

---

## MANADŽMENT U ZDRAVSTVU

\*Miroslav Dubovečak<sup>1</sup>, Ivan Marijetić<sup>2</sup>, Ivana Šmit<sup>2</sup>, Nataša Graho<sup>2</sup>, Ana Vukoja<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Opća bolnica Bjelovar, Mihanovićeve 8, 43000 Bjelovar, Hrvatska

<sup>2</sup>Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“, J. J. Strossmayera 59, 44000 Sisak, Hrvatska

<sup>3</sup>Opća županijska bolnica Požega, Osječka 107, 34000 Požega, Hrvatska

\* Corresponding author: Miroslav Dubovečak, e-mail: [miroslav.dubovecak@gmail.com](mailto:miroslav.dubovecak@gmail.com)

### Sažetak

U Hrvatskoj zdravstveni sektor predstavlja dugogodišnji izazov za upravljanje odnosno menadžment u zdravstvu i to iz nekoliko razloga. Jedan od njih povezan je s financijskom veličinom zdravstvenog sektora koji je ozbiljan potrošač javnog novca sa značajnim utjecajem na održivost javnih financija. Drugi je razlog taj da ukupni javni izdaci za zdravstvo i udio izdvajanja za zdravstvo u ukupnim javnim izdacima ne osiguravaju automatski kvalitetu javne zdravstvene zaštite, ali je snažno obilježavaju. Korisnici javnih zdravstvenih usluga u Hrvatskoj očekuju visoku razinu obavezne zdravstvene zaštite, bez obzira na to jesu li je javne financije u Hrvatskoj u stanju osigurati. Čak i bez takvih očekivanja, zdravstvena potrošnja i dalje raste zbog starenja stanovništva i tehnološkog razvoja u zdravstvenoj industriji. Treći razlog predstavlja činjenica da istraživanja koja se bave Menadžmentom u zdravstvu u Hrvatskoj ima relativno malo, odnosno gotovo ih i nema. Menadžment u zdravstvu mora osigurati da različiti dijelovi unutar sustava funkcioniraju glatko bez problema, kao cjelina, da pravi ljudi budu na pravom mjestu i da se sredstva u sustavu troše racionalno, a sve kako bi se ostvario zadani cilj. Posljednjih godine mnoge zemlje u svijetu pridaju veliki značaj menadžmentu u zdravstvu zbog porasta troškova u zdravstvu kao i potrebe za boljim pristupom i kvalitetnijoj zdravstvenoj zaštiti. Menadžment u zdravstvu bavi se i mikroekonomskom evaluacijom zdravstvenih tehnologija, tržišnom ravnotežom u proizvodnji zdravstvenih usluga, ocjenjivanjem zdravstvenih sustava, planiranjem i financiranjem, organizacijom zdravstvenog osiguranja i nejednakostima u sustavu zdravstva. Menadžment u zdravstvu u mnogim zemljama tek u početnoj fazi razvoja.

**Ključne riječi:** menadžment, zdravstvena zaštita, javnim, razvoj

## HEALTHCARE MANAGEMENT

\*Miroslav Dubovečak<sup>1</sup>, Ivan Marijetić, Ivana Šmit, Nataša Graho, Ana Vukoja

<sup>1</sup> County Hospital Bjelovar, Mihanovićeve 8, 43000 Bjelovar, Croatia

<sup>2</sup> County Hospital „Dr Ivo Pedišić“, J. J. Strossmayer 59, 44000 Sisak, Croatia

<sup>3</sup>General county hospital Požega, Osječka 107, 34000 Požega, Croatia

### Abstract

For many years, the healthcare sector has presented a challenge to healthcare management in Croatia, for a variety of reasons. One is the financial scale of the healthcare sector, which consumes a serious amount of public money and has a significant effect on the sustainability of the public financial resources. Another reason is that the total public expenditure on healthcare and the amount allocated to healthcare within the public expenditure as a whole do not automatically guarantee high quality in healthcare provision, although they do make a strong mark on it. End-users of the public healthcare services in Croatia expect a high level within the statutory healthcare provision, regardless of whether Croatia's financial resources are capable of ensuring this. Even without these expectations, healthcare spending is constantly rising because of increased ageing in the population, coupled with the technological advances in the health-related industries. A third reason is the fact that in Croatia there is relatively little research into the healthcare sector by Healthcare management. Healthcare management ensures that specific outcomes are attained, that departments within a health facility are running smoothly, that the right people are in the right jobs, that people know what is expected of them, that

