

Odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom

Popović, Stjepka

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, 2017, 53, 85 - 100**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

https://doi.org/10.21860/medflum2017_173385

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:715654>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom

Determinants of citizen's attitudes and satisfaction with the Croatian health care system

Stjepka Popović

Sažetak. Cilj: Cilj istraživanja je utvrditi odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom. **Ispitanici i metode:** U radu su korišteni podaci znanstveno-istraživačkog projekta *International Social Survey Programme* (ISSP), modula Zdravlje (2011) koji su prikupljeni na nacionalnom reprezentativnom uzorku hrvatskih građana. Podaci su prikupljeni anketnim upitnikom na troetapnom stratificiranom slučajnom uzorku ispitanika starijih od 18 godina (N = 1120). Povjerenje i procjena kvalitete hrvatskog zdravstvenog sustava, stavovi prema financiranju zdravstvenog sustava, procjena dostupnosti zdravstvenih usluga i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom testirani su s obzirom na sociodemografske karakteristike ispitanika, subjektivnu procjenu zdravlja, pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i osobno iskustvo sa zdravstvom. **Rezultati:** Među sociodemografskim odrednicama najznačajnije su stupanj obrazovanja, narodnost i urbaniziranost mjesta prebivališta, pa osobe nižih stupnjeva obrazovanja, pripadnici manjina te osobe iz ruralnih predjela Hrvatske izražavaju pozitivnije stavove i veće zadovoljstvo zdravstvenim sustavom. Većina građana nespremna je izdvajati veća sredstva za poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava, a posebno je riječ o onim sociodemografskim skupinama koje su socijalno ugrožene. Subjektivna procjena zdravlja i zdravstveno osiguranje najznačajnije su odrednice, pa što osobe bolje procjenjuju svoje zdravlje i što su bolje zdravstveno osigurane, to su stavovi pozitivniji i zadovoljstvo veće. Među odrednicama osobnog iskustva uskraćenost za zdravstvenu uslugu zbog predugih lista čekanja značajno smanjuje povjerenje i zadovoljstvo hrvatskim zdravstvenim sustavom. **Zaključak:** Istraživanja korisničke perspektive mogu pokazati smjer zdravstvenih reformi kakve građani žele, stoga bi trebala postati redovita mjera kvalitete hrvatskog zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: kvaliteta, pristup i evaluacija zdravstvene zaštite; socijalne odrednice zdravlja; zadovoljstvo pacijenata; zdravstvene nejednakosti

Abstract. Aim: The aim of this study was to identify determinants of citizen's attitudes and satisfaction with the Croatian health care system. **Respondents and methods:** The paper used data from *International Social Survey Programme* (ISSP), module *Health* (2011) collected on a national representative sample of Croatian citizens. Data were collected on a three-stage stratified random sample of respondents aged over 18 years. Confidence and quality assessment of the Croatian health care system, attitudes towards the financing of the health system, assessment of the availability of health services and the satisfaction with the health system have been tested with regard to socio-demographic characteristics of respondents, self-assessed health, health insurance coverage and personal experience with health. **Results:** Controlling for socio-demographic characteristics of respondents, education level, ethnicity and urbanisation of the place of residence were seen as the best determinants of attitudes and satisfaction. Respondents with lower levels of education, minorities, and people from rural areas expressed more positive attitudes and greater satisfaction with the healthcare system. The majority of citizens was not ready to allocate more funds to improve the quality of the health system, in particular, those respondents who are considered socially vulnerable. Self-assessment of health and health care coverage are the best determinants of attitudes and satisfaction with the health-care system, so respondents who reported better health and better health care coverage expressed greater levels of confidence and satisfaction. Deprivation of

Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

Dopisni autor:

Stjepka Popović, univ. spec. pol.
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci,
Braće Branchetta 20, 51 000 Rijeka
e-mail: stjepka.popovic@medri.uniri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

health services due to long waiting lists significantly reduces the confidence and satisfaction with the health system. **Conclusions:** Since studies of users' perspective can show the desirable direction of health care reform, they should become a regular measure of the quality of the Croatian health system.

Key words: health care quality, access, and evaluation; healthcare disparities; patient satisfaction; social determinants of health

Samoprocjena zdravlja, pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i negativno osobno iskustvo sa zdravstvom najznačajnije su odrednice stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom. Zdravije i bolje osigurane osobe značajno su zadovoljnije i iskazuju pozitivnije stavove, dok uskraćenost za zdravstvenu uslugu zbog predugih lista čekanja značajno smanjuje i povjerenje i zadovoljstvo.

UVOD

Stavovi i zadovoljstvo pacijenata važne su dimenzije evaluacije zdravstvenih sustava jer omogućuju poboljšanje zdravstvenih usluga. Korisnici sve manje prihvaćaju tradicionalni stav prema kojem je zdravstvena skrb potreba bez obzira na kvalitetu usluge, pa su spremniji promijeniti izabranog liječnika ili pružatelja zdravstvene usluge ako nisu zadovoljni¹⁻³. Na institucijskoj razini ravnatelj bolnica već duže vrijeme koriste rezultate istraživanja korisničke perspektive kako bi se poboljšale usluge, ljudski resursi i organizacija pružanja zdravstvene skrbi⁴. Davno je utvrđeno da korisničko zadovoljstvo ima utjecaj na prihvaćanje liječničkih savjeta, pa je veća vjerojatnost da će zadovoljniji pacijent u većoj mjeri poslušati liječnika i tako poboljšati svoje zdravstveno stanje⁵.

Studije korisničke perspektive u zdravstvenom sustavu mogu se podijeliti prema načinu provedbe (kontinuirana ili sporadična istraživanja), prema vrsti ispitanika (npr. opća populacija, pacijenti određene dobi, pacijenti sa specifičnom dijagnozom), te prema razini ispitivanja perspektive korisnika: (i) individualna razina (istraživanja korisničkih stavova, zadovoljstva i očekivanja od liječnika i drugog medicinskog osoblja); (ii) institucijska razina (istraživanja korisničkih stavova,

zadovoljstva i očekivanja od zdravstvene ustanove); (iii) nacionalna razina (istraživanja korisničkih stavova, zadovoljstva i očekivanja od nacionalnog zdravstvenog sustava); (iv) međunarodna razina (komparativna istraživanja i analize stavova, očekivanja i zadovoljstva zdravstvenim sustavima). Rezultati istraživanja korisničke perspektive međusobno se razlikuju zbog toga što se korisnici razlikuju u: (i) vrsti i aspektima primljene njege; (ii) percepciji i iskustvu; (iii) očekivanjima od zdravstvenog sustava; (iv) tendenciji hvaljenja i kritiziranja⁶. Na rezultate također utječe raspoloženje pacijenata, želja da zadovolje pružatelja zdravstvene usluge ili pak cjelokupan osjećaj zadovoljstva sustavom zdravstva⁶.

Niz istraživanja provedeno je kako bi se utvrdile odrednice stavova i zadovoljstva korisnika sustavom zdravstva i pruženom zdravstvenom skrbi, pri čemu su istraživanja objavljena tijekom 20. stoljeća patila od niza nedostataka^{7,8}. Dosadašnja inozemna istraživanja odrednica korisničke perspektive mogu se grubo podijeliti u četiri skupine: (i) istraživanja individualnih odrednica (karakteristika pacijenata)^{1,9-12}; (ii) istraživanja interpersonalnih odrednica (karakteristike odnosa liječnik – pacijent)^{1,10,11,13,14}; (iii) istraživanja organizacijskih odrednica^{10,12}; (iv) istraživanja socijalnih odrednica (npr. ekonomsko stanje države, društveno uređenje)^{2,15}.

