

UNAPREĐENJE KVALITETE ZDRAVSTVENIH SUSTAVA ZEMALJA ČLANICA EUROPSKE UNIJE I REPUBLIKE HRVATSKE

Rajko Ostojić¹, Vlatka Bilas² & Sanja Franc³

UDK /UDC: 614.2:658.56](4-6EU:497.5)

JEL klasifikacija / JEL classification : I11

Prethodno priopćenje / Preliminary communication

Primljeno / Received: 09. lipnja 2012. / June 09, 2012

Prihvaćeno za tisak / Accepted for publishing: 10. prosinca 2012. / December 10, 2012

Sažetak

Unapređenje kvalitete sustava zdravstva predstavlja nužan dio zdravstvene politike. U radu se analizira razina kvalitete i perspektive razvoja zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. Provedeno je empirijsko istraživanje metodom polustrukturiranih intervjuja na uzorku od 49 ispitanika. Svrha analize i istraživanja u okviru rada je definirati preporuke i smjernice primjenjive u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, a radi postizanja održivosti kvalitete i svima jednako dostupne zdravstvene zaštite. Na temelju provedene analize može se zaključiti da je razina kvalitete zdravstvenih sustava i konkretno, kvalitete zdravstvene skrbi zemalja Europske unije visoka, no postoji neujednačena dostupnost kvalitete te nedovoljno razvijene strategije unapređenja kvalitete. Samo dio zemalja članica ima dužu tradiciju upravljanja kvalitetom u zdravstvu i uređen pravni okvir kojim se regulira pitanje kvalitete. Što se tiče Republike Hrvatske, rezultati su kvalitativnog istraživanja pokazali da je kvaliteta zdravstvenih usluga zadovoljavajuća, no postoje razlike u razini kvalitete zdravstva unutar zemlje, čak i između bolnica. Preporuke za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i funkcioniranja cijelog sustava zdravstva uključuju: daljnji razvoj i ugradnju normi kvalitete u poslovanje zdravstvenih ustanova, poboljšanje informacijskih sustava kao načina promoviranja kvalitete funkcioniranja cjelokupnog sustava, osiguranje dovoljnih financijskih sredstava, ulaganje u prevenciju, razvoj indikatora kvalitete te sustava praćenja i evidencije radi omogućavanja brzog izvješćivanja. Važno je prepoznati i uvažiti različite dimenzije kvalitete i postaviti realna očekivanja te u skladu s njima stvarati uravnotežen zdravstveni sustav.

Ključne riječi: kvaliteta, zdravstveni sustav, Europska unija, Republika Hrvatska.

¹ Dr. sc. Rajko Ostojić, redoviti profesor, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, E-mail: rajko.ostojic@gmail.com

² Dr. sc. Vlatka Bilas, izvanredni profesor, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, E-mail: vbilas@efzg.hr

³ Dr. sc. Sanja Franc, viši asistent, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, E-mail: sfranc@efzg.hr

1. UVOD

Promjena navika, obrazaca ponašanja i očekivanja, promjena okruženja te razvoj potrošačkog društva očitovali su se i u zdravstvenom sektoru. Pacijenti danas očekuju jednako velik izbor i povlašten tretman u okviru zdravstvene djelatnosti kao i od bilo koje druge uslužne djelatnosti. Tome pridonose i rastući troškovi zdravstvenih usluga. Slijedom navedenog, u posljednje se vrijeme velika važnost pridaje postizanju, održavanju, mjeranju i unapređenju kvalitete u zdravstvu. Razina kvalitete je rezultat različitih kompleksnih i međusobno povezanih procesa (Norwegian Board of Health Report Series, 2002.). Kvalitetna skrb je ona od koje se očekuje najveća dobrobit za pacijenta (Donabedian, 1988.).

Kvaliteta zdravstvene skrbi može se opisati kao stupanj do kojega pružene zdravstvene usluge u skladu sa sadašnjim profesionalnim znanjem (definiranim standardima) povećavaju vjerojatnost nastanka željenih rezultata (IOM, 1990.). Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu zdravstvenih usluga kao stupanj ostvarenosti ciljeva zdravstvenih sustava koji vode poboljšanju zdravlja i odgovaraju potrebama i očekivanjima stanovništva (WHO, 2000.).

Najčešće se kao temeljne dimenzije zdravstvene skrbi i općenito zdravstvenih sustava izdvajaju (Legido-Quigley i sur., 2008.): učinkovitost, djelotvornost, dostupnost, sigurnost, jednakost, opravdanost, prikladnost, pravovremenost, prihvatljivost, odgovornost, zadovoljstvo, usredotočenost na pacijenta, poboljšanje, kontinuitet skrbi i druge. Dimenzije učinkovitosti i djelotvornosti uključene su u gotovo svakoj definiciji kvalitete. U mjeranju kvalitete ključan je izbor dimenzije. Upravo je stoga bitno da svaka zemlja prepozna i uvaži različite dimenzije i realna očekivanja te u skladu s njima stvori uravnotežen zdravstveni sustav (Shaw i Kalo, 2002.).

Postoje različiti pristupi u klasificiranju razina kroz koje se kvaliteta zdravstvene skrbi može vrjednovati (mjeriti) (Saturno, 1997.; Council of Europe 1977.; Donabedian 1988.). U pristupu Donabediana (1988.) navode se četiri razine. U središte (prva razina) stavlja usluge i liječnike te ostale pružatelje. Kvalitetu mjeri s gledišta tehničke izvedbe i upravljanja međuljudskim odnosima. Opravdanost usluge i potrebne vještine za njezino provođenje procjenjuje usporedbom najbolje prakse. Drugu razinu predstavljaju koristi od pružene skrbi, posebno ističući poželjne attribute okruženja u kojima se djeluje. Treća razina odnosi se na implementaciju zdravstvenih usluga u kojoj sudjeluju pacijenti i pružatelji usluga. Posljednja, četvrta razina odnosi se na zdravstvenu skrb pruženu čitavoj zajednici. Posebno se osvrće na socijalnu raspodjelu zdravstvenih usluga i njihovu kvalitetu.

Drukčiji pristup mjeranju kvalitete imali su Braithwaite, Healy i Dwan (2005.). Temeljno polazište autora bilo je da se kvaliteta najbolje može postići, mjeriti i održati primjenom mehanizama koji odgovaraju kontekstu, ponašanju i kulturi uključenih. Autori su predložili piramidu regulacijskog okvira koja se proteže od stroge regulacije do tržišnih mehanizama ističući pri tome važnost sigurnosti pacijenata.

Idealno, svaki sustav procjene kvalitete trebao bi uključiti elemente strukture, procesa i ishoda, s obzirom na to da elementi označuju različita gledišta o zdravstvenoj skrbi u sustavu zdravstva.