---

resources are used efficiently and that all departments are working towards a common goal. However the visibility of the management profession within healthcare has been rising in recent years, due largely to the widespread problems many countries are having in balancing cost, access, and quality in their hospitals and health systems. The Healthcare management are concerned with the micro-economic evaluation of health-related technologies, the market balance in the production of healthcare services, the assessment of healthcare systems, planning and funding, the organization of health insurance, and inequalities in the healthcare system. In many countries the Healthcare management are at an early stage of development.

**Keywords:** management, healthcare, public, development

## Uvod

Menadžment je skup znanja i vještina u planiranju, odlučivanju rukovođenju i nadziranju poslovanja. Menadžment u zdravstvu obuhvaća skup znanja i vještina u planiranju, odlučivanju, rukovođenju i nadzoru u sustavu zdravstva. Struktura menadžmenta nije definirana. U Hrvatskoj menadžment u zdravstvu nije definiran važećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti već je samo definiran pojam uže uprave. Postojećim Zakonom o ustanovama definiran je pojam stručnog voditelja, kao i procedura izbora ravnatelja. Zakonodavni okvir menadžmenta u zdravstvenim ustanovama nije definirana postojećim zakonima u RH. Uobičajeni termini za menadžment: Uprava (uža i šira), Ravnateljstvo, Stručne službe, Administracija itd.

Menadžment u zdravstvu u mnogim je zemljama tek u početnoj fazi razvoja. Smatra se da je svoj razvojni put započeo u šezdesetim godinama prošlog stoljeća kada je Nobelovac Kenneth Arrow objavio poznati članak (Arrow 1963) u kojem su se prvi put jasno definirale konceptualne razlike između zdravlja i ostalih dobara. Proizvodnju i potrošnju zdravlja, za razliku od proizvodnje i potrošnje ostalih dobara, karakteriziraju iznimna državna regulacija, neizvjesnost utkana u sustav na različitim razinama, asimetrične informacije, zapreke ulasku na tržište te postojanje vanjskih čimbenika koje utječu sustav zdravstva.

Hrvatski zdravstveni sustav u potpunosti nije izgrađen, definiran te se u niz situacija traže stavovi i mišljenja ljudi na određenim funkcijama tako da osobno mišljenje često puta definira segmente zdravstvenog sustava.

Situacija u kojoj određene funkcije trenutačno definiraju određene segmente sustava dovode do

toga da se promjenom vršioca određene funkcije mijenja i sam sustav. Prilikom kontinuiranih reformskih zahvata nije vođeno računa o tome da je zdravstveni sustav složeni sustav koji čine niz podsustava te da direktnom izmjenom jednog od podsustava indirektno dolazi i do izmjenama i u drugim podsustavima koji su s istim u vezi. Očito je da se radi o nepoznavanju cjelovitosti zdravstvenog sustava, međusobnih odnosa između pojedinih podsustava te da su zanemareni društveno ekonomski odnosi kao bitni element svakog pa tako i zdravstvenog sustava. Najkvalitetnije sustave zdravstva kao što su oni u Danskoj, Nizozemskoj, Norveškoj (WHO 2013) prije svega karakterizira izgrađenost i definiranost sustava, pogotovo sustava upravljanja odnosno Menadžmenta. Kod prethodno navedenih sustava sam sustav daje odgovore na sve moguće situacije tako da je uloga pojedinca odnosno osoba na važnim funkcijama manje bitna.