Istraživanja perspektive korisnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu rijetka su te su se provodila lokalno¹⁶, bila usmjerena na stavove prema zdravstvenom osiguranju¹⁷, odnosu liječnik – pacijent¹⁸ ili zdravstveni radnik – pacijent^{19,20}, ispitala su samoprocjenu zdravlja i zdravstvenih nejednakosti^{21,22}, procjenu kvalitete bolnica²³ ili razvoja zdravstvenog sustava²⁴, identifikaciju prioriteta u zdravstvu^{25,26} ili pak iskustvo korupcije u zdravstvu²⁷. Međunarodna usporedba kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive korisnika (engl. *The Euro Health Consumer Index*) 2013. godine pokazala je da se Hrvatska nalazi u skupini srednje ocijenjenih zemalja, odnosno na 19. mjestu od 34 europske zemlje prema zadovoljstvu korisnika²⁸.

Stoga je osnovni cilj ovog istraživanja bio utvrditi odrednice stavova i zadovoljstva hrvatskih građana zdravstvenim sustavom odnosno, odgovoriti na pitanje razlikuje li se korisnička perspektiva s

obzirom na sociodemografska obilježja ispitanika, subjektivnu procjenu zdravlja, pokrivenost zdravstvenim osiguranjem te osobno iskustvo sa zdravstvom.

ISPITANICI I METODE

Korišteni su podaci iz znanstveno-istraživačkog projekta *International Social Survey Programme* (ISSP) prikupljeni metodom ankete na nacionalnom reprezentativnom uzorku, a istraživanje za Hrvatsku proveo je Institut za društvena istraživanja u Zagrebu. Riječ je o jednom od najstarijih međunarodnih istraživačkih programa u kojem sudjeluje 45 zemalja svijeta, a u kojem se svake godine provodi istraživački modul iz područja društvenih znanosti (npr. religija, socijalne nejednakosti, okoliš i sl.). U 2011. godini na nacionalnom reprezentativnom uzorku hrvatskih građana prikupljeni su podaci za modul „Zdravlje” (Health). Osnovne dimenzije ISSP upitnika „Zdravlje i zdravstvena skrb” za modul „Zdravlje” bile su: 1) Samoprocjena zdravlja i blagostanja; 2) Osobno iskustvo sa zdravstvom; 3) Povjerenje u zdravstveni sustav, 4) Relativna važnost pojedinih polja zdravstvene skrbi (npr. mentalno zdravlje, dentalno zdravlje itd.), 5) Konvencionalni vs. alternativni zdravstveni režimi, 6) Zadovoljstvo uslugama zdravstva. Upitnik je osmislila grupa međunarodnih znanstvenika uključena u ISSP projekt²⁹.

Kako bi se utvrdile korisničke perspektive u zdravstvenom sustavu, izabrano je devet pitanja iz ISSP upitnika, a odgovori su ispitivani Likertovom ljestvicom:

- 1) Općenito, koliko povjerenja imate u zdravstveni sustav u Hrvatskoj? (1 = potpuno povjerenje, 5 = uopće nemam povjerenja)
- 2) Uzevši sve u obzir, liječnicima se može vjerovati. (1 = u potpunosti se slažem, 5 = uopće se ne slažem)
- 3) Općenito, zdravstveni sustav u Hrvatskoj je neučinkovit. (1 = u potpunosti se slažem, 5 = uopće se ne slažem)
- 4) Općenito, biste li rekli da zdravstveni sustav u Hrvatskoj ne zahtijeva nikakve promjene? (1 = ne zahtijeva nikakve promjene, 4 = zahtijeva potpune promjene)
- 5) U kojoj mjeri se slažete s tvrdnjom da bi država trebala osigurati samo ograničen raspon

zdravstvenih usluga (1 = u potpunosti se slažem, 5 = uopće se ne slažem)

- 6) U kojoj mjeri biste bili spremni plaćati veće poreze kako bi se u Hrvatskoj poboljšala razina zdravstvenih usluga? (1 = izrazito spreman/na, 5 = izrazito nespreman/na)
- 7) Jeste li za ili protiv javnog financiranja (1 = izrazito za, 5 = izrazito protiv):
 - a) preventivnih medicinskih pregleda
 - b) liječenja HIV/AIDS-a
 - c) programa za prevenciju prekomjerne debljine
 - d) presađivanja organa
- 8) Ljudi bi trebali imati pristup javno financiranoj zdravstvenoj skrbi...

...i u slučaju kada nemaju hrvatsko državljanstvo (1 = u potpunosti se slažem, 5 = uopće se ne slažem)

...i u slučaju kada se ponašaju tako da štete svojem zdravlju (1 = u potpunosti se slažem, 5 = uopće se ne slažem)
- 9) U slučaju da se ozbiljno razbolite, koliko je izgledno da ćete dobiti...

...najbolju moguću zdravstvenu uslugu u Hrvatskoj (1 = sigurno ću dobiti, 5 = sigurno neću dobiti)

...zdravstvenu uslugu od liječnika kojeg sami izaberete (1 = sigurno ću dobiti, 5 = sigurno neću dobiti)
- 10) Općenito, u kojoj mjeri ste zadovoljni ili nezadovoljni zdravstvenim sustavom u Hrvatskoj? (1 = u potpunosti zadovoljan/na, 7 = potpuno nezadovoljan/na)

Pouzdanost skale „javnozdravstvena orijentacija ispitanika u financiranju zdravstvenih usluga” određena je metodom unutarnje konzistencije i izražena Cronbach alfa koeficijentom koji iznosi 0,82, što predstavlja zadovoljavajuću pouzdanost. Odrednice korisničke perspektive podijeljene su na 1) sociodemografske (spol/rod ispitanika, dob ispitanika, stupanj obrazovanja, radni status, primanja, bračni status, broj djece, narodnost, urbaniziranost mjesta stanovanja); 2) zdravstvene odrednice (samoprocjena zdravlja i pokrivenost zdravstvenim osiguranjem) i 3) iskustvo zdravstva (iskustvo uskraćenosti za zdravstvenu uslugu zbog financija, poslovnih obveza, nedostupnosti u mjestu stanovanja i predugih lista čekanja tijekom proteklih 12 mjeseci).

Podaci su prikupljeni na troetapnom stratificiranom slučajnom uzorku ispitanika starijih od 18 godina. Uzorkovanje je obuhvaćalo razinu naselja, kućanstava te individualnu razinu. Prva etapa odnosi se na selekciju naselja kao primarnih jedinica uzorka i temeljila se na metodi *probability proportionate to size*. Na temelju popisa Državnog zavoda za statistiku (popis iz 2011. godine) svako naselje iz popisa imalo je jednaku vjerojatnost da se nađe u uzorku proporcionalno veličini svoje populacije. Izbor naselja temeljio se na slučajnom uzorkovanju i to tako da su sva naselja abecedno poredana, a njihove populacije zbrojene. Svakoj populaciji dodijeljen je slučajno odabrani broj. Izabrana su ona naselja čiji su brojevi slučajno odabrani. Unutar svakog naselja korištena je *random starting points* metoda. Od ukupno 120 početnih točaka, kod svake točke trebalo je pronaći 10 ispitanika. Druga etapa odnosila se na odabir kućanstava i to *random walk* metodom. Anketari su imali točno određeni smjer kretanja, pri čemu su mogli anketirati ispitanike nakon svakog šestog kućnog broja. Ako se nije ostvario kontakt na određenom kućnom broju, anketari su mogli odustati tek nakon pete posjete tom kućanstvu. U trećoj etapi ispitanik/ica je izabran/na po ključu posljednjeg rođendana³⁰.