Mnogi kvalitetu zdravstva promatraju s tri različita gledišta: (1) pacijentovog, (2) profesionalnog i (3) upravljačkog (Ovretveit, 2000). Pacijenti traže kvalitetnu uslugu, profesionalci teže ka što kvalitetnijem zadovoljavanju pacijentovih potreba te korektnom i pravilnom obavljanju procedura potrebnih za pružanje kvalitetnih usluga. Kvaliteta upravljanja uključuje učinkovitu i djelotvornu uporabu raspoloživih resursa radi zadovoljavanja potreba pacijenata. Slično predlaže i Cholewka (2001.), promatranje kvalitete zdravstvene skrbi kroz tri međusobno povezana područja: (1) tehničko, (2) interpersonalno i (3) organizacijsko.

Rad se sastoji od šest dijelova. Nakon prvog, uvodnog dijela, u drugom se dijelu analiziraju strategije upravljanja kvalitetom zdravstvene zaštite općenito te u zemljama Europske unije (u nastavku teksta: EU) i u Republici Hrvatskoj (u nastavku teksta: RH). Treći dio odnosi se na ciljeve provedenog empirijskog istraživanja, a četvrti dio na metodologiju istraživanja. U petom su dijelu predstavljeni rezultati i rasprava. Šesti dio odnosi se na zaključak.

2. UPRAVLJANJE KVALITETOM U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Zdravstveni sustavi zemalja mogu biti različito organizirani te imati drukčije postavljene prioritete, a što utječe na izvedbu i kvalitetu te na mogućnosti uvođenja sustava upravljanja izvedbom i kvalitetom. Budući da uređenje zdravstvenog sustava izravno utječe na građane, potrebno je razviti stabilne temelje tog sustava i uvoditi promjene samo kad postoje potrebni preduvjeti te u slučajevima kad je utvrđeno da će one osigurati bolje funkcioniranje sustava i time osigurati bolju kvalitetu življenja. Danas se na zdravlje gleda kao na temeljno ljudsko pravo te se ističe povezanost društvenog položaja, uvjeta življenja i zdravlja ljudi (WHO, 2005.). Stoga je upravo kvaliteta zdravstvene skrbi preduvjet za osiguranje zdravlja i poboljšanje uvjeta življenja.

Brojni čimbenici mogu utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi. Primjerice, nedostatak financijskih resursa može rezultirati smanjenjem izdataka kao što su izdaci za plaće ili smanjenjem broja zaposlenih što zauzvrat nepovoljno utječe na poslovno okruženje u kojem niti izvedba neće biti zadovoljavajuća (Martinez, 2000.).

Prema Woodwardu (2000.), čimbenici koji utječu na kvalitetu zdravstvene skrbi, su: organizacija zdravstvenog sustava, raspoloživo osoblje, uvođenje promjena, pristup razvijenoj tehnologiji, raspoloživo znanje i vještine, povezanost obrazovnog sustava i zdravstvenog sektora te sposobnost apsorpcije i usvajanja novih znanja.

Što se tiče upravljanja kvalitetom, mogu se izdvojiti četiri temeljna načela (Diagnosis Pty Ltd, 1998.): (1) loša kvaliteta posljedica je problema povezanih s funkcioniranjem sustava, nedjelovanja ljudi unutar sustava, (2) svi su unutar organizacije odgovorni za kvalitetu i za prepoznavanje te rješavanje problema, (3) kvaliteta se promatra iz perspektive kupca (pacijenta) i (4) loša kvaliteta je skupa.

Mjerenje se kvalitete može provoditi kvalitativnim i kvantitativnim metodama te može biti kontinuirano, periodično ili jednokratno. U posljednjih tridesetak godina

razvijeno je više modela i pristupa za mjerenje i poboljšanje kvalitete u zdravstvenom sustavu. Obično se modeli mjerenja kvalitete zdravstvenog sustava dijele na modele osiguranja kvalitete (engl., *quality assurance*) i modele poboljšanja kvalitete (engl., *quality improvement*). Prvi navedeni, pristup osiguranja kvalitete, temelji se na utvrđivanju jesu li određeni standardi, postavljeni od strane trećih osoba ili grupa izvan organizacije zadovoljeni. S druge strane, pristup poboljšanja kvalitete predstavlja odmak od već navedenog nadzora nad zadovoljavanjem određenih standarda, te se temelji na poboljšanju izvedbe ključnih procesa (Berwick i sur., 1991.). Usporedba dvaju navedenih pristupa, odnosno modela upravljanja kvalitetom, nalazi se u Tablici 1.

Tablica 1: Usporedba modela osiguranja kvalitete i modela poboljšanja kvalitete

obilježje	model osiguranja kvalitete	model poboljšanja kvalitete
filozofija	■ loša izvedba mora se odmah uočiti i ispraviti	■ poboljšanja su uvijek moguća
predmet istraživanja	■ ljudi	■ procesi
cilj	■ kontrola pogrešaka	■ promicanje na višu razinu
ocjena izvedbe	■ na temelju standarda	■ na temelju sposobnosti i potreba
izvor znanja	■ kolege iz profesije	■ cjelokupno osoblje
metoda pregleda i analize	■ sumarna	■ analitička
potrebe pacijenata	■ ne uzimaju se u obzir	■ uključene u analizu
uporaba statističkih podataka	■ ograničena	■ nužna
poticanje djelovanja	■ samo ako su primijećeni nedostaci	■ uvijek

Izvor: prilagođeno prema Woodward, C. A. (2000.) Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care – a process of change. World Health Organisation discussion paper. No. 1. Ženeva: World Health Organization.

U Europi se model cjelovitog upravljanja kvalitetom počeo primjenjivati u zdravstvu u posljednja dva desetljeća. Temeljni elementi ovog modela su (Ovretveit, 2000.): orijentacija na potrošača, analiza procesa, sistematska uporaba jednostavnih metoda analize problema kvalitete, promjene planova i evaluacije rezultata, podaci potrebni za identificiranje i analizu problema i evaluaciju rezultata promjene te implementacija promjena. Od ostalih modela upravljanja kvalitetom koriste se (Diagnosis Pty Ltd, 1998.): *benchmarking* kao strategija poboljšanja kvalitete procesa, pristup najboljih praksi, akreditacija, revizija, upravljanje rizicima, klinički putovi i drugi.