## Karakteristike zdravstvenog sustava RH

Zdravstvena djelatnost je potrošnja, a prava osiguranika nisu usklađena sa sredstvima planiranim za zdravstvenu djelatnost. Instrumenti financiranja usklađeni su s raspoloživim sredstvima, a ne stvarnom vrijednosti ugovorenih programa gledano po ekonomskim veličinama. Problem nedostatnih sredstava opterećuje poslovanje zdravstvenih ustanova tako da gubitke iskazuju zdravstvene ustanove, a ne HZZO. I pored učestalih sanacija, koje to nisu, problemi ostaju jer se ne mijenja sistem financiranja, a ni sustav upravljanja odnosno *Menadžmenta*. Različit je položaj zdravstvenih ustanova prilikom zadnje sanacije kao i svih godina od 1991. do danas. Prisutan je ugovorni odnos između zdravstvenih ustanova i HZZO-a i

temelji se na principu uzmi ili ostavi tako da nerijetko zdravstvene ustanove pristaju na uvijete poslovanja koje ih vode u gubitak.

Sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim gospodarstvima mogu se podijeliti u tri osnovne skupne: sustavi s pretežno privatnim financiranjem; sustavi s financiranjem pretežno iz državnog proračuna i sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih fondova, tzv. fondova socijalnog osiguranja. U SAD-u se preko 50 posto zdravstvene potrošnje financira iz privatnih zdravstvenih osiguranja koja ugovaraju poslodavci za svoje zaposlenike te iz vlastitih sredstava građana, tzv. "plaćanja iz džepa". U anglosaksonskim, nordijskim i južnoeuropskim zemljama najveći dio zdravstvene potrošnje financira se izravno iz državnog proračuna, dok u kontinentalnoj Europi i Japanu dominira financiranje iz državnih fondova socijalnog osiguranja.

Kombiniranjem kriterija financiranja i organizacije ponude može se doći do detaljnije podjele zdravstvenih sustava (Sloan i Hsieh 2012). No budući da se u ovom radu prvenstveno obrađuju pitanja *Menadžementa u zdravstvu*, takve se klasifikacije dalje u ovom radu više ne razrađuju.

Hrvatska se prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije svrstava u visokorazvijene zemlje, ali samo u pogledu zdravstvene zaštite. Hrvatska jedina u grupi visoko razvijenih zemalja nije u proteklom desetljeću ostvarila porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP: ukupna zdravstvena potrošnja stagnira još od 2000. godine na razini od 7,8 posto BDP-a (DZS 2013). Aritmetički gledano, razlog tome jest taj da je zdravstvena potrošnja po stanovniku povećana u istom iznosu kao i nominalni BDP, tj. 2,7 puta (s 380 dolara u 2000. na 1.050 dolara u 2010. godini), dok se broj stanovnika blago smanjio (s 4,38 na 4,29 milijuna). Broj stanovnika smanjio se u promatranom razdoblju i u mnogim drugim razvijenim ekonomijama, ali je per capita zdravstvena potrošnja u njima rasla znatno brže od nominalnog BDP-a, tako da je, osim u Hrvatskoj i Islandu, posvuda zabilježen porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP. Drugim riječima, prema hrvatskoj statistici fi-

nanciranje zdravstva iz fonda socijalnog osiguranja smanjeno je znatno manje nego prema podacima WHO-a. Financiranje iz proračuna povećano je također znatno manje prema hrvatskoj statistici nego prema WHO-u, a istovremeno dolazi i do povećanja plaćanja kućanstava (za dopunsku zdravstveno osiguranje), dok su kod WHO plaćanja iz džepa više-manje nepromijenjena još od 2005. godine (European Commission 2012).

- Broj osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja na početku 2015. godine iznosi 4.435.435
- Zdravstveni proračun u 2015. iznosi cca. 22 milijarde kuna
- Nacionalni fond (HZZO) izvan sustava Državne riznice
- cca 72 000 zaposlenih u zdravstvenom sustavu
- Organski i temeljni zakoni u zdravstvenom sustavu *RH su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*
- broj posjeta u PZZ = 47 milijuna
- broj izdanih recepata = 57 milijuna
- broj posjeta u SKZ = 33 milijuna
- Slučajevi bolničkog liječenja = 670 000

Izvor: Godišnje izvješće o poslovanju HZZO-a za 2014.

