

UDK 362.2:614.2

Izvorni znanstveni rad.

Priljeno: 19. 4. 2009.

Prihvaćeno: 16. 6. 2009.

INFORMIRANOST PREDSTAVNIKA LOKALNE VLASTI O INSTRUMENTIMA KVALITETNOG UPRAVLJANJA JAVNIM ZDRAVSTVOM I SOCIJALNOM SKRBI

Vanesa Benković

Media Metar d.o.o.

Bleiweisova 26

10000 Zagreb

e-mail: vanesa.benkovic@gmail.com

Sažetak

Uporaba točnih podataka i informacija na temelju kojih se donose fiskalne i strateške odluke osnovno je uporište upravljanja zdravstvom, kako na razini države tako i na lokalnoj razini. Istraživanjem HZA, te kasnijim analizama utvrđeno je da postoje značajne razlike u zdravlju između regija Republike Hrvatske. Za strateški menadžment i upravljanje zdravljem i zdravstvom metoda usporedbe regionalnih, državnih i međudržavnih standardiziranih pokazatelja nudi neophodne informacije potrebne za postavljanje težišta, odabir prioriteta i uspostavu dobre »makropolitike na mikrorazini«. Svrha rada bila je provjeriti korištenje rezultata istraživanja Hrvatske zdravstvene ankete u planiranju resursa na razini županijskih zavoda za javno zdravstvo. Rezultati su pokazali da je samo 32% ispitanika koristilo rezultate HZA u svojim planiranjima. Zaključak je da s 32% ispitanika teško je doći do učinkovitog planiranja na lokalnoj razini, a još teže do ušteda planiranim u proračunu. Osim toga, ne prepoznavanje regionalnih razlika nije moguće uspostaviti niti jednu kvalitetnu politiku koja će biti istinski učinkovita i održiva. Prepoznatost važnosti korištenja podataka tipa HZA izuzetno je važan faktor u lokalnom i nacionalnom planiranju za zdravstvo, faktor koji omogućuje znatne uštede u proračunu predviđenom za zdravstvo.

Ključne riječi: ekonomika zdravstva, instrument za mjerenje zdravlja, Hrvatska zdravstvena anketa, zdravstvena potrošnja, zdravstvo.

1. UVOD

Uporaba točnih podataka i informacija na temelju kojih se donose fiskalne i strateške odluke osnovno je uporište upravljanja zdravstvom, kako na razini države tako i na lokalnoj razini. To se posebno odnosi na pitanje mogućnosti korištenja podataka prikupljenih u terenskim istraživanjima od strane samih korisnika zdravstvene zaštite, koji su pretežno subjektivne naravi i/ili odražavaju njihove stavove, a ovaj rad pokazuje koliko je još važnija javna objava takvih podataka. U državi u kojoj socijalna potrošnja čini preko polovice opće državne potrošnje, pravilno upravljanje temeljeno na brojkama osnova je održanja ne samo zdravstvenog nego i ukupnog državnog sustava.

Cilj ovog istraživanja, provedenog u jesen 2007. godine, bilo je provjeriti korištenje rezultata istraživanja Hrvatske zdravstvene ankete u planiranju resursa na razini županijskih zavoda za javno zdravstvo. Istraživanjem HZA (Hrvatska zdravstvena agencija), te kasnijim analizama utvrđeno je da postoje značajne razlike u zdravlju između regija Republike Hrvatske. S obzirom na značajne razlike, alokacija sredstava ne bi smjela biti paušalna, već u korelaciji s razlikama. Za strateški menadžment i upravljanje zdravljem i zdravstvom metoda usporedbe regionalnih, državnih i međudržavnih standardiziranih pokazatelja nudi neophodne informacije potrebne za postavljanje težišta, odabir prioriteta i uspostavu dobre »makropolitike na mikrorazini«.

Bez korištenja standardiziranih informacija u svim dimenzijama zdravlja nije moguće prepoznati, te potom adresirati registrirane specifične zdravstvene potrebe, tj. učinkovito upravljati resursima na regionalnoj i nacionalnoj razini. Stoga je prepoznatost važnosti korištenja podataka HZA izuzetno važan faktor u lokalnom i nacionalnom planiranju za zdravstvo, faktor koji omogućuje znatne uštede u budžetu predviđenom za zdravstvo.