U uzorku je bilo ukupno 1 210 ispitanika, pri čemu je prosječna dob ispitanika 47,6 godina; anketu je ispunilo 47,5 % muškaraca i 52,5 % žena. Prema stupnju obrazovanja većina ispitanika ima završenu trogodišnju i četverogodišnju srednju školu (65,5 %), potom višu školu i fakultet (20,7 %), a najmanje je ispitanika s nezavršenom osnovnom školom (13,8 %). Većina ispitanika je zaposlena (54,7 %), 28,9 % ispitanika je umirovljeno, dok je 16,4 % ispitanika nezaposleno. U uzorku su najzastupljeniji oženjeni ispitanici / udate ispitanice (54,9 %), potom samci (28,1 %), udovci/udovice (10 %) i rastavljeni/razvedeni (7 %). Podjednako su zastupljeni ispitanici iz velikih gradova (32,5 %), malih gradova i predgrađa velikih gradova (30,7 %) i ispitanici sa sela (36,8 %).

Statistička obrada podatka

Prikupljeni podaci korisničke perspektive grafički su prikazani relativnim frekvencijama (%) i mjerama središnjice (M). Povezanost pojedinih varijabli testirana je Pearsonovim koeficijentom

korelacije. Za potrebe testiranja značajnosti razlika korišteni su parametrijski testovi, pri čemu su izvršena prethodna sažimanja originalnih odgovora u manji broj kategorija. S ciljem testiranja značajnosti razlika u korisničkoj perspektivi s obzirom na spol/rod ispitanika korišten je T-test. Za testiranje razlika s obzirom na druge sociodemografske varijable, zdravstvene varijable i varijable osobnog iskustva zdravstva, korištena je jednosmjerna analiza varijance (ANOVA). Ovisno o zadovoljavanju pretpostavke homogenosti varijanci, u *post hoc* analizi korišteni su Tamhane T2 (za nehomogene) i Scheffe *post hoc* kriteriji značajnosti (za homogene). U rezultatima su prikazani samo oni podaci za koje je testiranjem utvrđeno da postoji statistički značajna razlika (na razini $p < .05$ i/ili na razini $p \leq .001$). Rezultati testiranja prikazani su tablično. Statistička analiza provedena je u programskom paketu Statistica 12.0, StatsSoft, Inc.

REZULTATI

Stavovi i zadovoljstvo građana hrvatskim zdravstvenim sustavom

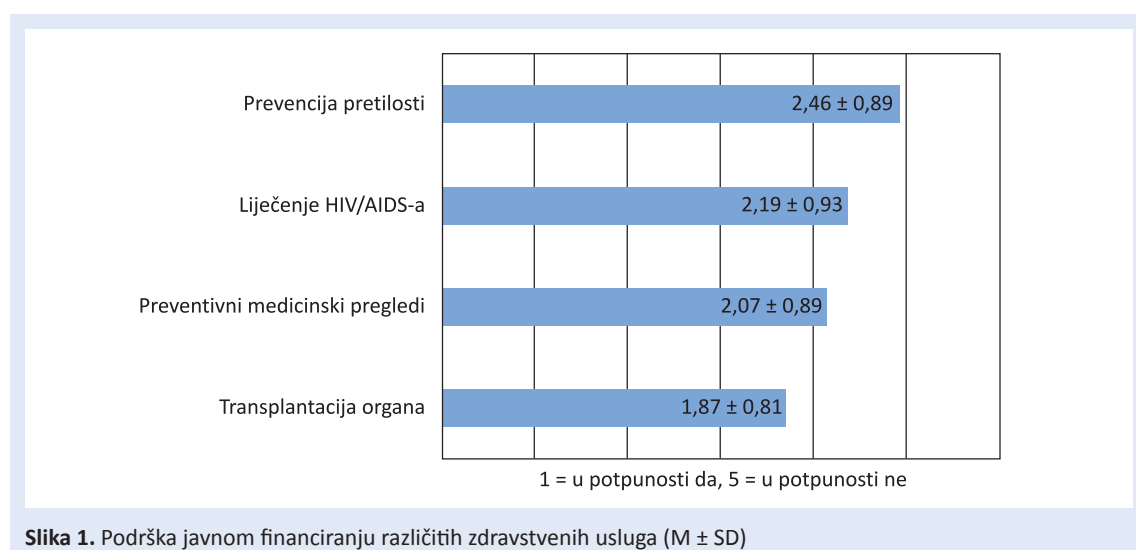
Jedna četvrtina ispitanika izjavila je da nema ništa ili ima vrlo malo povjerenja u zdravstveni sustav, a nešto više od četvrtine građana ocijenilo ga je (potpuno) neučinkovitim (27 %). Građani su iskazivali veće povjerenje u doktore (59,3 %) nego u hrvatski zdravstveni sustav (23,6 %), pri čemu je pronađena umjerena do dobra povezanost između povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav i povjerenja u doktore, $r(1184) = .47, p = .000$.

Kad je riječ o procjeni potrebe za promjenom hrvatskog zdravstvenog sustava većina građana (62,1 %) smatrala je da su potrebne apsolutne promjene ili promjene u znatnoj mjeri. Pronađena je umjerena povezanost između onih koji su sustav procjenjivali kao neučinkovit i onih koji su se zalagali za njegovu promjenu, $r(1133) = .43, p = .000$. Relativna većina građana izjasnila se da nije spremna izdvajati veća sredstva s ciljem poboljšanja zdravstvene skrbi (47,8 %), a tek nešto manje od četvrtine (23 %) izjavilo je da je (vrlo i dosta) voljno. Originalno pitanje u upitniku bilo je: „U kojoj mjeri biste bili spremni plaćati veće poreze kako bi se u Hrvatskoj poboljšala razina zdravstvenih usluga?“ Premda pitanje nije dovoljno specifično na

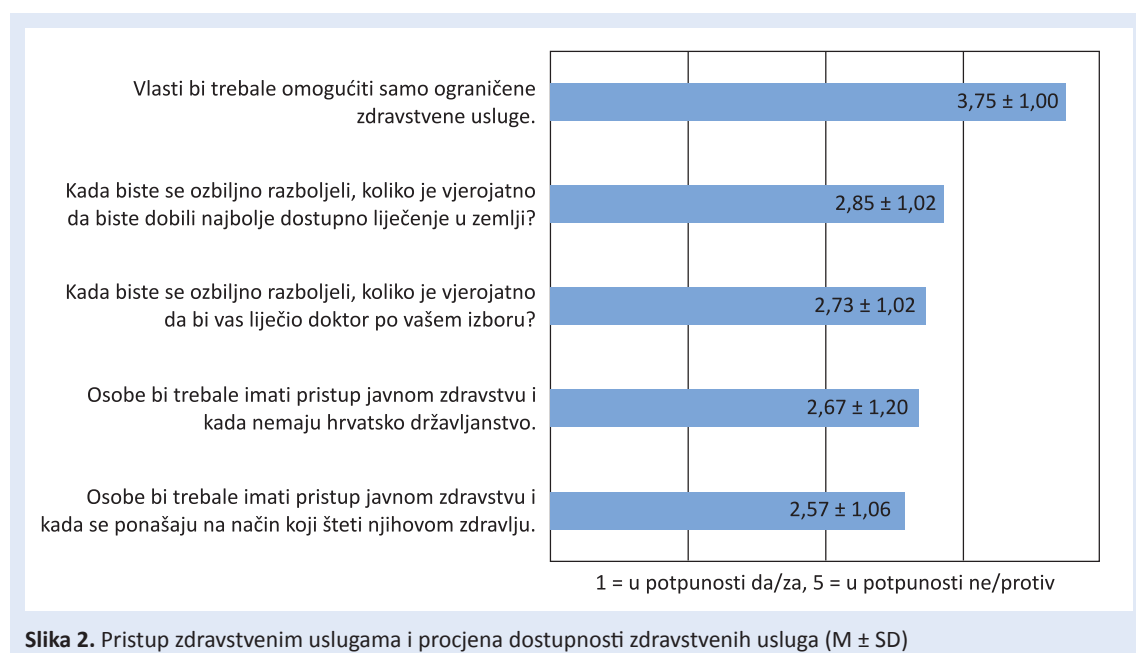
razini Hrvatske, budući da se u Hrvatskoj uplaćuju doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje, a ne porezi, može se pretpostaviti da su ispitanici odgovarali o spremnosti izdvajanja većih novčanih sredstava iz vlastitog „džepa“ za poboljšanje kvalitete usluga zdravstva. Premda većina ispitanika nije bila za izdvajanje većih sredstava, apsolutna većina (u potpunosti) je podržala javno financiranje transplantacije organa, preventivnih medicinskih pregleda, liječenja HIV/AIDS-a i prevencije pretilosti, zbog čega se može reći da u Hrvatskoj prevladava javnozdravstvena vrijednosna orijentacija (slika 1). Ispitanici su u nešto manjoj mjeri bili spremni podržati javno financiranje prevencije pretilosti i lije-