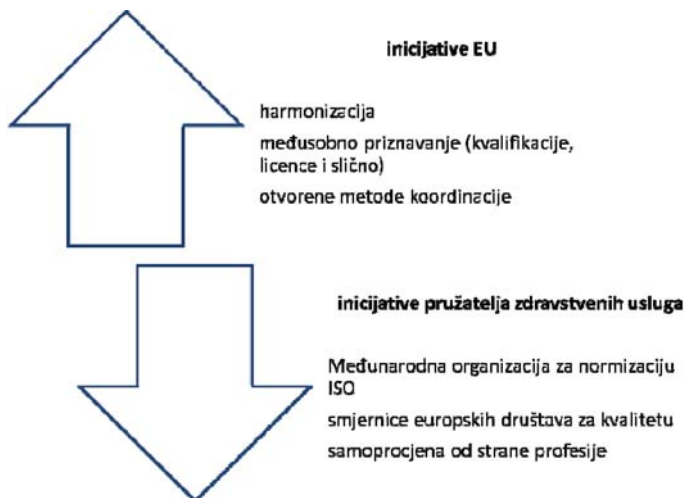
Vrlo je teško odrediti koji je od modela učinkovitiji jer to ovisi o više čimbenika kao što su struktura zdravstvenog sustava, stupanj ekonomskog razvoja zemlje, resursi s kojima se raspolaže i slično. Moguće je ostvariti višestruke koristi ako se razvije integriran sustav upravljanja kvalitetom u zdravstvu koji bi povezoao upravljanje rizikom, osiguranje kvalitete i poboljšanje kvalitete te osigurao uravnoteženu orijentaciju na strukturu, procese i rezultat (Eagle i Davies, 1993.). Zdravstveni sustavi koji primjenjuju model upravljanja ukupnom kvalitetom trebali bi imati ugrađene mehanizme u strukturu upravljanja na svim razinama kako bi se omogućilo predviđanje rezultata uvođenja novih politika za održavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava (Woodward, 2000.).

2.1. Upravljanje kvalitetom u zdravstvenim sustavima u zemljama EU

Postoji čitav niz nacionalnih i međunarodnih organizacija koje se bave pitanjem kvalitete zdravstvene skrbi i koje su utjecale na razvoj nacionalnih, regionalnih i međunarodnih strategija upravljanja kvalitetom u europskim zemljama. Među najutjecajnijim svjetskim organizacijama jesu JCAHO (engl. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, SAD), IOM (engl. *Institute of Medicine*, SAD) i ISQua (engl. *International Society for Quality in Health Care*). U Europi su od posebne važnosti organizacije: Europsko društvo za kvalitetu u zdravstvu (engl. *European Society for Quality in Healthcare*, ESQH), Vijeće Europe, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), Regionalni ured za Europu. Veliku ulogu ima i Cochrane Collaboration, organizacija koja osigurava dostupnost znanstvenih spoznaja na kojima se temelje strategije za promjenu kliničke prakse.

Posebna se briga o kvaliteti zdravstva počela pridavati 1995. kad je Vijeće Europe osnovalo odbor eksperata za kvalitetu, koji je sastavio niz preporuka za ministre zdravlja (prihvaćene su 1997.), prema kojima bi vlade zemalja članica trebale uspostaviti sustav za trajno osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama. Ministri zdravlja prihvatili su suradnju u području kvalitete u zdravstvu i u svibnju 2000. usvojena je nova politika kvalitete u zemljama članicama EU, koja je uvela koncept razmjene najbolje prakse (Shaw i Kalo, 2002.). Slijedile su preporuke za sigurnost pacijenata i kvalitetu zdravstvenih usluga te prijedlog za poboljšanje sigurnosti pacijenata putem prevencije i kontrole infekcija (Council Recommendations, 2008.).

Slika 1: Konceptualni okvir upravljanja kvalitetom u sustavima zdravstva u EU



Izvor: Prilagođeno prema Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. (2008) *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Observatory Studies Series No 12. Velika Britanija: MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall.

Zbog činjenice da je zdravstvo autonomno područje svake zemlje članice, razvoj i harmonizacija zajedničkih politika i strategija upravljanja kvalitetom u EU su otežani. Također, u zdravstvenu je djelatnost uključen velik broj ljudi, proizvođača i usluga koje su regulirane na razini integracije. Kao posljedica navedenoga postoji široki zakonski okvir koji uključuje područja regulirana isključivo na razini EU, ali i područja regulirana samostalno od svake zemlje članice. Slika 1 prikazuje konceptualni okvir strategija upravljanja kvalitetom u EU i različite inicijative EU, kao i zdravstvenih profesionalaca.

S pravnog gledišta, odnosno, s obzirom na razvijenost zakonskog okvira politike kvalitete i upravljanja kvalitetom u zdravstvu u EU, moguća je podjela zemalja na tri različite skupine (Legido-Quigley i sur., 2008.). Prva skupina uključuje zemlje članice EU koje nemaju nikakav zakonski okvir kojim bi se regulirala kvaliteta u zdravstvu. Primjer su Grčka, Latvija i Mlata. Tako je u Grčkoj kvaliteta zdravstvenih usluga delegirana odgovornost svakog upravitelja zdravstvene institucije, a većina bolnica je započela razvijati vlastite programe upravljanja kvalitetom. U Latviji je naslijeđena značajna zdravstvena infrastruktura, no premala su bila ulaganja u zdravstvo od pada SSSR-a. Kvaliteta je regulirana neizravno, Zakonom o lijekovima, sustavom certifikacije zdravstvenih institucija i drugim pravilima. Na Malti je zabilježen trend rastuće brige o kvaliteti u zdravstvu, no još uvijek nije uvedena zakonska regulativa. Nadalje, druga skupina uključuje zemlje članice koje su tek nedavno uvele zakone ili određena pravila o kvaliteti u zdravstvu (Austrija, Belgija, Bugarska, Cipar, Češka, Estonija, Rumunjska, Slovačka, Slovenija). U navedenim je zemljama upravljanje kvalitetom u zdravstvu uglavnom u ingerenciji ministarstva zdravlja. Treća skupina su zemlje koje već duže vremena imaju postavljen zakonski okvir te primjenjuju strategije upravljanja kvalitetom u zdravstvu (Finska, Francuska, Njemačka, Irska, Italija, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Portugal, Španjolska, Švedska, Velika Britanija i Danska). U trećoj navedenoj skupini zemalja posebno se mogu izdvojiti one koje imaju dugu tradiciju promicanja kvalitete u zdravstvu i u kojima nisu potrebne veće reforme na tom području kao što su Francuska i Nizozemska te zemlje koje imaju dugu tradiciju provođenja aktivnosti promicanja kvalitete, no u kojima se provode značajne reforme zbog ograničenja postojećih sustava kao što su Mađarska, Italija, Litva.

2.2. Upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvenom sustavu

Prepoznajući važnost postizanja i održavanja kvalitete, RH započela je reforme zdravstvenog sustava. Koristi od primjene sustava kvalitete u zdravstvu su višestruke, od postizanja bolje komunikacije, jednoznačno definiranog načina postupanja i odgovornosti, boljeg održavanja opreme do vođenja uredne dokumentacije, samoprocjene sustava te stvaranja obveze kontinuiranog praćenja rezultata i djelovanja radi poboljšanja sustava (Lazibat i sur., 2007.).