2. HRVATSKA STRATEGIJA ZDRAVSTVA

Hrvatska država godišnje troši oko 8,7% BDP-a za zdravstvenu zaštitu (OECD HEALTH DANA, 2007), pri čemu oko 84% troškova pokriva se sredstvima javnog sektora, a 16% privatnim sredstvima, a to je više od bilo koje države EU-10 osim Slovenije (*WHO – World Health Organization*).

Očita i često spominjana neravnoteža je neznatan udio privatnih osiguravajućih društava u financiranju troškova zdravstva. Prema podacima Svjetske banke privatna potrošnja u RH iznosi manje od 1% dok je u državama EU u prosjeku 7%. Sve ovo ne ubraja »out of pocket payment« – plaćanja građana izravno iz vlastita džepa. S njim skupa sigurno smo oko 11% i po tome smo drugi iza USA (17-18%) i malo ispred Njemačke koja je negdje između 9 i 10% (Mastilica/Božikov, 1999).

Tablica 1 - Postoci udjela za zdravstvo u BDP

ZEMLJA	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.
Švicarska	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6	n/a
SR Njemačka	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	n/a
Austrija	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
Francuska	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1	n/a
Slovenija	9,0	8,9	8,8	8,8	8,7	n/a
Mađarska	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1	n/a
Češka Republika	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2
Slovačka	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1
Srbija	5,7	5,9	6,9	7,3	8,0	n/a
BiH	4,3	4,5	4,7	4,1	n/a	n/a
Hrvatska	10,2	9,5	9,1	8,9	9,7	8,7

Za razliku od mnogih drugih bivših socijalističkih zemalja, Hrvatska nema problem akutne bolničke prekapacitiranosti. Broj bolničkih kreveta i broj liječnika na 1.000 stanovnika, te indeks gustoće zdravstvenih radnika u Hrvatskoj na razini su prosjeka država EU-15 ili su manji od njih, a manji su od prosjeka država EU-10 i OECD-a.

Tablica 2

	Bolnički kreveti (na 1.000 stan.)	Liječnici (na 1.000 stan.)	Indeks udjela broja zdravstvenih djelatnika
Hrvatska	5,6	2,4	7,7
Prosjek EU-10	7,0	3,0	9,8
Prosjek EU-15	5,5	3,2	13,0
Prosjek OECD-a	6,1	3,0	12,5

Izvori: SZO i Svjetska banka, baza podataka *World Development Indicators*

Štoviše, u Hrvatskoj je omjer primanja pacijenata u bolnicu na 100 stanovnika također ispod prosjeka za države EU-10, EU-15 i OECD-a (OECD HEALTH DATA, 2007). Međutim, praksa pokazuje da su bolnički kapaciteti u predgrađima i ruralnim područjima nedovoljno iskorišteni.

Razlike od država EU-15 velike su, osobito kad je riječ o standardiziranoj stopi smrtnosti za nezarazne bolesti, kardiovaskularne bolesti, rak, ozljede, kronične bolesti dišnog sustava, dijabetes, itd.). Visoka i sve veća javna zdravstvena potrošnja upućuje i na veliku potražnju i na neučinkovitosti ponude (Jafarov/Gunnarsson, 2008).

Pokazatelj starosne ovisnosti (omjer broja stanovnika od 65 i više godina, kojima je potrebna veća zdravstvena skrb nego mlađima, i broja stanovnika u dobi od 17-64 godina) u Hrvatskoj jedan je od najviših u regiji. Štoviše, prema projekcijama, taj bi se omjer trebao i povećati sa 26% u 2006. na 48% u 2051. godini (DZS, 2006).

Ukazivanje i demonstracija potrebe za korištenjem objektivnih, međunarodno usporedivih instrumenata za dobivanje informacija na temelju kojih treba donositi odluke o razvoju i promjenama zdravstvenog sustava, njegovog sadržaja i metoda rada, donošenje mjera ili provođenja aktivnosti u zajednici, te kao krajnje uspješno upravljati zdravljem i zdravstvom zajednice, a temeljeno na mjerljivim rezultatima trebao bi biti logični cilj i smjer zdravstvene politike.