čenja HIV/AIDS-a, pri čemu među njima postoji dobra povezanost ($r(1161) = .61, p = .000$). S druge strane, oni koji su bili za financiranje transplantacije organa, ujedno su podržali i javno financiranje preventivnih zdravstvenih pregleda ($r(1171) = .61, p = .000$).

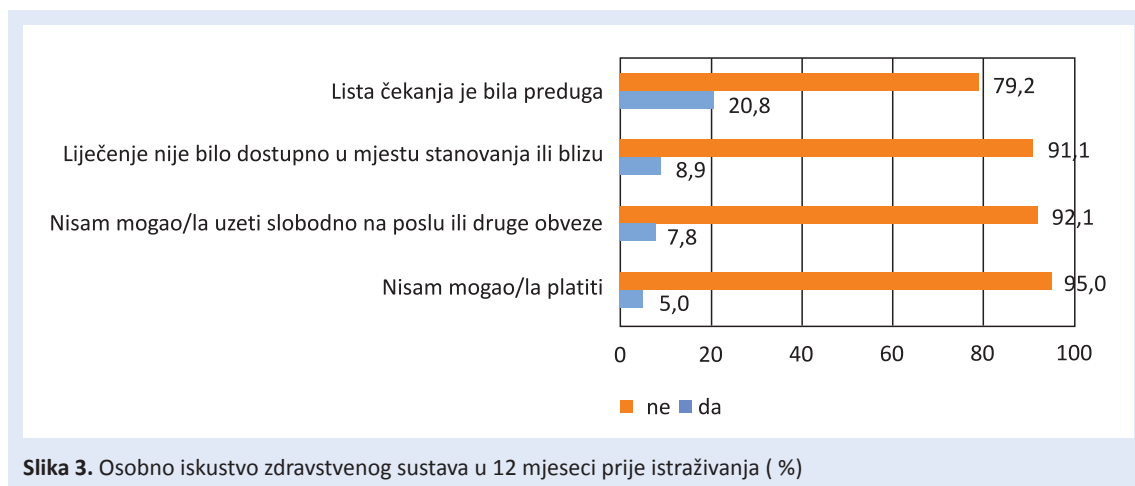
Većina je ispitanika (u potpunosti) odbacila tvrdnju da bi vlasti trebale omogućiti samo ograničene usluge zdravstvene skrbi (65,5 %). Oko polovice ispitanika (u potpunosti) se složilo da pristup javnom zdravstvu trebaju imati osobe koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju i osobe koje nemaju državljanstvo, pri čemu među njima postoji povezanost ($r(1143) = .53, p = .000$). Prilikom procjene



Slika 1. Podrška javnom financiranju različitih zdravstvenih usluga (M ± SD)



Slika 2. Pristup zdravstvenim uslugama i procjena dostupnosti zdravstvenih usluga (M ± SD)



Slika 3. Osobno iskustvo zdravstvenog sustava u 12 mjeseci prije istraživanja (%)

pristupa javnozdravstvenim uslugama u slučaju ozbiljne bolesti, premda je relativna većina bila uvjeren da bi dobili najbolje liječenje i doktora po vlastitom izboru, relativno je velik udio onih koji smatraju da drugi faktori imaju važnu ulogu pri dobivanju najkvalitetnije zdravstvene skrbi (slika 2). Oni koji su procijenili da ne bi dobili doktora po svom izboru, procijenili su i da ne bi dobili najkvalitetnije liječenje ($r(1162) = .65, p = .000$).

Većina ispitanika u godini dana prije istraživanja nije bila uskraćena za usluge zdravstvene skrbi, premda je čak jedna četvrtina ispitanika ostala uskraćena za liječenje zbog predugih lista čekanja, što je objektivan pokazatelj dostupnosti i priuštivosti zdravstvenih usluga (slika 3).

Relativna većina hrvatskih građana (u potpunosti) je bila zadovoljna hrvatskim zdravstvenim sustavom (45,2%), premda je 35,7% izrazilo neutralan stav, a gotovo petina (19,1%) (apsolutno) nezadovoljstvo. Oni koji su bili zadovoljni imali su i veće povjerenje u zdravstveni sustav ($r(1186) = .58, p = .000$) te su uglavnom smatrali da se hrvatski zdravstveni sustav ne treba mijenjati ($r(1161) = .50, p = .000$). Nije, međutim, pronađena povezanost između zadovoljstva zdravstvenim sustavom i spremnosti izdvajanja većih sredstava za njegovo poboljšanje ($r(1170) = .09, p = .002$).

ODREDNICE STAVOVA I ZADOVOLJSTVA GRAĐANA HRVATSKIM ZDRAVSTVENIM SUSTAVOM

Sociodemografske odrednice

Upotrebom T-testa ustanovljeno je da **spol** nije značajna odrednica stavova i zadovoljstva korisni-

ka ni na jednoj testiranoj varijabli ($p > .05$). No, pronađeno je da **dob** može biti odrednica pojedinih uvjerenja koja se tiču pristupa zdravstvenim uslugama i financiranja zdravstvenog sustava. Upotrebom jednosmjerne analize varijance (ANOVA) ustanovljeno je da se ispitanici statistički značajno razlikuju prema dobi u stavu trebaju li vlasti omogućiti samo ograničene zdravstvene usluge, $F(2, 1141) = 3.372, p = .035$, te u spremnosti izdvajanja većih sredstava za poboljšanje zdravstvenog sustava, $F(2, 1141) = 3.828, p = .022$. Budući da nije zadovoljena pretpostavka homogenosti varijanci, upotrebom Tamhane T2 *post hoc* kriterija značajnosti utvrđeno je da se zrelo stanovništvo manje slaže s tvrdnjom da vlasti trebaju omogućiti samo ograničene zdravstvene usluge ($M = 3.85, SD = 0.96$) u odnosu na mlađe stanovništvo ($M = 3.67, SD = 1.00$), dok je Scheffeevim *post hoc* kriterijem značajnosti utvrđeno da je starije stanovništvo manje spremno izdvajati veća sredstva ($M = 3.71, SD = 1.17$) u odnosu na zrelo stanovništvo ($M = 3.47, SD = 1.16$).

