Primorac M.(2021.): *Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustav*
34. Woodward, C. A. (2000), *Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care – a process of change*. World Health Organization discussion paper. No. 1. Ženeva: World Health Organization.
35. Yaman, K. (2014.): *Application of Controlling Tools in German Hospitals*.Journal of Accounting & Finance/Muhasebe ve Finansman Dergisi. Dostupno na: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/427560>
36. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Nar. nov., br. 107/07
37. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_124_2472.html
38. Ziegenbein, K. (2008) *Kontroling, RRiF-plus*, Zagreb

POPIS SLIKA

Slika 1: Shematski prikaz komunikacije/suradnje u poduzeću.....	7
Slika 2. Pregled ostvarenih prihoda HZZO-a u 2022. godini	23
Slika 3. Prikaz financiranja zdravstva na primjeru odabranih članica EU, 2021.-2023. godine	24
Slika 4. Grafički prikaz procjene stanovništva Hrvatske prema dobi po popisnim godinama	27
Slika 5. Prikaz procjene životnog vijeka unutar odabranih članica EU, 2013.-2022.	32
Slika 6. Grafički prikaz broja zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj, 2022. godina.....	35
Slika 7. Grafički prikaz broja bolničkih postelja na sto tisuća stanovnika, 2021. godina	36
Slika 8. Grafički prikaz prosječnog trajanja boravka u bolnici u 2021. godini	38
Slika 9. Grafički prikaz broja pregleda u stalnim i povremenim specijalističkim ordinacijama koje imaju ugovor sa HZZO u Hrvatskoj, po županijama, za 2022. godinu .	39
Slika 10. Pojednostavljeni shematski prikaz povezanosti pacijenta i informacijskog sustava sa okolinom.....	48
Slika 11. Temeljne vrijednosti bolnice	56
Slika 12. Organizacijska shema sustava kvalitete	57

POPIS TABLICA

Tablica 1. Podjela zdravstvene zaštite po razinama zdravstvenih djelatnosti	20
Tablica 2. Popis zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, 2022. godina.....	21
Tablica 3. Glavni uzroci smrti u 2022. godini u Hrvatskoj	33
Tablica 4. Broj pregleda u stalnim i povremenim specijalističkim ordinacijama koje imaju ugovor sa HZZO u Hrvatskoj, po dobi, za 2022. godinu	40
Tablica 5. Primjer razvijenih postupaka u Kliničkoj bolnici Merkur	58
Tablica 6. Obvezni klinički pokazatelji u Kliničko bolnici Merkur	61
Tablica 7. Neki od ključnih pokazatelja uspješnosti i rada KB Merkur, 2022. i 2023. godinu	62
Tablica 8. Pokazatelji učinka iz financijskog plana.....	63

ENOLA ZVONARIĆ

STUDENTICA EKONOMSKOG
FAKULTETA

KONTAKT

+385 99 681 3496

ezvonaric@net.efzg.hr

Vile Velebita 30, Zagreb, Hrvatska

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

- GORNJOGRADSKA GIMNAZIJA (VI.)
EKONOMSKI FAKULTET U ZAGREBU
- INTEGRIRANI PRIJEDIPLOMSKI I
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
POSLOVNE EKONOMIJE

O MENI

Studentica sam absolventske godine na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu, smjer Analiza i poslovno planiranje. Osim odslušanih predmeta sa smjera, posvetila sam svoje studiranje kolegijima kao što su Digitalni marketing, Poslovna etika, Održivost poslovanja, Ekonomika zdravstva koji su mi pružili širi aspekt razmišljanja i važnosti današnjeg poslovanja u turbulentnom okruženju.

Voljela bih raditi u dinamičnom i izazovnom okruženju u timskom duhu.

Radim zadnjih 6 godina kao učenik/student razne poslove tako da sam zaista prilagodljiva i brzo učim, a cjeloživotno bavljenje sportom je razvilo taj natjecateljski duh u meni koji je svaki dan spreman za nešto novo.

KONFERENCIJE I SEMINARI

- LJETNA POREZNA AKADEMIJA, EY

VOZAČKA DOZVOLA: B

RADNO ISKUSTVO

01/09/2017 – 01/07/2018 ZAGREB, Hrvatska POMOĆNICA U TRGOVINI KOPITARNA

- Samostalno vođenje smjene u poslovnici Kopitarne unutar City Centra East. Obračun i zaključavanje blagajne, komunikacija s dobavljačima, posluživanje kupaca.
- 60-80 sati mjesečno

02/09/2018 – 01/09/2021 ZAGREB, Hrvatska POMOĆNICA U TRGOVINI PEEK&CLOPPENBURG

- Rad u poslovnici u City Centru East, posługa kupaca, rad na blagajni i izrada obračuna
- 60-80 sati mjesečno

01/09/2021 – 01/07/2023 ZAGREB, Hrvatska PRODAJNA SAVJETNICA A1 HRVATSKA

- Telefonska prodaja usluga A1 mreže, korisnička podrška korisnicima, izrađivanje i slanje ponuda korisnicima, učenje prodajnih vještina, izrada baze korisnika
- 100-120 sati mjesečno

01/09/2022 – TRENUTAČNO ZAGREB, Hrvatska KONOBARICA U UGOSTITELJSKOM OBJEKTU MAKEDONSKI MERAK

- Rad u ugostiteljskom objektu Makedonski Merak na posluzi pića u dnevnim i češće noćnim smjenama. Posao me naučio koliko je važna priprema za obavljanje zadataka, dodatnoj komunikaciji s osobljem i ljudima, brzini i okretnosti.
- 100 sati mjesečno

01/01/2024 – 01/06/2024 ZAGREB, Hrvatska SURADNIK U RAČUNOVODSTVU

- Rad u odjelu knjigovodstva, računovodstva i financija, svakodnevno izdavanje i slanje računa, fakture, komunikacija s korisnicima...
- puno radno vrijeme

01/06/2024- TRENUTAČNO ZAGREB, Hrvatska PRIPRAVNIK U REVIZIJI

DIGITALNE VJEŠTINE

- izvršno služenje Microsoft programima MS Office
- Internet Komunikacijski programi (Skype, Zoom, TeamViewer)
- Timski rad
- Totus
- Luceed
- Siebel CRM
- Transport Manager
- Aura
- Connect
- Alterxy