3. TRI DIMENZIJE ZDRAVLJA I UKUPNO ZDRAVLJE

Koncept zdravlja koji je prihvaćen kroz razne kvalitativne analize afirmira holistički pristup zdravlju ukazujući na međuzavisnost fizičke, duševne, socijalne i duhovne dimenzije zdravlja.

Kako kažu autori (Breslow, 1972) interpretirajući definiciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), zdravlje je multidimenzionalno određeno s tri pravca: *fizičkim* (funk-

cionalna sposobnost), *psihičkim* (anksioznost, depresivnost i dr.) i *socijalnim* (socijalna uloga i socijalna mreža) blagostanjem, te se stoga stupanj zdravlja može kvantificirati na sve te tri osi. Oni koji planiraju, pružaju ili plaćaju zdravstvenu zaštitu željeli bi znati kakvo je zdravlje onih koje uslužuju.

Međutim planiranje i realokacija mogući su tek nakon prikupljanja pokazatelja zdravlja. Podaci iz rutinske zdravstvene statistike nisu velika pomoć jer se bave uglavnom negativnom završnom (smrt) i prijelaznom (bolest) fazom.

Na ukupno zdravlje, utječe i važna dimenzija a to je dimenzija okoline (fizikalna i socijalna), dimenzija ponašanja te dimenzija genetskog nasljeđa.

Uporabom objektivnog instrumentarija za mjerenje kvalitete života populacije iz studije zdravlja HZA, omogućava se na lokalnoj i regionalnoj razini na temelju točnih informacija poduzimati mjere i provoditi akcije koje poboljšavaju kvalitetu života te poboljšavaju učinke na ukupnoj javnozdravstvenih razini.

Kad se stanovnici regija usporede s općom hrvatskom populacijom, i međusobno, mogu se uočiti znatne razlike. »Ugrožene« dimenzija znatnije utječu i na opće zdravlje i vitalnost nameću ih kao prioritete za intervenciju. Dio rezultata povezan je s posljedicama rata i ratnih razaranja u Istočnoj regiji, prisutnih sve do nekoliko godina prije provedenog istraživanja. Istraživanje u regijama dalo je važne informacije o presjeku svih triju dimenzija zdravlja i jedinstvena je podloga za određivanje strategijske platforme razvoja javnozdravstvenih i komunalnih zdravstvenih mjera i programa koji su okrenuti županijskim i lokalnim problemima. Izmjereni određeni rizici i prioriteti mogu se u slučaju regija izravno povezivati s okolišnim ili organizacijskim značajkama zajednice.

Tako je u ovom istraživanju jasno i utemeljeno utvrđeno da su dimenzije zdravlja i kvalitete života na koje treba utjecati lokalnim mjerama i akcijama, kroz projekte lokalne uprave i samouprave, upravo dimenzije duševnog zdravlja i emocionalnih ograničenja što na razini opće populacije posredno i neposredno utječe i na vitalnost/energiju i opće zdravlje (Benković, 2008).

3.1 Sociopsihološki aspekti zdravlja i bolesti u ljudskim zajednicama: Uloga koncepta »community health (community-based) medicine«

Zajedničko podneblje, klima, voda, hrana, higijena i način života kao čimbenici zdravlja i bolesti na komunalnoj razini, prepoznati su još od početaka povijesti čovječanstva i povijesti medicine. Prilagođenost životnim uvjetima i zdravstveno stanje neke populacije povezano je s njenim genetskim i okolišnim, a osobito sa sociokulturnim statusom koji je formiran kroz generacije, pod utjecajem društvenih, vanjskih, ekoloških čimbenika te unutarnjih, genetskih čimbenika. Uvid u povijesna i suvremena kretanja u zdravstvu zajednice od izuzetne je važnosti u istraživanjima koja obuhvaćaju biološku i sociokulturnu dimenziju.

Istraživanje zdravstvenih problema u ljudskim zajednicama posebno je zanimljivo jer omogućuje dobivanje rezultata koji predstavljaju prosjek usporediv s drugim zajednicama (Ware, Gandek, 1998). Koncept »community health (community-based) medicine« osobito je zanimljiv u zemljopisno definiranim, nepromjenjivim zemljopisno odvoje-

nim populacijama. Postoje istraživanja provedena kod nas gdje su se istraživale i potpuno zatvorene zajednice kao što je otok Susak (Stevanović, 2004).