### **Bolnički sustav u Republici Hrvatskoj (2015.)**

- Novi (mješoviti) model ugovaranja za BZZ (fiksni iznos i promjenljivi iznos avansa, KPI, QI)
- Povećanje sredstava za BZZ (17%)
- Povećana sredstva za skupe lijekove (52%)
- Korekcija vrijednosti DTS-a i DTP-a za prosječno 15%
- Povećani izdaci HZZO: I-VI 2015. (46% BZZ / 29% SL)
- Povećan broj: slučajeva bolničkog liječenja (2,3%)
- Za bolnice 1. kategorije (7 ustanova): 55% sredstava
- Faktura kao sredstvo stjecanja prihoda!
- Sve veći broj bolničkih ustanova tijekom aktualnog razdoblja povećava iznos fakturirane realizacije
- Dio bolničkih ustanova posluje s viškom prihoda u 2015. godini
- Bolnice različito postižu KPI i QI pokazatelje

Prema podacima Eurostata za 2011. godinu, izdaci za javne bolnice u Hrvatskoj činili su 42,6 posto ukupnih izdataka za zdravstvo. Ukupni javni izdaci bolnica RH ukazuju na značajan novac kojim se financira ova razina zdravstvene zaštite, a prema vrijednosti ovog pokazatelja Hrvatska se nalazi iznad prosjeka promatranih europskih zemalja od 38 posto ukupnih izdataka za zdravstvo. Zanimljivo je primijetiti kako je među promatranim zemljama najviši udio izdataka za bolnice u ukupnim izdacima za zdravstvo zabilježen u Estoniji, u visini od 47 posto, iza koje slijedi Švedska s udjelom od 46 posto te Danska s udjelom od 45 posto. Najniži udio izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima za zdravstvo zabilježen je u Slovačkoj i to u visini od 26 posto.

Hrvatska se nalazi u skupini zemalja s relativno visokim udjelom javnih izdataka za bolnice u ukupnim izdacima za zdravstvo, koji je praćen i visokim udjelom svih javnih izdataka u BDP-u. Osim Hrvatske tu su Švedska, Slovenija i Španjolska. S druge strane Belgiju, Finsku, Francusku i Island također obilježava visok udio javnih izdataka u BDP-u, međutim na javne izdatke za bolnice ne otpada velik dio javnih izdataka za zdravstvo. Rumunjsku, Litvu, Latviju i Švicarsku obilježava nizak udio javnih izdataka u BDP-u praćen nižim udjelom javnih izdataka za bolnice u ukupnim javnim izdacima za zdravstvo. Jedino Estonija ima visok udio izdataka za bolnice u ukupnim javnim izdacima za zdravstvo popraćen niskim udjelom javnih izdataka u BDP-u. (DZS 2013).

Zdravstveni sustav RH pruža prostor za značajna poboljšanja što je kod nadležnih državnih institucija stvorilo svijest o nužnosti provedbe zdravstvene reforme radi povećanja njegove troškovne učinkovitosti. Rezultat toga su nedavni ambiciozni reformski zahvati od kojih je dio u fazi provedbe, a dio pripremljen i zapisan u nizu razvojnih dokumenata i prijedloga zakonskih tekstova.

Osiguranje financijske održivosti zdravstvenog sustava nužan je dio fiskalne konsolidacije koju Hrvatska mora provesti zbog prekomjernog deficita i javnog duga, te je ono zacrtano Programom konvergencije i Nacionalnim programom reformi. Stoga je manevarski prostor u