Pronađena je statistički značajna razlika u stavovima i zadovoljstvu građana hrvatskim zdravstvenim sustavom prema **završenom stupnju obrazovanja** (tablica 1). Ispitanici s (ne)završenom osnovnom školom iskazali su više povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav i doktore nego ispitanici sa završenom četverogodišnjom strukovnom školom i gimnazijom, te su značajno više zastupali stav da se zdravstveni sustav ne treba mijenjati u odnosu na ispitanike sa završenom trogodišnjom strukovnom školom. Ispitanici sa završenom višom i visokom školom u većoj su

Tablica 1. Obrazovanje kao odrednica stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (ANOVA)*

Varijable	Osnovna škola i nezavršena osnovna škola	Trogodišnja strukovna škola	Četverogodišnja strukovna škola ili gimnazija	Viša škola ili fakultet	F (df)	p	Post hoc
Povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav	2.87 _a (0.88)	3.04 (0.92)	3.09 _b (0.91)	3.02 (0.89)	2.69 (3, 1183)	.045	a < b*
Povjerenje u doktore	2.33 _a (0.82)	2.39 (0.75)	2.57 _b (0.84)	2.43 (0.82)	5.07 (3, 1172)	.002	a < b*
Promjena hrvatskog zdravstvenog sustava	2.57 _a (0.73)	2.79 _b (0.72)	2.75 (0.84)	2.73 (0.73)	3.16 (3, 1152)	.024	a < b*
Izdvajanje većih sredstava	3.73 (1.14)	3.72 _a (1.14)	3.47 (1.17)	3.41 _b (1.16)	4.98 (3, 1157)	.002	a > b*
Javno fin. prevencije pretilosti	2.57 _b (1.08)	2.23 _a (0.92)	2.51 _b (1.02)	2.50 _b (1.08)	5.01 (3, 1158)	.002	a < b**
Pristup javnom zdravstvu strancima	2.45 (1.11)	2.52 _a (1.10)	2.77 _b (1.19)	2.71 _b (1.15)	4.33 (3, 1137)	.005	a < b*
Pristup javnom zdravstvu osobama koje se ponašaju na štetan način	2.45 (1.11)	2.36 _a (0.96)	2.66 _b (1.05)	2.65 _b (1.11)	5.27 (3, 1140)	.001	a < b*
Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom	3.33 _a (1.14)	3.66 _b (1.16)	3.70 _b (1.21)	3.68 _b (1.22)	4.23 _b (3, 1175)	.006	a < b**

* **Napomena:** Standardne devijacije prikazane su u zagradama ispod aritmetičke sredine. Niže aritmetičke sredine označavaju veće slaganje. Aritmetičke sredine sa slovima u podskriptu statistički se značajno razlikuju na razini $p < .05$ na temelju Scheffe* i Tamhane T2** post hoc kriterija značajnosti.

mjeri bili spremni izdvajati veća sredstva kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvene skrbi u odnosu na ispitanike sa završenom trogodišnjom strukovnom školom. Slično, potonji su u najmanjoj mjeri bili spremni podržati javno financiranje prevencije pretilosti, pristup javnom zdravstvu strancima i osobama koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju. Najviše zadovoljstva hrvatskim zdravstvenim sustavom iskazali su ispitanici s (ne)završenom osnovnom školom, statistički značajno više nego ispitanici s višim razinama obrazovanja.

Analizom varijance ustanovljeno je da se ispitanici prema **radnom statusu** statistički značajno razlikuju u spremnosti izdvajanja većih sredstava za poboljšanje zdravstvenog sustava ($F(2, 1057) = 5.51, p = .004$), te zalaganju za javno financiranje HIV/AIDS-a ($F(2, 1045) = 4.01, p = .018$) i transplantacije organa ($F(2, 1054) = 3.54, p = .029$). *Post hoc* analiza upotrebom Tamhane T2 kriterija značajnosti utvrdila je da su ispitanici koji obavljaju plaćeni rad ($M = 3.45, SD = 1.13$) bili spremniji na veća izdvajanja u odnosu na umirovljenike ($M = 3.72, SD = 1.18$), dok su osobe plaćene za svoj rad bile manje spremne podržati javno financiranje HIV/AIDS-a ($M = 2.25, SD = 0.96$) u odnosu na nezapo-

slene osobe i kućanice ($M = 2.02, SD = 0.87$). Scheffe *post hoc* kriterijem značajnosti utvrđeno je i da su osobe plaćene za rad manje spremne podržati javno financiranje transplantacije organa ($M = 1.90, SD = 0.84$) u odnosu na nezaposlene osobe i kućanice ($M = 1.72, SD = 0.69$).

Analizom varijance pronađene su i statistički značajne razlike prema **primanjima** ispitanika u stavu treba li se hrvatski zdravstveni sustav mijenjati ($F(4, 678) = 2.59, p = .036$), spremnosti izdvajanja većih sredstava za poboljšanje zdravstvenog sustava ($F(4, 677) = 4.09, p = .003$) i zalaganju za javno financiranje HIV/AIDS-a ($F(4, 670) = 2.48, p = .017$). Scheffe *post hoc* kriterijem značajnosti utvrđeno je da su ispitanici ispod granice siromaštva ($> 2\,500$ kn, $M = 2.66, SD = 0.75$) prosječno značajno manje izjavljivali da se hrvatski zdravstveni sustav treba mijenjati u odnosu na ispitanike koji pripadaju razredu iznad granice siromaštva s primanjima prosječno manjim od prosječne plaće (2 600 – 3 599 kn, $M = 2.89, SD = 0.75$). Zbog nehomogenosti varijanci, upotrebom Tamhane T2 *post hoc* kriterija značajnosti utvrđeno je da su ispitanici koji imaju prosječnu plaću (4 600 kn – 5 599 kn, $M = 3.32, SD = 1.05$) ili nešto nižu od prosjeka (3 600 kn – 4 500 kn,

M = 3.32, SD = 1.06) bili značajno spremniji izdvojiti veća sredstva za poboljšanje zdravstvenog sustava u odnosu na ispitanike koji žive ispod granice siromaštva (M = 3.72, SD = 1.17). Kad je riječ o javnom financiranju HIV/AIDS-a, ispitanici s prosječnom plaćom značajno su se manje slagali s financiranjem (M = 2.48, SD = 1.0) u odnosu na ispitanike nižeg platnog razreda (M = 2.11, SD = 0.92).

Bračni status nije utvrđen kao bitna odrednica povjerenja i zadovoljstva korisnika, izuzev u podržavanju javnog financiranja preventivnih medicinskih pregleda (F (3, 1156) = 3.58, $p = .013$). Scheffe *post hoc* kriterijem značajnosti utvrđeno je da su se rastavljeni i razvedeni (M = 1.88, SD = 0.75) u prosječno većoj mjeri slagali s javnim financiranjem preventivnih medicinskih pregleda u odnosu na udovice i udovce (M = 2.29, SD = 0.96).

Broj djece bitna je odrednica povjerenja u zdravstveni sustav (F (2, 1176) = 3.39, $p = .034$) i liječnike (F (2, 1165) = 6.31, $p = .002$) te spremnosti izdvajanja većih sredstava za poboljšanje zdravstvenog sustava (F (2, 1150) = 4.07, $p = .017$). Osobe koje imaju jedno dijete iskazivale su značajno više povjerenja u liječnike (M = 2.31, SD = 0.77) u odnosu na osobe koje nemaju djece (M = 2.53, SD = 0.77), te u zdravstveni sustav (M = 2.90, SD = 0.98) u odnosu na osobe bez djece (M = 3.08, SD = 0.89). Scheffe *post hoc* kriterijem značajnosti utvrđeno je da su osobe koje imaju jedno dijete (M = 3.34, SD = 1.16) bile spremnije izdvajati veća sredstva za poboljšanje kvalitete zdravstvenog su-

stava u odnosu na osobe s dvoje ili više djece (M = 3.74, SD = 1.17).

Kad je riječ o **narodnosti**, pripadnici nacionalnih manjina iskazivali su značajno više povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav od građana koji se izjašnjavaju kao Hrvati (pripadnici većinskog stanovništva) i ispitanika koji su odbili odgovoriti, pri čemu su potonji uvjereniji u to da je potrebna promjena hrvatskog zdravstvenog sustava u odnosu na većinsko stanovništvo (tablica 2). Pripadnici nacionalnih manjina statistički značajno više su odbijali tvrdnju da bi vlasti trebale omogućiti samo ograničene zdravstvene usluge, odnosno, statistički su se značajno više slagali s tvrdnjom da bi trebalo omogućiti pristup javnom zdravstvu osobama bez državljanstva. Ujedno su bili skloniji stavu da se pristup javnom zdravstvu treba omogućiti osobama koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju u odnosu na stanovništvo koje se odbilo izjasniti. Interesantno, stanovništvo koje se odbilo izjasniti prema narodnosti statistički je značajno više bilo nezadovoljno hrvatskim zdravstvenim sustavom, nakon čega slijedi većinsko stanovništvo, pa pripadnici manjina.