Sličnosti i razlike kroz tri dimenzije zdravlja stanovnika hrvatskih regija; kod tjelesnog zdravlja temelje se na geografskim, okolišnim specifičnostima, načinima prehrane, kod duševnog zdravlja uvjetovani su načinom na koji zajednica funkcionira te čimbenicima koji na nju utječu izvana (rat, stabilnost države), dok je emotivno zdravlje uvjetovano načinom života i rada, te dosta važno, povezanošću unutar mikro agregata zajednice – rođaka, prijatelja, poznanika, susjeda i kumova koja je u Hrvatskoj, tj. hrvatskim regijama još uvijek puno cjenjenija i postojanija nego u većini zemalja EU.

Individualni doživljaj zdravlja i bolesti, definicija njihovih elemenata i sadržaja ovise o specifičnim sociopsihološkim i sociokulturnim pristupima koji se razvijaju s društvom.

4. HRVATSKA ZDRAVSTVENA ANKETA

U sklopu strategije reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj Ministarstvo zdravstva pokrenulo je projekt usmjeren prema prevenciji kardiovaskularnih bolesti s financijskom potporom u zajmu Svjetske banke (IBRD-a 4513-0 HR); (Beland, Bailie i Page, 2004). Važna komponenta projekta bila je sveobuhvatna ocjena zdravstvenog stanja odraslih. Anketa je sadržavala pitanja o zdravstvenom stanju, korištenju zdravstvene službe, i potencijalnim rizicima za razvoj kardiovaskularnih bolesti. Anketu je provodio Hrvatski projektni tim u suradnji s Kanadskim društvom za međunarodno zdravlje (*Canadian Society for International Health*). Glavni cilj projekta je bio stvaranje podloge za uspostavljanje javno-zdravstvenog informacijskog sustava Hrvatske.

Primarni ciljevi Hrvatske zdravstvene ankete 2003. godine bili su osigurati pouzdane, pravovremene putem sekcijske procjene kako bi podržali rad oko:

- razvijanja javno zdravstvenog informatičkog sustava;
- poboljšanja nacionalnih napora za promociju zdravlja s naglaskom na prevenciju kardiovaskularnih bolesti;
- reduciranja kardiovaskularnih bolesti, kliničke prevencije i hitne službe
- promocije zdravijeg načina života unutar populacije s naglaskom na prestanku i prevenciji od pušenja.

Dodatno, specifični ciljevi uključuju: prikupljanje podataka za šest glavnih hrvatskih regija, te kreiranje anketnog instrumenta koji će se moću upotrebljavati kao referentni instrument za buduće studije

Ključne komponente istraživanja bila su: pomoć u razvijanju javno-zdravstvene politike; osiguravanje podataka za analitička istraživanja koja bi pomogla u razumijevanju odrednica zdravlja; prikupljanje podataka o ekonomskim, socijalnim, demografskim, radnim i okolišnim korelacijama zdravlja: povećati razumijevanja odnosa između zdravstvenog stanja i korištenja zdravstvene njege.

Ciljnu populaciju uzorka Hrvatske zdravstvene anketa činile su osobe starije od 18 godina s područja Republike Hrvatske. Institucionalno zbrinute osobe nisu uključene u

uzorak. Ovako definirana populacija obuhvaćala je 98% stanovništva Hrvatske. Veličinu uzorka i dizajn studije odredila je grupa kanadskih statističara.

- Veličina uzorka – 12.540 osoba oba spola.
- Reprezentativni uzorak odraslih eksplicitno stratificiran u šest regija: grad Zagreb, Istočna Hrvatska, Sjeverna Hrvatska, Središnja Hrvatska, Zapadna Hrvatska i Južna Hrvatska
- Raspodjela – ukupni uzorak raspodijeljen u šest regija proporcionalno kvadratnom korijenu procijenjene populacije u svakoj regiji.

Na taj način osigurala se pouzdanost procjene na razini regija i na razini cijele Hrvatske, te zadržala informativnost podataka na razini županija.

Sadržaj ankete podijeljen je u 11 dimenzija.