Uvođenje standarda i normi, planiranja i kontrole, informatizacija zdravstva, uspostava integrirane zdravstvene skrbi, decentralizacija upravljanja i odgovornosti, optimizacija i učinkovita alokacija resursa ključni su elementi reforme sustava zdravstva i podizanja razine kvalitete. U tom je smislu nova zdravstvena politika RH

usklađena sa zdravstvenom politikom zemalja EU te joj je cilj osigurati sveobuhvatne, pravovremene, kvalitetne i sigurne usluge zdravstvene skrbi građanima. Zdravstvena politika ima tri strateška cilja (Varga, 2011.): (1) produljenje trajanja života, (2) poboljšanje kvalitete života povezane sa zdravljem, (3) smanjenje razlika u zdravlju i zdravstvu.

Što se same kvalitete tiče, Sabor RH donio je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (Nar. nov., br. 107/07, 124/11), na temelju kojeg se određuju načela te sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje kvalitete socijalne skrbi, kao i postupak akreditacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi. U skladu s člankom 3. ovog Zakona, mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite mora se osigurati provedba načela učinkovitosti i djelotvornosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite, načela orijentiranosti prema pacijentu te načela sigurnosti pacijenata. Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite osnovana je i Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Uspostava obveznog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi kao jedan od prioriteta ostvaruje se kroz obveznu primjenu jedinstvenoga sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite objavljenoga u Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, 2011.). Prema navedenom Pravilniku, određeni su sljedeći standardi kvalitete zdravstvene zaštite (Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, 2011.):

1. neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka,
2. sigurnost pacijenata i osoblja,
3. medicinska dokumentacija,
4. prava i iskustva pacijenata, zadovoljstvo osoblja,
5. kontrola infekcija,
6. smrtni slučajevi i obdukcija,
7. praćenje nuspojava lijekova i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode,
8. unutarnja ocjena,
9. nadzor sustava osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite.

Usklađenost s određenim standardima mjeri se postupkom akreditacije. Druhim riječima, akreditacija je priznanje za pružanje kvalitetne i sigurne zdravstvene zaštite i ujedno metoda vanjskog vrednovanja rada (Mittermayer i sur., 2010.). Odnosno, akreditacijski postupak jest postupak procjenjivanja kvalitete rada nositelja zdravstvene djelatnosti (zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, privatnih zdravstvenih radnika) na osnovi ocjene sukladnosti njihova rada s utvrđenim optimalnim standardima za djelatnost koju obavljaju.

Nadalje, procjena zdravstvenih tehnologija jedan je od zadataka Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi i uključuje stručan, nepristran, objektivna, temeljen na principima medicine i transparentan proces procjene kliničke učinkovitosti i sigurnosti, uz ekonomsku analizu novih ili već postojećih zdravstvenih tehnologija (lijekova, medicinskih proizvoda, kirurških procedura, dijagnostičkih postupaka, kao i ostalih tehnologija s područja prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije), uzimajući u obzir etička, socijalna, pravna i organizacijska načela (International Network of Agencies for Health Technology Assessment). Predstavlja jedan od elemenata upravljanja kvalitetom zdravstvenog sustava.

Počeci procjene zdravstvenih tehnologija zabilježeni su osamdesetih godina prošloga stoljeća u Americi i u Europi kad je 1980. osnovana prva nacionalna Agencija za procjenu zdravstvenih tehnologija u Švedskoj (Huić, 2011.). Na europskoj razini je od 1994. već provedeno nekoliko projekata financiranih od strane Europske unije, a trenutačno je u tijeku veliki zajednički projekt Europske mreže institucija za procjenu zdravstvenih tehnologija - EUnetHTA i Europske komisije, za razdoblje 2010.-2012., poznat pod nazivom „EUnetHTA Joint Action“. Osnovni cilj projekta jest prepoznavanje procesa zdravstvene tehnologije kao prioriteta u sustavu zdravstva na europskoj razini (Huić, 2011.). RH je dio navedenog projekta te joj se sudjelovanjem otvaraju mogućnosti širenja suradnje s ostalim europskim agencijama za procjenu zdravstvene tehnologije. Također, u RH je 6. listopada 2010. donesen Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite kojim se utvrđuje što sve obuhvaća procjena zdravstvenih tehnologija i osigurava učinkovita, jednako visokokvalitetna, jednako dostupna zdravstvena zaštita (Nar. nov., 124/2011).

U bolničkom je zdravstvenom sustavu 2009. pokrenuto uvođenje indikatora kvalitete inicijativom Hrvatskoga društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskoga liječničkoga zbora, a kao rezultat međunarodne suradnje uključivanjem u program PATH (Mesarić i sur., 2011.). PATH (engl. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*) je projekt Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu, a poticaj za daljnji razvoj PATH-a bila je Povelja o zdravstvenim sustavima iz Tallinna iz 2008. kojom su zemlje članice WHO, između ostalog, potvrdile važnost neprekidnog unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi i ekonomičnosti zdravstvenih usluga, doprinoseći time jačanju zdravstvenih sustava (Ostojić i dr., 2012.). Konceptualni model programa PATH čini šest međusobno povezanih dimenzija kvalitete: (1) klinička djelotvornost, (2) ekonomičnost, (3) odgovorno upravljanje, (4) usmjerenost osoblju, (5) sigurnost i (6) pacijent u središtu. PATH sadržava skup indikatora koji su temeljeni na znanstvenim spoznajama i usklađeni su s pokazateljima ostalih projekata u području mjerenja i poboljšanja kvalitete (OECD, AHQR, SiMPaIE). U PATH je danas dobrovoljno uključeno 30 hrvatskih bolnica.

Cilj je nove politike kvalitete provoditi sustav unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi sukladno zahtjevima EU, uspostavljanje europskih standarda kvalitete, nacionalnog programa indikatora, unutarnju i vanjsku procjenu kvalitete na svim razinama, nacionalni sustav izobrazbe za kvalitetu i sigurnost pacijenata, te financiranje sustava kvalitete uz priznanje i nagradu za poboljšanje.

3. CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA

Rad prikazuje samo dio šireg istraživanja, odnosno u radu se analizira jedan od ukupno devet istraživačkih problema obuhvaćenih širim istraživanjem, i to: kvaliteta zdravstvenog sustava. Primarna svrha provedenoga istraživanja bila je razviti razumijevanje stanja i perspektivu budućeg razvoja zdravstvenoga sustava RH s nacionalnog gledišta, ali i regionalnoga, odnosno s gledišta EU. U sklopu provedenog šireg istraživanja unaprijed je definirano ukupno devet istraživačkih problema: ključni problemi, politika lijekova i ugradbenih materijala, prava pacijenata, kvaliteta, financiranje, odnos javnoga i privatnoga zdravstva, informatizacija i e-zdravstvo, ljudski resursi i plaće te nacionalni zdravstveni sustavi u EU i implikacije ulaska RH u EU. Usmjeravanjem na navedenih devet segmenata istraživanja pokrivene su sve ključne točke potrebne za analizu stanja i perspektiva zdravstvenih sustava RH i zemalja članica EU. Osnovni cilj u ovom radu prikazanog područja istraživanja je utvrđivanje i razumijevanje razine te perspektiva razvoja kvalitete zdravstvenog sustava RH identificirajući osnovne probleme i potencijalne prepreke u budućem razvoju.