Urbaniziranost mjesta prebivališta bitna je odrednica stavova i zadovoljstva građana zdravstvenim sustavom (tablica 3). Povjerenje značajno pada s urbaniziranošću mjesta prebivanja, pa su tako najviše povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav iskazivali ispitanici sa sela, a najmanje oni

Tablica 2. Narodnost kao odrednica stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (ANOVA)^o

Varijable	Hrvati	Pripadnici nacionalnih manjina	Odbili odgovoriti	F (df)	p	Post hoc
Povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav	3.04 _b (0.90)	2.66 _a (0.96)	3.29 _b (0.80)	6.85 (2, 1187)	.001	a < b*
Promjena hrvatskog zdravstvenog sustava	2.71 _a (0.73)	2.92 (0.72)	2.96 _b (0.68)	5.25 (2, 1155)	.005	a < b**
Pružanje ograničenih zdravstvenih usluga	3.75 _b (1.00)	4.10 _a (0.77)	3.60 _b (0.99)	3.66 (2, 1141)	.026	a > b**
Pristup javnom zdravstvu strancima	2.68 _b (1.16)	2.15 _a (0.87)	2.80 _b (1.26)	5.08 (2, 1141)	.006	a < b**
Pristup javnom zdravstvu osobama koje se ponašaju na štetan način	2.58 (1.06)	2.26 _a (1.00)	2.77 _b (1.14)	3.13 (2, 1144)	.044	a < b*
Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom	3.62 _b (1.19)	3.33 _b (1.05)	4.05 _a (1.36)	5.36 (2, 1179)	.005	a > b*

^o **Napomena:** Standardne devijacije prikazane su u zagradama ispod aritmetičke sredine. Niže aritmetičke sredine označavaju veće slaganje. Aritmetičke sredine sa slovima u podskriptu statistički se značajno razlikuju na razini $p < .05$ na temelju Scheffe^{*} i Tamhane T2^{**} *post hoc* kriterija značajnosti.

Tablica 3. Urbaniziranost mjesta prebivališta kao odrednica stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (ANOVA)*

Varijable	Veliki grad	Predgrađe i mali grad	Selo	F (df)	p	Post hoc
Povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav	3.24 _a (0.83)	3.02 _b (0.95)	2.89 _b (0.91)	16.08 (2, 1195)	.000	a > b*
Povjerenje u liječnike	2.55 _b (0.77)	2.58 _b (0.90)	2.35 _a (0.79)	9.87 (2, 1184)	.000	a < b**
Promjena hrvatskog zdravstvenog sustava	2.81 _a (0.66)	2.73 (0.80)	2.66 _b (0.71)	4.39 (2, 1164)	.013	a > b**
Spremnost izdvajanja većih sredstava	3.47 _b (1.18)	3.73 _a (1.14)	3.45 _b (1.16)	6.90 (2, 1169)	.001	a > b*
Javno financiranje prevencije pretilosti	2.61 _a (1.00)	2.40 _b (1.07)	2.39 _b (1.00)	5.58 (2, 1169)	.004	a > b*
Pristup javnom zdravstvu strancima	2.77 _b (1.15)	2.89 _b (1.23)	2.42 _a (1.06)	18.40 (2, 1149)	.000	a < b**
Pristup javnom zdravstvu osobama koje se ponašaju na štetan način	2.59 _c (1.03)	2.79 _b (1.07)	2.39 _a (1.04)	14.91 (2, 1152)	.000	a < b* b > c a < c
Dostupnost liječenja od liječnika po izboru	2.83 _a (1.06)	2.64 _b (1.00)	2.73 (1.00)	3.07 (2, 1163)	.047	a > b*
Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom	3.80 _a (1.10)	3.62 (1.31)	3.51 _b (1.31)	6.30 (2, 1187)	.002	a > b**

* **Napomena:** Standardne devijacije prikazane su u zagradama ispod aritmetičke sredine. Niže aritmetičke sredine označavaju veće slaganje. Aritmetičke sredine sa slovima u podskriptu statistički se značajno razlikuju na razini $p < .05$ i $p < .01$ na temelju Scheffe* i Tamhane T2** *post hoc* kriterija značajnosti.

iz velikih gradova. Ispitanici sa sela iskazivali su i veće povjerenje u liječnike, te su u manjoj mjeri smatrali da su potrebne promjene zdravstvenog sustava u odnosu na ispitanike iz velikih gradova. Na izdvajanje većih sredstava za poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava bili su spremniji stanovnici velikih gradova i sela nego stanovnici predgrađa i malih gradova. Stanovnici velikih gradova bili su najmanje skloni javnom financiranju pretilosti, dok su stanovnici sela više podržavali pristup javnom zdravstvu osobama bez državljanstva. Kad je riječ o osobama koje se neodgovorno ponašaju prema svom zdravlju, njihov pristup javnom zdravstvu najviše je podržalo seosko stanovništvo, a najmanje stanovništvo predgrađa i malih gradova. Stanovnici velikih gradova iskazali su veće nepovjerenje prema dostupnosti liječnika po svom izboru u slučaju ozbiljne bolesti u odnosu na stanovnike predgrađa i manjih gradova.

Napokon, zadovoljstvo zdravstvenim sustavom bilo je veće što je mjesto prebivališta ispitanika ruralnije, pa su tako stanovnici sela značajno više iskazivali zadovoljstvo hrvatskim zdravstvenim sustavom od stanovnika velikih gradova.

Samoprocjena zdravlja i pokrivenost zdravstvenim osiguranjem

Samoprocjena zdravlja utvrđena je kao bitna odrednica stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (tablica 4). Osobe koje su izvrsnog zdravlja iskazivale su veće povjerenje u zdravstveni sustav od osoba dobrog zdravlja. Osobe lošeg zdravlja u većoj su mjeri ocjenjivale da su potrebne promjene hrvatskog zdravstvenog sustava u odnosu na osobe izvrsnog i dobrog zdravlja, da je zdravstveni sustav neučinkovit u odnosu na osobe izvrsnog zdravlja, te su više podržavale omogućavanje pristupa javnom zdravstvu osobama bez državljanstva u odnosu na osobe dobrog zdravlja. Ipak, što su osobe boljeg zdravlja, to su bile spremnije izdvajati veća sredstva za poboljšanje zdravstvenog sustava. Osobe izvrsnog zdravlja bile su uvjerenije da bi dobile najbolje liječenje i doktora po izboru, te su bile značajno zadovoljnije zdravstvenim sustavom od osoba lošeg i dobrog zdravlja.

Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem jedna je od najvažnijih odrednica stavova i zadovoljstva hrvatskim zdravstvenim sustavom (tablica 5). Vrlo dobro zdravstveno osigurani ispitanici imali su

Tablica 4. Samoprocjena zdravlja kao odrednica stavova i zadovoljstva građana hrvatskim zdravstvenim sustavom (ANOVA)^o

Varijable	Izvršno zdravlje	Dobro zdravlje	Loše zdravlje	F (df)	p	Post hoc
Povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav	2.95 _a (0.90)	3.11 _b (0.85)	3.11 (0.98)	4.91 (2, 1192)	.007	a < b**
Potreba za promjenom hrvatskog zdravstvenog sustava	2.65 _b (0.74)	2.74 _b (0.70)	2.89 _a (0.73)	9.62 (2, 1160)	.000	a > b**
Neučinkovitost hrvatskog zdravstvenog sustava	3.15 _a (1.00)	3.05 (0.92)	2.91 _b (1.05)	5.50 (2, 1163)	.004	a > b**
Spremnost izdvajanja većih sredstava	3.38 _a (1.15)	3.64 _b (1.15)	3.68 _b (1.19)	8.04 (2, 1166)	.000	a < b*
Pristup javnom zdravstvu strancima	2.66 (1.18)	2.81 _a (1.13)	2.50 _b (1.15)	5.65 (2, 1148)	.004	a > b*
Pristup najboljem liječenju	2.68 _a (1.03)	3.01 _b (0.96)	2.92 _b (1.04)	13.11 (2, 1172)	.000	a < b**
Dostupnost doktora po izboru	2.65 _a (1.02)	2.85 _b (1.01)	2.69 (1.04)	4.53 (2, 1161)	.011	a < b*
Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom	3.45 _a (1.27)	3.80 _b (1.08)	3.74 _b (1.27)	10.55 (2, 1185)	.000	a < b**

^o **Napomena:** Standardne devijacije prikazane su u zagradama ispod aritmetičke sredine. Niže aritmetičke sredine označavaju veće slaganje. Aritmetičke sredine sa slovima u podskriptu statistički se značajno razlikuju na razini $p < .05$ i $p < .01$ na temelju Scheffe* i Tamhane T2** *post hoc* kriterija značajnosti.

Tablica 5. Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem kao odrednica stavova i zadovoljstva hrvatskim zdravstvenim sustavom (ANOVA)^o

Varijable	Jako dobro pokriveni	Dobro pokriveni	Loše pokriveni	F (df)	p	Post hoc
Povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav	2.55 _a (0.97)	3.00 _b (0.83)	3.51 _c (0.98)	51.07 (2, 1128)	.000	a < b < c**
Povjerenje u liječnike	2.23 _a (0.90)	2.44 _b (0.77)	2.80 _c (0.88)	21.94 (2, 1116)	.000	a < b < c*
Potreba za promjenom zdravstvenog sustava	2.30 _a (0.73)	2.72 _b (0.70)	3.10 _c (0.64)	52.70 (2, 1096)	.000	a < b < c**
Ograničene zdravstvene usluge	3.50 _a (1, 21)	3.81 _b (0.95)	3.83 _b (0.97)	6.30 (2, 1089)	.002	a < b**
Neučinkovitost hrvatskog zdravstvenog sustava	3.54 _a (1.16)	3.10 _b (0.93)	2.65 _c (0.89)	35.53 (2, 1101)	.000	a > b > c**
Spremnost izdvajanja većih sredstava	3.19 _a (1.26)	3.52 _b (1.13)	3.96 _c (1.12)	19.14 (2, 1103)	.000	a < b < c*
Pristup najboljem liječenju	2.38 _a (1.11)	2.79 _b (0.92)	3.45 _c (1.01)	53.42 (2, 1110)	.000	a < b < c**
Dostupnost doktora po izboru	2.29 _a (0.96)	2.71 _b (0.99)	3.17 _c (1.01)	32.56 (2, 1098)	.000	a < b < c*
Zadovoljstvo zdravstvenim sustavom	2.73 _a (1.27)	3.61 _b (1.06)	4.41 _c (1.27)	90.96 (2, 1120)	.000	a < b < c**

^o **Napomena:** Standardne devijacije prikazane su u zagradama ispod aritmetičke sredine. Niže aritmetičke sredine označavaju veće slaganje. Aritmetičke sredine sa slovima u podskriptu statistički se značajno razlikuju na razini $p < .05$ i $p < .01$ na temelju Scheffe* i Tamhane T2** *post hoc* kriterija značajnosti.

značajno više povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav i liječnike, više su podržavali stav da se hrvatski zdravstveni sustav ne treba mijenjati, da bi vlasti trebale omogućiti samo ograničene zdravstvene usluge, više su vjerovali u učinkovitost hr-

vatskog zdravstvenog sustava, bili su spremniji izdvajati veća sredstva za poboljšanje zdravstvenog sustava, sigurniji da bi u slučaju ozbiljne bolesti dobili najbolje moguće liječenje i liječnika po svom izboru, te općenito značajno zadovoljniji hr-

vatskim zdravstvenim sustavom u odnosu na ispitanike koji su vlastito zdravstveno osiguranje opisali kao dobro i loše.

Osobno iskustvo sa zdravstvom

Osobno iskustvo sa zdravstvom važna je odrednica stavova i zadovoljstva građana zdravstvenim sustavom. Na ovom mjestu prezentirani su rezultati ANOVE samo za one varijable kod kojih je značajnost utvrđena na *post hoc* razini $\leq .001$ (Scheffe* ili Tamhane T2**), te po kojima se razlikuju oni koji nisu primili medicinsku uslugu od onih koji su primili ili nisu trebali medicinske usluge.

Ispitanici koji u proteklih 12 mjeseci nisu dobili zdravstvenu uslugu jer nisu mogli za nju platiti iskazivali su značajno manje povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav ($F(2, 1196) = 15.67, p = .000, M = 3.80, SD = 0.98^{**}$), te su bili značajno više nezadovoljni ($F(2, 1188) = 8.36, p = .000, M = 4.37, SD = 1.37^*$). Uvjerenje da će dobiti najbolje moguće liječenje ovisi o tome je li im bila uskraćena medicinska usluga jer za nju nisu mogli platiti ($F(2, 1178) = 20.15, p = .000^*$), pa su tako ispitanici koji nisu dobili medicinsku uslugu iskazivali značajno manje povjerenja ($M = 3.73, SD = 1.05$) u odnosu na one koji nisu imali takvo iskustvo ($M = 2.88, SD = 0.98$) i kojima nisu trebale medicinske usluge ($M = 2.70, SD = 1.03$).

Ispitanici koji u proteklih 12 mjeseci nisu primili zdravstvenu uslugu jer nisu mogli dobiti slobodne dane na poslu iskazivali su značajno manje povjerenja u hrvatski zdravstveni sustav ($F(2, 1193, p = .000^{**})$), bili su ga skloniji procijeniti neučinkovitim ($F(2, 1164) = 10.25, p = .000^*$), manje su podržavali pristup javnom zdravstvu osobama koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju ($F(2, 1153) = 11.48, p = .000^{**}$), iskazivali su veće nepovjerenje u pristup najboljem liječenju u slučaju ozbiljne bolesti ($F(2, 1175) = 22.23, p = .000^{**}$), te su općenito bili manje zadovoljni zdravstvenim sustavom ($F(2, 1185) = 10.68, p = .000^{**}$).

Premda su pronađene značajne razlike u stavovima i zadovoljstvu ispitanika ovisno o tome jesu li tijekom proteklih 12 mjeseci bili uskraćeni za medicinsku uslugu zbog toga što nije bila dostupna u mjestu stanovanja ili obližnjem mjestu, jedina razlika koja je i na *post hoc* razini bila $\leq .001^*$, odnosila se na stav prema javnom financiranju transplantacije organa ($F(2, 1169) = 17.03, p = .000$).

Oni koji nisu primili potrebnu medicinsku uslugu u većoj su mjeri podržavali javno financiranje transplantacije organa ($M = 1.62, SD = 0.71$) u odnosu na one koji takvu uslugu nisu trebali ($M = 2.05, SD = 0.90$).