Tablica 3 - Hrvatska zdravstvena anketa: dimenzije

MODUL	OPIS
Kućanstvo	Veličina kućanstva, županija, broj prostorija, prihod kućanstva, procjena ekonomskog statusa, stupanj urbaniziranosti
Socioekonomske, demografske karakteristike odabranog ispitanika	Dob, spol, zaposlenički status, profesija, bračni status, izobrazba
Fizička mjerenja	Izmjeren krvni tlak, puls, sistolički krvni tlak, dijastolički krvni tlak, visina i težina, silueta
SF 36 ¹	Opće zdravlje, ograničenja aktivnosti, duševni i fizički problemi
Pristup i korištenje zdravstvenih Usluga	Zadnjih 12 mjeseci, odlasci liječniku, specijalisti, zubaru, ginekologu, u bolnicu; zdravstveno osiguranje, privatno plaćanje
Kronične tegobe	Prema vlastitom iskazu, lijekovi, preventivni pregledi
Pušenje	Izloženost pasivnom pušenju, koliko cigareta dnevno, pokušaju prestajanja
Prehrambene navike	Doručak, trošenje masti i kofeina, kruha, soli, voća i povrća
Konзумiranje alkohola	Konzumacija, pretjerano pijenje
Fizička aktivnost	Vrijeme utrošeno na rad i odmaranje i izdržljivost
Migracije unutar 10 godina	Procijeniti utjecaj rata
Kvaliteta života	Vlastiti iskaz

1 SF 36 je instrument koji mjeri dva generalna koncepta zdravlja – fizičko zdravlje i psihičko zdravlje, te dvije njegove općenite manifestacije – funkcioniranje i dobrobit. One se odnose pokazatelje zdravlja: a) funkcioniranje na ponašajnoj razini, b) percipiranu dobrobit, c) ograničenja vezana uz socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga, d) osobnu procjenu (percepciju) ukupnog zdravlja.

Rezultati su uspoređeni s onim već objavljenima za niz zemalja, uključujući opću populaciju Republike Hrvatske.

Istraživanje HZA ne smatra se starim, iako je provedeno 2003. godine budući da daje generičke podatke i informacije, koje se ne mijenjaju toliko često obuhvaćajući dimenzije zdravlja koje se mjere u dužem periodu. Novi val HZA proveden 2008 godine, a niz radova na temu HZA 2003. godine upravo je objavljen u časopisu Collegium Anthropologicum (travanj 2009). Svakako, novim popisom stanovništva trebalo bi anketu ponoviti, kako bi se mogli pratiti trendovi razlika, te promjena u zdravlju populacije. U slijedećoj tablici prikazana je alokacija sredstava županijskim zavodima za javno zdravstvo tzv. ugovorena sredstva, za 2006. godinu. Podaci su dobiveni iz Hrvatske udruge poslodavaca u zdravstvu.

Izračun iznosa sredstava po stanovniku dobiven je podjelom varijable broja stanovnika s ukupnom količinom dodijeljenih sredstva. Županije su grupirane po regijama, osim Sjeverne budući da nema županijskog zavoda Zagrebačke županije, pa je tako Sjeverna regija računata bez Zagrebačka županije.

Tablica 4 - Ugovorena sredstva zavodima za javno zdravstvo za 2006. godinu

	Preventivno odgojne mjere				
	broj stanovnika	broj djece	sredstva po stanovniku	sredstva po djetetu	sredstva ukupno
Centralna	460258	60307	10	72,6	4.376.897
Sjeverna	570094	78281	9	66,3	5.193.125
Istočna	714494	136168	13	68,3	9.295.138
Južna	861482	139210	13	81,6	11.362.697
Zapadna	565526	80428	11	77,4	6.227.090
Grad Zagreb	1088841	201147	12	66,2	13.309.027

Higijensko epidemiološka služba			
	broj stanovnika	sredstva po stanovniku	ukupna sredstva
Centralna	460258	11,1	5.099.422
Sjeverna	570094	10,3	5.883.370
Istočna	714494	13,2	9.413.953
Južna	861482	10,7	9.241.603
Zapadna	565526	10,3	5.811.908
Grad Zagreb	1088841	10,4	11.306.621