ovom području prilično sužen. Prema međunarodno usporedivim podacima, izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj danas iznose oko 7,2% BDP-a, što je 0,6 postotnih bodova manje nego u razdoblju prije krize. U relativnom iskazu hrvatski su izdaci za zdravstvo ispod prosjeka zemalja EU-28 koji iznosi 8,7 %. U apsolutnom iznosu, izdaci za zdravstvo po stanovniku u Hrvatskoj iznose 1.133 EUR-a prema paritetu kupovne moći, što je gotovo upola manje od prosječnog iznosa u EU-u koji iznosi 2.193 EUR-a (OECD Health Statistics 2014). Za razliku od zemalja Europske unije u kojima su od 2000. godine izdaci za zdravstvo u prosjeku porasli za 3,3 %, u Hrvatskoj je taj porast iznosio samo 1,6 %. Izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj se financiraju uglavnom sredstvima socijalnog osiguranja, dok financiranje „iz džepa“ iznosi tek 13 %. U Europskoj uniji udio financiranja zdravstva „iz džepa“ iznosi 21 %. Udio privatnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava u Hrvatskoj iznosi 1,5 %, i među najnižima je u Europskoj uniji.

### **Kvalitetan Menadžment je bitan element financiranja zdravstva i provođenja reformi koje su nužne iz nekoliko razloga**

Tri su glavna razloga za nužnost financijskih reformi u zdravstvu i kvalitetnog upravljanja: zaoštravanje krize javnih financija od 2009. godine, ubrzano starenje stanovništva i naizgled nezaustavljiv rast troškova u zdravstvu. Sva tri razloga imaju značaj strukturnih trendova pa stoga nameću i potrebu strukturnih reformi u financiranju zdravstva i upravljanju u zdravstvu. Već u 1990-ima bilo je očigledno da se većina visokorazvijenih privreda suočava s nepovoljnim demografskim kretanjima. Udio stanovnika starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu neprekidno raste: u europskim zemljama povećan je s 10 posto u 1960. godini na 15 posto u 2000. i 16 posto u 2010. No do značajnog povećanja udjela starijeg stanovništva doći će tek u idućih nekoliko desetljeća: prema predviđanjima Europske komisije, do 2040. godine u Europi se očekuje porast udjela stanovništva starijeg od 65 godina na 26 posto ukupnog stanovništva, a u Hrvatskoj prema predviđanjima Državnog statističkog zavoda sa 17 posto u

2011. na 26 posto u 2041. Visok udio starijeg stanovništva značajan je za zdravstvenu potrošnju zato što je raspodjela troškova zdravstvene zaštite prema starosti asimetrična. U SAD-u, za koji su raspoloživi najpotpuniji podaci, otprilike 36 posto troškova zdravstvene zaštite otpada na osobe starije od 65 godina, iako njihov udio u ukupnom stanovništvu iznosi samo 12 posto (Hsiao 2000).

Za Hrvatsku ne postoje usporedivi podaci, no kao približnu vrijednost možemo uzeti potrošnju HZZO-a na zdravstvenu zaštitu umirovljenika i njihovih obitelji. Na tu je potrošnju od 2008. godine otpadalo čak 45 posto ukupnih troškova zdravstvene zaštite, iako je udio osoba starijih od 65 godina činio samo 16 posto ukupnog stanovništva (HZZO 2009). Budući da će se udio starijeg stanovništva do 2040. povećati na 26 posto, lako je zaključiti da će porast troškova zdravstvene potrošnje biti teško zaustaviti. Stoga su se zdravstvene vlasti u mnogim zemljama okrenule mikroekonomskim reformama funkcioniranja zdravstvenog sustava. Primjeri uključuju reorganizaciju dijelova zdravstvenog sustava radi racionalnijeg korištenja resursa; uvođenje transparentnijih sustava naplaćivanja usluga, poput plaćanja prema dijagnostičkim grupama; te omogućavanje većeg izbora kako pacijentima kod biranja liječnika, tako i zdravstvenim ustanovama kod ugovaranja usluga od dobavljača (Gupta 2012).