Istraživački problem analiziran je s obzirom na stanje danas (2011. godine) te perspektive razvoja i potencijalno stanje u budućnosti (dva desetljeća). Potaknuto je recentnim istraživanjem provedenim na razini EU o razvoju nacionalnih sustava zdravstvene zaštite zemalja članica EU (Economist Intelligence Unit, 2011.).

4. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

4.1. Način provedbe i sudionici istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od lipnja do listopada 2011. u sklopu šireg istraživanja čija je primarna svrha razviti razumijevanje stanja i perspektiva budućeg razvoja zdravstvenoga sustava RH. Kao osnovna metoda istraživanja odabran je polustrukturirani intervju koji se može provesti audiosnimanjem razgovora, internetom (*chat, e-mail,...*) i/ili putem telefonskog razgovora (Saunders i sur., 2007.). Pitanja ne moraju nužno slijediti redoslijed te se, također, mogu postavljati pitanja koja nisu uključena u sam vodič. Neizbježan i vrlo važan aspekt ove vrste istraživanja je doprinos istraživača koji interpretira riječi ispitanika (Stenius i sur., 2008). Posebna vrijednost kvalitativnog istraživanja je sposobnost da se dubinski istraže elementi i formiraju različite perspektive čiji su koncepti, smisao i objašnjenja induktivno razvijena iz empirijskih podataka (Hruška, 2010.).

Istraživanje analize stanja i perspektiva razvoja zdravstvenih sustava RH provedeno je u tri osnovne faze:

1. Pozadinsko istraživanje: upoznavanje s problemskim područjem istraživanjem literature.
2. Konstruiranje glavnog istraživanja.
3. Glavno istraživanje koje je obuhvatilo 49 ispitanika.

- 3.1. Prvi korak: sintetiziranje glavnih tema.
- 3.2. Drugi korak: analiza.
- 3.3. Treći korak: interpretacija rezultata.
- 3.4. Četvrti korak: verifikacija i izvještavanje.

Glavno istraživanje je provedeno nad ispitanicima relevantnima za istraživanje postavljenih istraživačkih problema. Provedeni su dubinski intervjui s 49 ispitanika od kojih je 23 zdravstvenih profesionalaca, 8 predstavnika zdravstvenih osiguravajućih institucija, 10 predstavnika farmaceutskih kompanija i dobavljača, 8 predstavnika udruga pacijenata među kojima je i koalicija udruga koja pokriva 70 udruga pacijenata. Što se tiče izbora ispitanika, vodilo se računa o izboru ispitanika s gledišta pristranosti, odnosno da se osigura nepristranost te da se radi o onim ispitanicima koji su relevantni za predmetno područje te imaju dosta informacija i mogu pridonijeti utvrđivanju značajki, nedostataka i prednosti sustava upravljanja kvalitetom u zdravstvu RH. Etička pitanja su prisutna u svim tipovima istraživanja (Orb i sur., 2000.) te se ispitanici moraju informirati o ciljevima istraživanja i glavnim crtama istraživanja (Kvale, 1996.). Temeljna etička pitanja o kojima se vodilo računa prilikom ovog istraživanja su: (1) pristanak ispitanika, (2) privatnost i (3) tajnost podataka.

Vodilo se računa o triangulaciji kao metodi provjere i uspostavljanja validnosti provedenog istraživanja (Guion, 2002.) i to triangulaciji podataka, istraživača, teorijskoj te metodološkoj triangulaciji. Triangulaciju kao metodu provjere pouzdanosti i validnosti kvalitativnih istraživanja preporučuje i Golafshani (2003.).

4.2. Obrada podataka

Osnovne teme istraživanja nazivaju se metakodovima. U sklopu njihova provedenog istraživanja bilo ih je ukupno devet i to unaprijed određenih, kako je već navedeno. Metakod elaboriran u ovom radu je u procesu provedbe istraživanja označen s oznakom H4. Prema višerazinskom principu, na isti su način prikazani i pripadajući kodovi: procjena stanja i preporuke razvoja. Kodiranje se temelji na odvajanju dijelova teksta te njihovom pridruživanju pojedinim temama. Što se tiče distribucije kodova kroz teme, 152 ih se odnosi na metakod „kvaliteta zdravstvenog sustava“, a od čega ih se na procjenu stanja 2011., odnosi 87 ili 57%, na procjenu stanja 2030. 18 ili 12%, dok na preporuke razvoja 2011. 37 ili 24%, a u budućnosti, odnosno 2030. 10, odnosno 7%.

Imena se ispitanika ne pojavljuju u tekstu, dodijeljene su im oznake „I“ i redni brojevi od 1 do 49 (I1,...I49) prema slučajnom redosljedju obrade pojedinog intervjua.

5. REZULTATI I RASPRAVA

U ocjenjivanju razine kvalitete zdravstvenog sustava RH, ispitanici su različitih mišljenja. Neki ističu kako je s obzirom na uvjete i uložena sredstva zadovoljavajuća

(I1, I27, I14, I40, I42, I47, I49), neki „osrednja“ (I32), drugi da je „*tehnička kvaliteta zdravstvenih usluga ostala na visokoj razini, ali izostaje liječenje pacijenata kao cjelovite osobe, umjesto pojedinih dijagnoza*“ (I2). Ipak, I6 ističe kako je „*kvaliteta zdravstva među boljim dijelovima sustava*“. I47 upozorava da „*treba očekivati pad kvalitete jer će doći na naplatu ono što smo propustili uložiti u zdravstveni sustav*“.

Ističe se problem neujednačenosti kvalitete unutar RH (I15, I11, I5, I7, I14, I18, I20, I28, I37), čak i između bolnica (I1) te posebno problemi manje dostupnih područja i turističke sezone (I7). Ističu se problemi neujednačene izobrazbe osoblja, broja osoblja, opreme i slično (I12). Sustavno upravljanje kvalitetom praktički ne postoji (I22). I28 ističe i problem dostupnosti zdravstvenih usluga.

Kvaliteta „*ovisi o entuzijazmu liječnika i zdravstvene administracije*“ (I5). Različita su mišljenja o angažiranosti liječnika; I23: „*Smatram da je angažman liječnika na izuzetno visokom nivou te je usporediv s najrazvijenijim zemljama.*“; I32: „*liječnik nezainteresiran ili nedovoljno zainteresiran za svog pacijenta*“. Smatra se i da postojeća niska razina komunikacije između liječnika i pacijenata umanjuje kvalitetu zdravstvene usluge (I32). I45 smatra kako nedostaje organiziran sustav kontrole rada u najširem smislu.