Mikrobiologija i parazitologija			
	broj stanovnika	sredstva po stanovniku	ukupna sredstva
Centralna	460258	13,7	6.311.848
Sjeverna	570094	14,6	8.305.259
Istočna	714494	17,1	12.231.703
Južna	861482	21,8	18.757.661
Zapadna	565526	21,7	12.267.465
Grad Zagreb	1088841	7,7	8.434.376
Prevenција ovisnosti			
	broj stanovnika	sredstva po stanovniku	ukupna sredstva
Centralna	460258	0,6	289.855
Sjeverna	570094	0,8	463.768
Istočna	714494	0,9	637.681
Južna	861482	1,3	1.159.420
Zapadna	565526	1,8	1.043.478
Grad Zagreb	1088841	0,4	463.768

Nakon izrade izračuna dodjele sredstava po stanovniku, evidentno je da su se sredstva dodjeljivala bez posebne korelacije s obzirom na stvarne potrebe, što se vidi iz Tablice.

5. METODOLOŠKA NAPOMENA

5.1 Cilj rada

Ispitati pročelnike županijskih zavoda za javno zdravstvo o tome jesu li se služili Hrvatskom zdravstvenom anketom, instrumentom koji mjeri gore navedene dimenzije zdravlja – psihičko, fizičko i socijalno, a kojim je potvrđena razlika u dimenzijama zdravlja na regionalnoj razini (reprezentativno) te na županijskoj razini (informativno).

5.2 Hipoteza

Na razini županijskih zavoda za javno zdravstvo ne koriste se dostupni podaci HZA za planiranje i alokaciju resursa, a na nacionalnoj razini nije zabilježeno ozbiljno razmatranje navedenih podataka s ciljem da se iz centralne blagajne prenamijene sredstva prema izmjerenim razlikama u zdravstvu regija i županija RH. Da bi se provjerila ova hipoteza, provedeno je empirijsko istraživanje.

Anketa provedenu među pročelnicima i pomoćnicima županijskih ureda za zdravstvo i socijalnu skrb.

Stupanj korištenja rezultata dobivenih studijom zdravlja HZA utvrđen je anketom koja je bila provedena među županima, čelnicima županijskih zavoda za javno zdravstvo, te voditeljima projekata Zdravi gradovi i Zdrave županije.

Anketa je provedena u 21 županiji, pisanim putem i putem elektronske pošte, a odaziv je bio 90%. Među ispitanicima je bilo žena i muškaraca. Odgovori su stizali od pročelnika zavoda za zdravstvo i socijalnu skrb, te članova njihovih ureda. Anketa je trajala 45 dana. Neki od odgovora imali su u dodatku programe koje su koristili za upravljanje u zdravstvu, a oni se svi odnose na projekt Zdrave županije.

6. REZULTATI

Anketi se odazvalo 19 od 21 pročelnika županije. Sadržaj ankete se sastojao od dva pitanja: 1. Jeste li ste koristili podatke iz HZA 2003?, te 2. Ako da, na koji način?

Tablica 5 - Rezultati korištenja podataka HZA od strane pročelnika za zdravstvo i socijalnu skrb županija

	ŽUPANIJA	Odgovor	NAPOMENA
1.	Grad Zagreb	NE	
2.	Međimurska	NE	
3.	Istarska	DA	U svrhu izrade plana za zdravlje kroz 5 prioritete (Rak dojke, KardioVaskularne, Ovisnosti, Soc. Zdravlje starijih, voda za piće) ali posebno za KV i Rak dojke
4.	Šibensko-kninska	B.O.	Nema odgovora
5.	Vukovarsko-srijemska	NE	
6.	Osječko-baranjska	NE	
7.	Požeško-slavonska	NE	
8.	Virovitičko-podravska	NE	
9.	Ličko-senjska	DA	Kreiranje prioriteta - Alkoholizam
10.	Primorsko-goranska	NE	
11.	Varaždinska	NE	
12.	Sisačko-moslavačka	DA	
13.	Krapinsko-zagorska	NE	Rukovođenje i upravljanje za zdravlje
14.	Zagrebačka	NE	
15.	Brodsko-posavska	DA	Rezultati prezentirani tijekom provođenja projekta Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj upravi i samoupravi