Jednom od najefikasnijih mjera u ograničavanju rasta troškova pokazalo se prenošenje ključnih ovlasti na regionalne i lokalne vlasti, npr. tako da se bolnicama dopusti da zadrže dio financijskih viškova i reinvestiraju ih u poboljšanje usluga koje pružaju, ali uz zadržavanje nadzora središnjih vlasti. Kanada i Švedska su primjerice decentralizirale ovlasti u odlučivanju u zdravstvu, ali i povećale odgovornost lokalnih vlasti za dodijeljena sredstva. Nasuprot tome, decentralizacija u Španjolskoj nije bila popraćena odgovarajućim mjerama nadzora potrošnje lokalnih zdravstvenih ustanova pa su izostale i uštede od reorganizacije.

Drugi primjer reorganizacije jest ispravljanje neravnoteža između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Tu se može navesti i primjer Hrvatske, gdje je primarna zaštita sredinom

2000-ih godina rješavala samo 50 posto medicinskih slučajeva, dok su u većini europskih zemalja ustanove primarne zaštite rješavale otprilike 75 posto slučajeva. Takva neravnoteža rezultirala je nepotrebnim dupliciranjem dijagnostičkih i laboratorijskih postupaka i značajnim porastom troškova jer su zdravstvene usluge pomaknute prema višim i skupljim oblicima zaštite. Istodobno je broj preventivnih zdravstvenih usluga padao, a potrošnja lijekova naglo rasla (Mihaljek 2007).

Kod reformi u sustavu naplaćivanja zdravstvenih usluga efikasnim se pokazao tzv. sustav dijagnostičkih grupa (diagnosis - related groups – DRG), u kojem se pacijenti svrstavaju prema dijagnozi i sredstvima potrebnima za njihovo bolničko liječenje. Taj sustav omogućuje smanjenje troškova u usporedbi sa sustavom naplate prema pruženim uslugama, ali može dovesti do povećanja troškova ako liječnici počnu pacijente svrstavati u složenije i stoga skuplje dijagnostičke grupe. Uz povremene korekcije takvi se problemi mogu smanjiti pa je ovaj sustav naplaćivanja u posljednjih dvadesetak godina postao standard u zdravstvu većine razvijenih gospodarstava.

Značajne uštede ostvarene su i uz veće sudjelovanje privatnog sektora u opskrbljivanju zdravstvenih ustanova (npr. u Velikoj Britaniji i Švedskoj) odnosno u pružanju zdravstvenih usluga pacijentima te uz veću konkurenciju među osiguravajućim kompanijama (Newhouse 1992). Javno financiranje zdravstva ne mora nužno značiti da zdravstvene usluge najvećim dijelom pružaju javne ustanove. Većim djelovanjem privatnog sektora jačaju osnovni tržišni mehanizmi u zdravstvu i smanjuje se dominantan utjecaj pojedinih državnih ili privatnih institucija u opskrbi zdravstva odnosno na strani ponude zdravstvenih usluga i osiguranja (Osterkamp 2003). U većini europskih zemalja u zdravstvu stoga djeluju i javne i privatne ustanove koje imaju odlično razrađen i kontroliran sustav upravljanja.

**Razlozi interesa za Menadžment u zdravstvenim upravama**

- Raspolaganje značajnim financijskim sredstvima
- Raspolaganje značajnim ljudskim resursima
- Potrošnja materijalnih resursa putem tržišta nabave (nabava lijekova, potrošnog materijala, investicije)
- Prisutni problemi u uvjetima i rezultatu poslovanja kroz dulje razdoblje
- Smanjenje udjela izdvajanja iz BDP-a za zdravstvo
- Stvaranje složenih organizacijskih formi
- Prisutnost više nivoa rukovođenja i upravljanja (razvedena hijerarhija)
- Stvaranje i razvoj tržišta zdravstvenih usluga (sist. pregledi, privatna osiguranja)
- Raspolaganje značajnim nemedicinskim kapacitetima
- Prisutnost strateškog planiranja
- Mogući utjecaj na javno mnijenje (dobivanje glasova na izborima)