Upozorava se na problem zastarjelosti i neredovitoga servisiranja aparata i medicinskih instrumenata, što isto utječe na smanjivanje kvalitete zdravstvene skrbi (I23). „*Kvaliteta zdravstvene usluge je visoka, što se tiče stručnjaka, ali infrastruktura je često neprimjerena.*“ (I34). Kao problem se navodi i neiskorištenost te nedostupnost visoke tehnologije u dijagnostici (I32). Ističe se i problem nepovezanosti u jedinstveni terapijski lanac zbog izbjegavanja polipragmazije (I28).

Manjkom se smatra nepostojanje adekvatne stručne kontrole u područjima poput kvalitete izvedenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, vrstama operacijskih zahvata i slično. Nadalje, problematičnima se smatraju kvaliteta primarne zdravstvene zaštite (I7, I21, I18) i uvjeti liječenja u bolnicama (I32). Što se tiče bolnica, „*kategorizacija se vrši temeljem kriterija koji nisu presudni za bolnicu kao zdravstvenu ustanovu*“ (I18). I33 navodi kako je „*kvaliteta zdravstvenih usluga prečesto ugrožena zbog štednje i financijskih/bolničkih limita ne vodeći računa o etičkim kodeksima i zakonima RH*“. Također je niska kvaliteta usluga dopunskog zdravstvenog osiguranja (I18). Prepoznati su napori u povećanju kvalitete ljekarničke djelatnosti putem suradnje s drugim zdravstvenim osobljem, definiranja indikatora kvalitete, uvođenja standardiziranih radnih postupaka i drugo (I46).

Ističe se i neravnopravnost populacija poput zdravstvene zaštite djece i zdravstvene zaštite odraslih (I12: „*sve javne, medijski potpomognute akcije za nabavku opreme provode dječji odjeli/klinike*“). Ističe se kako je „*potrebna veza ili financijska sredstva za bolju kvalitetu*“ (I19).

Što se tiče praćenja kvalitete rada zdravstvenog osoblja, ona nije zadovoljavajuća (I3). Nadalje, manjkaju podaci o zdravstvenom osoblju, opremljenosti (I12), odnosno indikatorima i standardima po kojima bi se mogla odrediti kvaliteta zdravstvene usluge (I30). „*Utvrdjeni indikatori kvalitete ne osiguravaju realnu sliku kvalitete.*“ (I18). Bez ob-

zira na postojanje zakonskog okvira, radnih mjesta zaduženih za praćenje kvalitete, smatra se kako ne postoji analiza povezanosti kontrole s ekonomskim i medicinskim učincima (I4). I8 ističe kako „*postupak akreditacije počiva na akreditaciji ustanove, ne same djelatnosti*“. Sustavi unapređenja kvalitete su nedovoljno razvijeni (I16). Nadalje, „*nema kontrole kvalitete privatnih ustanova*“ (I9). Proces uvođenja sustava dokumentirane kontrole kvalitete je sporadičan (I36). Neka su istraživanja kvalitete pokazala kako pacijenti nisu zadovoljni odnosom zdravstvenog osoblja (I13) te se ističu kao veliki problem duge liste čekanja (I13, I17, I25).

Predlaže se dati više vremena liječnicima za razgovor s pacijentom, uvođenje liječenja po algoritmima i smjernicama kao i uvođenje hospicija koji bi se plaćali iz dopunskog zdravstvenog osiguranja (I10). Potrebna je i puno važnija uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu te reorganizacija Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na način da udovoljava potrebama moderne organizacije (I45). Predlaže se i više razina kvalitete uz odgovarajuću cijenu (I35, I49).

U 2030. godini I11 predviđa postojanje „*nadzora nad kvalitetom rada u zdravstvu*“. Smatra se da će razina kvalitete zdravstvenog sustava RH 2030. biti jednaka razini kvalitete u zemljama EU (I27, I12, I8). Većina ispitanika predviđa rast razine kvalitete (I5, I14, I17, I43, I47) zasnovan na preventivi i potpomognut tehnologijom (I5, I9). I23 smatra kako će kvaliteta opadati u javnom, a rasti u javno-privatnom sektoru (čisto privatni sektor će izostati), isto kao i u zemljama članicama EU. Pretpostavlja se i bolja dostupnost zdravstvenih usluga (I9), iako je po nekima ona još uvijek upitna (I47). Poboljšanje razine kvalitete, prema nekim ispitanicima, ovisit će o poboljšanju uvjeta rada zdravstvenog osoblja (I32). Do 2030. doći će i do ponovnog otkrića odnosa liječnik-pacijent kao ključnog za rast kvalitete (I13). Doći će do akreditacije svih ustanova, ne samo javnih te će se kvaliteta sustavno pratiti (I8). Još danas bi trebalo „*uvesti postupke dokumentiranog unapređenja kvalitete*“ (I36).

Iako se danas provodi sve više istraživanja upravo na području upravljanja kvalitetom zdravstvenog sustava, budući da su i pacijenti i profesionalci svjesniji uloge zdravlja, uvođenje sveobuhvatnog sustava upravljanja kvalitetom u većini je zemalja svijeta, pa tako i u RH područje novijeg datuma. Jednaka dostupnost, kvaliteta usluga, koordinacija i pronalaženje novih izvora financiranja neki su od temeljnih izazova s kojima se suočava hrvatski zdravstveni sustav. Uz to, zadržavanje rasta izdataka za zdravstvo, osiguravanje pristupa lijekovima po pristupačnim cijenama, poticanje inovacija i unapređenje kvalitete predstavljaju ključne ciljeve u okviru zdravstvenog sektora među kojima je potrebno uspostaviti održivu ravnotežu. Informatizacija i implementacija e-zdravstva odražava novu sliku zdravstvene zaštite s visokim stupnjem procesuiranja informacija radi postizanja dostupnosti, brzine i sigurnosti.

U mjerjenju kvalitete najvažniji je izbor dimenzije. Upravo je stoga bitno da svaka zemlja prepozna i uvaži različite dimenzije i realna očekivanja te u skladu s njima stvori uravnotežen zdravstveni sustav (Shaw i Kalo, 2002.). Stoga će se pristup upravljanja kvalitetom razlikovati ovisno o okruženju i uvjetima (Massoud i sur., 2001.). Primjerice, valja uzeti u obzir je li riječ o ruralnoj ili urbanoj sredini, jednostavnim procesima u malom sustavu ili kompleksnim procesima u okviru velikih

sustava, većem ili manjem broju sudionika. Također, valja istaknuti da donošenje odluke i mjera nije učinkovito ako se ne temelji na točnim podacima i informacijama. U mnogim zemljama Europe, SAD-a i Australije, praćenje zadovoljstva zdravstvenom zaštitom i raznim razinama zdravstvene zaštite uobičajena je praksa, dok je u RH sustav prikupljanja informacija i podataka, radi boljeg praćenja kvalitete, tek u početnim fazama. U RH se tako ističe problem neujednačenosti kvalitete zdravstva unutar zemlje, nedovoljno razvijen sustav praćenja kvalitete, nedovoljna iskorištenost visokih tehnologija, nedostatak financijskih sredstava te zajedno predstavljaju izazov procesu poboljšanja kvalitete u zdravstvu.