16.	Bjelovarsko-bilogorska	B.O.	Nema odgovora
17.	Koprivničko-križevačka	DA	Kod utvrđivanja ciljeva i mjera, te izrade projekata za razdoblje koje je njime obuhvaćeno
18.	Karlovačka	NE	
19.	Zadarska	NE	
20.	Dubrovačko-neretvanska	DA	Koristili rezultate kroz Program Zdravih županija
21.	Splitsko-dalmatinska	B.O.	Nema odgovora

Kao što se vidi u Tablici, svega šest županijskih zavoda koristilo je rezultate ankete HZA, a svi su u odgovorima naveli da su ih koristili unutar projekata Zdrave županije. 12 njih nije koristilo podatke, a 3 županije nisu poslale odgovor. Rečeno omjerima 32% županijskih zavoda koristilo je rezultate.

7. ZAKLJUČAK

Iz istraživanja i postavljenih hipoteza možemo izvesti nekoliko zaključaka:

Nakon utvrđene paušalne dodjele sredstava zavodima za javno zdravstvo (Tablica 4), vidljivo je da se na županijskog razini nisu u dovoljnoj mjeri koristili dostupni podaci HZA, za planiranje i alokaciju resursa.

Analizom sekundarnih podataka, na nacionalnoj razini nije zapaženo da se podaci HZA 2003 razmatraju kako bi se iz centralne blagajne realocirala sredstva prema izmjerenim razlikama u zdravstvu regija i županija RH.

Analizom ankete među pročelnicima županijskih zavoda za javno zdravstvo vidljivo je da u većini nisu korišteni rezultati HZA 2003 za potrebe planiranja i određivanja prioriteta u zdravstvu.

Županije koje su koristile HZA, činile su to dijelom kroz projekte Zdravi gradovi, zdrave županije, Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj upravi i samoupravi Za strateški menadžment zdravlja i zdravstva, metoda usporedbe regionalnih i županijskih standardiziranih pokazatelja može dati vrijedne informacije o postavljanju težišta, odabiru prioriteta i uspostavi dobre »makropolitike na mikrorazini«.

Trenutna situacija može se istovremeno promatrati i kao izazov regionalnim i lokalnim upravama jer se njome otvara mogućnost kreiranja vlastite zdravstvene politike, koja će učinkovito odgovarati na lokalne potrebe i racionalno koristiti postojeće resurse te poticati razvoj inovativnih programa.

Promjene u sustavu zdravstva ne mogu se provoditi samo u razvitku zdravstva i struka srodnih zdravstvu, tehnologijama i znanosti, nego i u svim drugim područjima kao što su epidemiologija, populacijska dinamika, ekološki uvjeti, socijalne i ekonomske determinante.

Nužno je u slijedećem valu mjerenja ovakve ankete predvidjeti određena sredstva za kvalitetnu komunikaciju rezultata i informiranje potencijalnih korisnika podataka – upravo ljudi koji se bave planiranjem, upravljanjem i provođenjem zdravstvene politike.

LITERATURA:

- 2003 Croatian Health Survey. (2003). Health Systems Project IBRD Loan 4513-0 HR, Canadian Society for International Health & Republic of Croatia Ministry of Health, Zagreb.
- Beland, Y., Bailie, L., i Page, J. (2004). Statistics Canada, Croatian Ministry of Health and Central Bureau of Statistics: a joint effort in implementing the 2003 Croatian Adult Health Survey. 2004 Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods. Toronto, Canada: American Statistical Association.
- Benković, V. (2008). *Korisnost studije zdravlja u kontekstu regionalnog i nacionalnog planiranja za zdravlje* (magistarski rad). Medicinski fakultet u Zagrebu.
- Breslow, L. (1972). A quantitative approach to the WHO definition of health; physical, mental and social well-being. *Int J Epidemiol*, 1: 347-355.
- Collegium Antropologicum*, Vol 33, Num Curr 89, April 2009.
- DZS 2006. URL: www.dzs.hr
- Jafarov, E. i Gunnarsson, V. (2008). Učinkovitost državne socijalne potrošnje u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*, 32(3):291-322.
- Mastilica, M. i Božikov J. (1999). *Out-of-pocket* payments for health care in Croatia: implications for equity. *Croatian medical journal*, 40(2):152-159.
- OECD HEALTH DATA 2007. URL: www.oecd.com
- Sackett, D. L., Chambers, L. W., MacPherson, A. S., et al. (1977). The development and application of indices of health: General methods and a summary of results. *Am J Public Health*, 67:423-428.
- Stevanović, R. (2004). *Zdravstvene, sociopsihološke i genetske osobitosti autohtonog stanovništva otoka Suska* (doktorska disertacija). Medicinski fakultet.
- Ware, J. E., Harris W.J., Gandek, B., et al. (1997). *MAP-R for Windows*. Boston: Health Assessment Lab.
- Ware, J. E. J. i Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (ICQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:903-912.
- World Bank. (2007a). Croatia: Restructuring Public Finance to Sustain Growth and Improve Public Services – A Public Finance Review. *World Bank Report*, No. 37321-HR. Washington: The World Bank.
- World Bank. (2007b). *Croatia – Development of the Emergency Medical Services Planning Project. Project Information Document*. Washington: The World Bank. URL: http://www-wds.worldbank.org/servlet/main?menuPK=64187510&pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&entityID=000076092_20071128130350
- Zdravi gradovi, zdrave županije. URL: www.zdravi-gradovi.com.hr

AWARENESS OF LOCAL GOVERNMENT REPRESENTATIVES ABOUT INSTRUMENTS OF QUALITY MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH AND SOCIAL CARE

Vanessa Benković
Media Metar d.o.o.

Summary

The use of correct data and information, on the basis of which financial and strategic decisions are made, is the basis for health care management, at government and local level. HZA research as well as later analyses have found that there are significant differences in health between Croatian regions. For strategic management of health and health methods the comparisons between regional, state and inter-state standardized indicators offer crucial information necessary for determining what is important, choosing priorities and establishing good "macro policies on micro level". The purpose of this work was to examine how the results of Croatian health survey are used in resource planning in health care institutes in the Counties. The results have shown that only 32% of respondents used the results of HZA in their planning. The conclusion is that it is difficult to have an efficient planning on the local level with only 32% of respondents, and even more difficult to save as planned by the budget.

Key words: *health economics, instrument for measuring health, health survey, health spending, health care*

INFORMIERTHEIT DER VERTRETER ÖRTLICHER BEHÖRDEN ÜBER VERWALTUNGSINSTRUMENTE IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN

Vanessa Benković
Media Metar GmbH

Zusammenfassung

Die Verwendung von genauen Daten und Informationen, auf Grund deren fiskalpolitische und strategische Entscheidungen getroffen werden, ist ein grundlegender Stützpunkt der Verwaltung des Gesundheitswesens, sowohl auf der staatlichen als auch auf der lokalen Ebene. Durch Forschung von HZA (Kroatische Gesundheitsumfragen) und spätere Analysen hat man festgestellt, dass wesentliche Unterschiede im Gesundheitsstand in verschiedenen Regien der Republik Kroatien bestehen. Für das strategische Management und die Verwaltung von Gesundheit und Gesundheitswesen bietet die Methode des Vergleiches von regionalen, staatlichen und zwischenstaatlichen standardisierten Kennzahlen Informationen, die notwendig für Schwerpunktsetzung, Auswahl der Prioritäten und Aufbau einer guten „Makropolitik auf Mikroebene“ sind. Der Zweck der Arbeit war es zu prüfen, wie die Forschungsergebnisse der kroatischen Gesundheitsenquete bei der Planung der Ressourcennutzung von öffentlichen Gesundheitsbehörden auf der Ebene der Gespanschaften benutzt werden. Es hat sich gezeigt, dass nur 32% der Befragten in ihren Planungen die Ergebnisse der HZA benutzt haben. Man schließt daraus, dass es sich mit 32% der Befragten schwer zu einer effizienten Planung auf der lokalen Ebene kommen lässt, noch schwieriger können Einsparungen im geplanten Haushalt erreicht werden.

Schlüsselwörter: *Gesundheitsökonomik, Gesundheitsmessung und deren Instrumente, Gesundheitsenquete, Gesundheitsverbrauch, Gesundheitswesen*