Područje zdravstva čini desetak tržišta – za različite oblike zdravstvene zaštite i liječenja; različite oblike osiguranja; lijekove; medicinsku opremu; tržište rada za zdravstveno osoblje itd. Na većini tih tržišta dolazido tzv. tržišnih neuspjeha poput nepovoljnog izbora, asimetričnih informacija, rastućih prinosa i moralnog hazarda (Mihaljek 2007). Neuspjeh tržišta ne znači njegov slom ili nestanak: ekonomisti taj pojam obično primjenjuju kada tržišni mehanizam ne može zajamčiti maksimalnu efikasnost, pa netržišne institucije poput državne regulacije mogu poboljšati tržišnu alokaciju. No ako državne ustanove nisu sposobne djelotvorno raspodijeliti resurse i usluge koje pružaju građanima, stanje u zdravstvu može se dodatno pogoršati. Najočitiiji primjer sustavnog neuspjeha državne birokracije da upravlja zdravstvenim ustanovama u interesu građana jest raširenost korupcije u zdravstvu (Mihaljek 2008).

Dodatnu komplikaciju na strani ponude u zdravstvu stvara djelovanje moćnih interesnih skupina – farmaceutskih tvrtki, proizvođača medicinske opreme, bolnica, utjecajnih liječnika – koje svojim političkim djelovanjem neprekidno pronalaze razloge da se zdravstveni

troškovi što više prebace na državu. Usprkos tim komplikacijama, iskustva razvijenih ekonomija pokazala su da postoji značajan broj mjera na makroekonomskoj razini, zatim mikroekonomskih reformi u zdravstvu, te mjera na strani potražnje za zdravstvenim uslugama koje mogu poboljšati financiranje zdravstva. U zemljama poput Hrvatske postoji i velik broj drugih reformi koje je relativno lako ostvariti, a koje mogu biti vrlo djelotvorne u povećanju efikasnosti u zdravstvu, ali za to je potreban kvalitetan menadžment kao bi se zadane reformske mjere i provele.

### Što uprave bolnica moraju znati?

- Osnovno je pitanje tko definira strukturu i opseg kapaciteta zdravstvenih ustanova jer je očito da je prisutan nesrazmjer između ponude i potražnje pojedinih usluga.
- Neosporno je da na opseg i strukturu pruženih zdravstvenih usluga osim instaliranih kapaciteta zdravstvenih ustanova, utječe i prisutan sistem financiranja
- S obzirom da tržište zdravstvenih usluga ne podliježe svim zakonima tržišta, nedostatak određenih kapaciteta neće rezultirati povećanjem cijena određenih usluga, nego listama čekanja kao što je to i slučaj u RH.
- Prisutan ugovorni odnos između zdravstvenih ustanova i HZZO-a temelji se na principu uzmi ili ostavi tako da nerijetko zdravstvene ustanove pristaju na uvijete poslovanja koje ih vode u gubitak.

*Eksterne odluke i mjere koje utječu na uvjete poslovanja*

- Odluka Sabora RH o donošanju državnog proračuna
- Financijski plan HZZO-a
- Odluka Upravnog vijeća HZZO-a o utvrđivanju iznosa proračuna bolničkih ustanova
- Odluka Upravnog vijeća HZZO-a o selektivnom povećanju vrijednosti boda za sve vidove zdravstvene zaštite, odnosno iznosu glavarine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- Odluka Upravnog vijeća HZZO-a o uvođenju novih DTS-a i DTP-a postupaka te izmjeni načina obračuna starih postojećih postupaka

- Kolektivno ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja
- Odluka Vlade RH o korekciji plaća liječnicima i stomatolozima po osnovu dodatka na odgovornost
- Rast cijena na malo

#### *Normativna regulativa*

- Zakon o plaćama u javnim službama
- Uredba o plaćama u javnim službama
- Temeljni i granski kolektivni ugovor
- Bijela knjiga
- Plava knjiga
- Normativna regulativa HZZO-a iz domene ugovaranja
- Zakon o javnim nabavkama roba i usluga
- Budžetsko knjigovodstvo
- Dopunsko zdravstveno osiguranje
- Decentralizirana sredstva (državne i županijske ustanove)
- Zakon o radu
- Zakon o PDV-u
- Zakonska regulativa iz domene zaštite na radu
- Odluka o zabrani zapošljavanja