Općenito, procjena kvalitete zdravstvene zaštite moguća je na temelju pokazatelja kao što su vrijeme čekanja na usluge, opseg i doseg usluga zdravstvene zaštite, sigurnost i prava pacijenata, kvaliteta pruženih usluga, primjena e-zdravstva, dostupnost lijekova i druge. Obrazovanje pacijenata zauzima važno mjesto u politici unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite. U tom smjeru bi trebalo razvijati takav zdravstveni sustav koji bi osigurao pružanje pravovremenih, sigurnih, informiranih usluga svima kojima su potrebne.

Prekomjerno pružanje usluga ili pogrešno pružene zdravstvene usluge narušavaju ukupnu kvalitetu zdravstvene zaštite. Stoga su sustavi praćenja i evidencije potrebni kako bi se utvrdio obujam i kvaliteta pruženih usluga. Štoviše, za postizanje više razine i održavanje kvalitete zdravstvene zaštite potrebno bi bilo razviti adekvatan sustav praćenja kvalitete, i u smislu razvoja indikatora i prikupljanja podataka, i u smislu omogućavanja brzog izvješćivanja.

6. ZAKLJUČAK

Potrebno je razviti stabilne temelje sustava upravljanja kvalitetom i uvoditi promjene samo kad postoje potrebni preduvjeti te u slučajevima kad je utvrđeno da će one osigurati bolje funkcioniranje sustava i time osigurati bolju kvalitetu življenja. Postoji više aktivnosti koje se mogu primijeniti na lokalnoj, regionalnoj ili nacionalnoj razini kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvenog sustava. Na lokalnoj razini mogu se usvojiti određeni standardi, smjernice i prijedlozi poboljšanja kvalitete, postaviti odbori za nadzor ključnih aktivnosti, reinženjering poslovnih aktivnosti i obrazovati zaposlene. Na regionalnoj i nacionalnoj razini valja usvojiti zakone i izraditi pravni okvir za regulaciju zdravstvenog sustava i sustava obrazovanja zdravstvenih djelatnika kako bi se lakše nadziralo njegovo djelovanje. Zdravstveni djelatnici bi, također, trebali imati pristup alatima i resursima potrebnima za nadogradnju svojega znanja i promjenu ponašanja.

Na temelju provedene analize može se zaključiti da je razina kvalitete zdravstvenih sustava zemalja EU visoka, no postoji neujednačena dostupnost kvalitete te nedovoljno razvijene strategije unapređenja kvalitete. Samo dio zemalja članica ima dužu tradiciju upravljanja kvalitetom u zdravstvu i uređen pravni okvir kojim se regulira pitanje kvalitete. Posebna se briga o kvaliteti zdravstva počela pridavati sredinom devedesetih godina prošloga stoljeća. No, i dalje je zajednički problem većini ze-

malja EU nepostojanje konkretnog, sveobuhvatnog, konzistentnog i učinkovitoga sustava unapređenja i praćenja kvalitete primjenjivog u praksi. U budućnosti se očekuje porast kvalitete u zdravstvu i smanjivanje razlika među zemljama.

Što se tiče RH, rezultati empirijskog istraživanja pokazali su da je kvaliteta zdravstvenih usluga zadovoljavajuća, no postoje razlike u razini kvalitete sustava zdravstva unutar zemlje, čak i između bolnica. Sustav praćenja i poboljšanja kvalitete nije dovoljno razvijen, kao ni iskorištavanje visokih tehnologija u zdravstvu. Zdravstvene udruge nisu dovoljno aktivne, a kao dodatan problem ističe se i nepostojanje adekvatne stručne kontrole u područjima poput kvalitete izvedenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka, vrstama operacijskih zahvata i slično. Hrvatsko zdravstvo je u svojim počecima ugradnje zahtjeva ISO 9001 u svakodnevno poslovanje zdravstvenih ustanova. Preporuke za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i funkcioniranja čitavog sustava zdravstva uključuju: daljnji razvoj i ugradnju normi kvalitete u poslovanje zdravstvenih ustanova, poboljšanje informacijskih sustava kao načina promoviranja kvalitete funkcioniranja cjelokupnog sustava, osiguranje dovoljnih financijskih sredstava, ulaganja u prevenciju, razvoj indikatora kvalitete te sustava praćenja i evidencije radi omogućavanja brzog izvješćivanja. Nadalje, veća učinkovitost i kvaliteta sustava zdravstva mogu se postići i racionalizacijom kapaciteta, osobito bolničkih, racionalizacijom nezdravstvenih djelatnosti, poticanjem strateške alokacije resursa.

Orijentacija na pacijente, timski rad, razumijevanje sustava i procesa te prilagođavanje promjenama valja prihvatiti kao temeljna načela povećanja i održavanja kvalitete. Uloga vlade pokazala se iznimno važnom u smislu iskazivanja snažne političke volje i isticanja kvalitete kao važan strateški cilj. Može se očekivati da će se u budućnosti razina kvalitete zdravstvenog sustava i primjena sustava praćenja kvalitete dodatno povećati.

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/dokumenti/aktualno/Prirucnik_o_standardima [1.3.2012.].
2. Berwick, D. M., Godfrey, A. B., Roessner, J. (1991), *Curing health care: new strategies for quality improvement*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Boyce, C., Neale, P. (2006), *Conducting in-depth interviews: A guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input*. Pathfinder International Tool Series, Monitoring and Evaluation – 2.
4. Braithwaite, J., Healy, J., Dwan, K. (2005), *The governance of health safety and quality*. Canberra, Commonwealth of Australia.
5. Council of Europe (1977), *Recommendation on development and implementation of quality improvement system (QIS) in health care and explanatory memorandum (41st meeting, 24-26 June)*. Strasbourg, Council of Europe

6. Cholewka, P. A. (2001), Challenges to institutionalizing sustainable total quality management program sin healthcare systems of post Soviet countries. *International Journal of economic development*, 2001.
7. Diagnosis Pty Ltd (1998), Quality systems and public health: backround review. Report to the National Public Health Partnership by Diagnosis Pty Ltd. Dostupno na: www.nphp.gov.au/publications/phpractice/qualbgreview.pdf [10.7.2011.].
8. Donabedian, A. (1988), The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Association*, No. 260, str. 1743-1748.
9. Eagle C. J. i Davies, J. M. (1993), Current models of quality – an introduction for anaesthetists. *Canadian Journal of Anaesthesia*. Vol. 40, str. 851-862.
10. Economist Intelligence Unit (2011), The future of healthcare in Europe. Dostupno na: http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIU-Janssen%20Healthcare_Web%20version.pdf [1.9.2011.].
11. Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*, 8 (4), 597-607.
12. Guion, L. A. (2002), *Triangulation: Establishing the Validity of Qualitative Studies*. University of Florida, FCS6014. Dostupno na: <http://www.rayman-bacchus.net/uploads/documents/Triangulation.pdf> [25.9.2012.].
13. Hruška, D. (2010.), Donošenje radikalnih odluka u velikim organizacijama. Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
14. Huić, M. (2011.), Procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj: uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 7 (26).
15. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. About HTA. INAHTA web stranica, <http://www.inahta.org/HTA>. (20.11.2011.)
16. IOM (1990), *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.
17. Kvale, S. (1996), *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousands Oaks: Sage Publications.
18. Lazibat, T., Burčul, E., Baković, T. (2007.), Primjena sustava za upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvu. *Poslovna izvrsnost Zagreb*, 1 (2), str. 31-44.
19. Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. (2008), *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Observatory Studies Series No 12. Velika Britanija: MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall.
20. Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., Namey, E. (2005), *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. Family Health International.
21. Martinez, J. (2000), Managing staff performance in developing countries: issues and lessons from an international research study. Draft Report. Workshop on

- Global Health Workforce Strategy. Dostupno na: http://www.who.int/hrh/documents/en/Assessing_quality.pdf [1.7.2011.].
22. Massoud, Askov, Reinke, Miller Franco, Bornstein, Knebel, MacAulay (2001), *A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality*. Quality assurance project, Agency for International Development (USAID).
 23. Mesarić, J., Bogdan, S., Bosanac, V., Božić, M., Čvorišćec, D., Grdinić, B., Krapinec, S., Kucljak-Šušak, Lj., Labura, D., Lončarić-Katuškin, M., Mihalić-Mikuljan, V., Mihaljević, I., Orešković, A., Rakun, R., Ružić, B., Sokolić, L., Striber, N., Šakić, K., Šklebar, I., Štimac, D., Vidović, A., Vrkljan-Radošević, M., Zekanović, D. i Polašek, O. (2011.), *Alat za ocjenu rada u cilju poboljšanja kvalitete u bolnicama: prva iskustva u provođenju programa PATH u hrvatskim bolnicama*, *Liječnički vjesnik*, Vol. 133, str. 250-255.
 24. Milton, C., Adair, C. i McKenzie, E. (2007) *Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature*. *Milbank Quarterly*, Vol. 85, str. 729-768.
 25. Mittermayer, R., Hiuć, M. i Meštrović, J. (2010.), *Kvaliteta zdravstvene zaštite, akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti i procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj: uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu*. *Acta Med Croatica*, 64 (2010), str. 425-434.
 26. Mompó, C., Rovira, J. (1999), *Rendimiento de Personal en el Centro de Atención Primaria Vila Olímpica de Barcelona*. Research paper produced for the study *Measuring Staff Performance in reforming health systems funded through a research grant of the European Union*.
 27. *Nacrt strategije razvitka zdravstva Republike Hrvatske*. Dostupno na: http://www.nhs.hr/download/Nacionalna_strategija_razvitka_zdravstva_2006_-_2011.pdf [5.8.2011.].
 28. Norwegian Board of Health Report Series (2002), *Quality in health care – the role of government in supervision and monitoring in Norway*. Norwegian Board of Health Report Series: Report 8/2002.
 29. Orb, A., Eisenhauer, L., Wynaden, D. (2000), *Ethics in Qualitative Research*. *Journal of nursing scholarship*, 33 (1), str. 93-96.
 30. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012.), *Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava*. Zagreb: Notitia.
 31. Ovretveit, J. (2000), *Total quality management in European healthcare*. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 13/2, str. 74-79.
 32. Saturno, J., Gascon, J. i Parra, J. P. (1977) *Treaty on quality for primary health care*. Madrid, Du Pont Pharma.
 33. Saunders, M., Lewis, P. i Thornhill, A. (2007), *Research Methods for Business Students*, Prentice Hall, Pearson Education Limited.
 34. Shaw, C. i Kalo, I. (2002), *A background for national quality policies in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

35. Stenius, K., Mäkelä, K., Miovsy, M. i Gabrhelik, R. (2008), How to write publishable qualitative research? U Babor, T. F., Stenius, K., Savva, S. i O'Reilly, J. (ur.) *Publishing Addiction Science: A guide for the perplexed* (str. 82-97). World Health Organization i International Society of Addiction Journal Editors.
36. Varga, S., Sustav kvalitete u zdravstvu. Dostupno na: http://kvaliteta.inet.hr/equality/prethodni/8/Varga_Sinisa.pdf [2.9.2011.].
37. WHO (2000), *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Ženeva: World Health Organization.
38. 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.
39. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Nar. nov., br. 107/07.
40. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Nar. nov., br. 124/2011. Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_11_124_2472.html [1.12. 2011.]

IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH SYSTEMS OF EU MEMBER STATES AND CROATIA

Rajko Ostojić⁴, Vlatka Bilas⁵ & Sanja Franc⁶

Summary

Improving the quality of a health system represents one of the health policy imperatives. This paper analyses the level of quality and development perspectives of healthcare systems in the EU member states and the Republic of Croatia. Empirical research was conducted using the semi-structured interview method on a sample of 49 interviewees. The purpose of this research was to give recommendations and guidelines applicable to the Croatian health system, with the ultimate goal of achieving sustainable quality and accessible healthcare. From the conducted analysis it can be concluded that the level of healthcare quality in EU countries is high but not uniform, while systems of quality improvement are underdeveloped. Only a few EU countries have a long tradition of legal regulation of quality in healthcare. Qualitative research results indicate that the quality of health care services in Croatia is satisfying, but there are still differences in the level of quality within the country, even among hospitals. Recommendations for improving the quality of healthcare include: further development of health standards and norms, improvement of information systems as a way of promoting the quality of the whole health system, ensuring adequate financial assets, investing in prevention, developing quality indicators and records in order to ensure fast and efficient reporting. It is important to recognize different dimensions of quality and set realistic expectations and build a balanced health system accordingly.

Key words: *quality, health system, the European Union, the Republic of Croatia.*

JEL classification: *I11*

⁴ Rajko Ostojić, Ph.D., Full Professor, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, E-mail: rajko.ostojic@gmail.com

⁵ Vlatka Bilas, Ph.D., Associate Professor, Faculty of Economics and Business, University of Zagreb, Zagreb, E-mail: vbilas@efzg.hr

⁶ Sanja Franc, Ph.D., Senior Assistant, Faculty of Economics and Business, University of Zagreb, Zagreb, E-mail: sfranc@efzg.hr