#### *Preduvjeti za unapređenje Menadžmenta u zdravstvu*

- Jasno definiranje mjesta ravnatelja bolnice sa stanovišta profesija i djelokruga rada
- Jasno definiranje mjesta pomoćnika ravnatelja za medicinska pitanja sa stanovišta djelokruga rada
- Jasno definiranje pomoćnika ravnatelja za sestinstvo u menadžmentu bolnice
- Naglasak na kvalitetu rada u cilju povećanje zadovoljstva korisnika usluga
- Osiguranje preduvjeta za realizaciju stvarnog partnerskog odnosa s HZZO-m
- Profiliranje tržišta zdravstvenih usluga izvan obuhvata obveznog zdravstvenog osiguranja
- Smanjenje obujma normativne regulative i razmjerno povećanje autonomije uprave
- Sustav nagrađivanja i vrjednovanja rada koji omogućava zadržavanje kvalitetnih nemedicinskih kadrova i privlačenje istih iz drugih djelatnosti
- Definiranje kvalitetnih i jedinstvenih kriterija i mjerila za ocjenu rada uprave
- Kontinuirana edukacija iz znanja i vještina menadžmenta
- Osiguranje kontinuiteta u vođenju bolničke ustanove

#### **Zaključak**

Zaključno se može reći da sve poduzete reforme rast troškova u zdravstvu mogu samo usporiti, u najboljem slučaju na nekoliko godina dok gospodarstvo i javne financije donekle ozdrave da mogu lakše financirati tekuću potrošnju. U dugom roku, zdravstvena potrošnja nastavit će rasti. Zajedno s ubrzanim starenjem stanovništva, financiranje zdravstva u određenom će trenutku gotovo neizbježno postati prioritetno političko pitanje, a kvalitetno upravljanje sustavom zdravstva nužnost. Kvalitetan *Menadžment* mora biti autonoman, efikasan i educiran.

## Literatura

1. Arrow, K. J., 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, 53(5), str. 941-974.
2. WHO (World Health Organization) 2013, *World Health Statistics 2013*, Ženeva: WHO, [www.who.org](http://www.who.org).
3. Sloan, F. i C. Hsieh , 2012, *Health Economics*, Cambridge, MA: MIT Press.
4. Državni zavod za statistiku (DZS), 2013, *Socijalna zaštita u Republici Hrvatskoj u razdoblju 2008. – 2010. (metoda ESSPROS)*, Zagreb: Državni zavod za statistiku, [www.dzs.hr.3](http://www.dzs.hr.3)
5. European Commission, 2012, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, Bruxelles: ECFIN. [europa.eu](http://europa.eu).
6. OECD Health Statistics 2014, Eurostat Statistics Database, WHO Global Health Expenditure Database
7. Hsiao, W., 2000, "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer", IMF Working Paper, br. 00/136, Washington, DC: International Monetary Fund, [www.imf.org](http://www.imf.org).
8. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), 2009, *Izvješće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2008. godinu*, Zagreb: HZZO, [www.hzzo-net.hr](http://www.hzzo-net.hr).
9. Gupta, S., B. Clements i D. Coady, 2012, "The Challenge of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies" u S. Gupta, B. Clements i D. Coady, ured., *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, Washington, DC: IMF, [www.imf.org](http://www.imf.org).
10. Mihaljek, D., 2007, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*, Zagreb: Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert, [www.ijf.hr](http://www.ijf.hr).
11. Newhouse, J., 1992, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), str. 3-31.
12. Osterkamp, R., 2003, "Public Health Insurance: Pareto-Efficient Allocative Improvements Through Differentiated Co-Payment Rates", *European Journal of Health Economics*, 4(2), str. 79-84.
13. Mihaljek, D., 2008, "Health Care Financing Reforms in Central and Eastern Europe: Common Problems and Possible Approaches" u *Fiscal Sustainability: Analytical Developments and Emerging Policy Issues*, Rim: Banca d'Italia, [www.bdi.it](http://www.bdi.it).