Ispitanici koji nisu dobili medicinsku uslugu jer je lista čekanja bila preduga iskazivali su značajno veće nepovjerenje u hrvatski zdravstveni sustav ($F(2, 1192) = 9.40, p = .000^{**}$), liječnike ($F(2, 1184) = 11.63, p = .000^{**}$), promjene zdravstvenog sustava smatrale su potrebnijima ($F(2, 1160) = 9.08, p = .000^{**}$), sustav su značajno više procjenjivali neučinkovitim ($F(2, 1166) = 12.07, p = .000^*$), manje su podržavali pristup javnom zdravstvu za osobe koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju ($F(2, 1153) = 12.65, p = .000^*$), bili su skloniji vjerovati da neće dobiti najbolje moguće liječenje u slučaju ozbiljne bolesti ($F(2, 1174) = 17.54, p = .000^{**}$) i općenito su bili manje zadovoljni hrvatskim zdravstvenim sustavom ($F(2, 1186) = 16.68, p = .000^*$).

RASPRAVA

Povjerenje građana i procjena učinkovitosti hrvatskog zdravstvenog sustava

Povjerenje u zdravstveni sustav osnovna je pretpostavka njegovog funkcioniranja jer utječe na ocjenu kvalitete zdravstva te predstavlja temelj na kojem se gradi suvremena ideja *suproizvodnje* (engl. *coproduction*) zdravstvenih usluga. Suproizvodnja zdravstvenih usluga dovodi do poboljšanja usluga³¹, ali i pozitivnog utjecaja na zdravlje³². Riječ je o stvaranju partnerstva između pacijenata i liječnika, pri čemu se pacijentima daje kontrola jer prelaze iz uloge primaoca zdravstvene zaštite u osobe koje aktivno odlučuju o vlastitom zdravlju. Međutim, suproizvodnja ovisi o razvoju odnosa gdje oni koji pružaju usluge i korisnici dijele informacije i odluke³³, a povjerenje je minimalna pretpostavka započinjanja svakog odnosa, zbog čega je povjerenje u liječnike i zdravstveni sustav neophodno. Istraživanje je pokazalo da postoje građani koji vjeruju isključivo liječnicima, no ne i zdravstvenom sustavu kao većoj cjelini. Nalazi su u skladu s ranijim nalazima pozitivnih stavova prema liječnicima^{18,19}. Moguće je da dio ispitanika liječnike vidi samo kao profesionalne autoritete s niskom razinom utjecaja na sustav čiji

su dio. S druge strane, moguće je da zdravstveni sustav promatraju dominantno kao političku kategoriju, zbog čega imaju niže razine povjerenja. Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora može biti i posljedica percipirane korupcije, što je već prepoznato kao prijetnja u Nacionalnoj strategiji javnog zdravstva³⁴.

S druge strane, učinkovit zdravstveni sustav, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, onaj je u kojem se ljudima pružaju kvalitetne zdravstvene usluge kad god i gdje god im zatreba-

Obrazovanje, narodnost i urbaniziranost mjesta prebivališta najvažnije su sociodemografske odrednice stavova i zadovoljstva zdravstvenim sustavom, pa osobe nižih stupnjeva obrazovanja, pripadnici manjina te osobe iz ruralnih predjela Hrvatske izražavaju pozitivnije stavove i veće zadovoljstvo. Ipak, većina građana, posebno socijalno ugroženih, nesporna je izdvajati veća sredstva za poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava.

ju¹⁵. Većina građana smatra da su potrebne reforme hrvatskog zdravstvenog sustava, što je u skladu s nalazima Karaeve (2015) koja je pronašla da dvije trećine ispitanika u postsocijalističkim zemljama želi promjene zdravstvenog sustava. Jedan od razloga je što zdravstveni sustav vide kao neučinkovit, premda u godinu dana prije samog istraživanja većina nije ostala uskraćena za medicinske usluge. Nacionalna strategija za razvoj zdravstva također prepoznaje velik prostor za poboljšanje učinkovitosti zdravstvenog sustava, zbog čega je povećanje učinkovitosti postavila kao jedan od temeljnih strateških razvojnih pravaca³⁴.

Među odrednicama povjerenja ističu se razina obrazovanja, urbaniziranost mjesta prebivališta, narodnost, broj djece, samoprocjena zdravlja, pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i osobno iskustvo sa zdravstvom. Veće povjerenje nisko obrazovanog stanovništva vjerojatno je posljedica nekritičnosti prema institucijama koja se razvija kako osobe stječu više stupnjeve obrazovanja, dok veće povjerenje stanovnika sela vjerojatno proizlazi iz činjenice da se liječnici u ruralnim predjelima imaju više vremena posvetiti svojim pacijentima i s njima razvijaju poseban odnos u

odnosu na gradske liječnike. S druge strane, pripadnici manjima možda nemaju potpuno razvijen osjećaj pripadnosti, zbog čega su razvili povjerenje i/ili se ne osjećaju ugodno kritizirati sustav. Roditeljsko učestalije korištenje zdravstvenih usluga i zabrinutost za zdravlje djece vjerojatno je razlog tomu da povjerenje raste s većim brojem djece. Zdrave osobe ne koriste često zdravstvene usluge i doživljavaju manje neugodnih iskustava i zdravstvenih tegoba, dok osobe koje su izvrsno zdravstveno osigurane vjerojatno snažnije osjećaju sigurnost. Ipak, negativno osobno iskustvo najjasnija je odrednica, posebno kod ispitanika koji nisu primili zdravstvenu uslugu jer je lista čekanja bila preduga.

Stavovi prema financiranju zdravstvenih usluga i spremnost izdvajanja većih sredstava za zdravstvo

Stavove prema financiranju zdravstvenih usluga važno je istražiti s obzirom na to da reforme zdravstvenih sustava u smjeru tržišnog pristupa otkrivaju skrivene troškove, poput ograničenog pristupa skrbi, povećanih troškova, rastuće nejednakosti, skidanja naglaska s preventivne na kurativnu skrb³⁵. Analiza financiranja hrvatskog zdravstva u razdoblju od 2000. do 2010. godine pokazuje da je zdravstvena potrošnja brže rasla od rasta ekonomije, porastao je udio državne potrošnje i pao udio privatne zdravstvene potrošnje, povećani su izdaci za zdravstvo u odnosu na druge proračunske izdatke, a najveći dio privatne potrošnje financiraju samo pacijenti. Zbog krize državnih financija, starenja stanovništva te porasta troškova u zdravstvu, reforma financiranja zdravstva bit će neophodna³⁶⁻³⁸. Jedan od ključnih izazova kreatora zdravstvene politike je kako riješiti nagomilane probleme hrvatskog zdravstva, a održati načela dostupnosti, sveobuhvatnosti, solidarnosti i kontinuiranosti zdravstvene zaštite³⁹. Ubrzo će financiranje zdravstva postati jedno od prioritetnih političkih pitanja jer zdravstvena potrošnja raste zajedno sa starenjem stanovništva, zbog čega će morati doći do povećanja privatnog financiranja zdravstvene potrošnje³⁷. Spremnost izdvajanja većih sredstava kako bi se poboljšala kvaliteta zdravstvenih usluga određena je pojedinim sociodemografskim karakteristikama građana i zdravstvenim odrednicama, ali ne i osobnim negativnim iskustvom sa zdravstvom.

Ranije istraživanje pokazalo je da više od polovice ispitanika već smatra da izdvaja previše za zdravstvo¹⁷. Kako proizlazi iz istraživanja, socioekonomski status i zdravstveno stanje najznačajnije su odrednice spremnosti izdvajanja većih sredstava za zdravstvo, zbog čega je moguće da je generalna nespremnost izdvajanja većih sredstava uvelike određena ekonomskom krizom u zemlji. Zato se može očekivati da bi u uvjetima državnog blagostanja podrška izdvajanju većih sredstava bila nešto veća.

Kad je riječ o slaganju s javnim financiranjem pojedinih zdravstvenih usluga, u Hrvatskoj prevladava javnozdravstvena vrijednosna orijentacija, što je u skladu s istraživanjem provedenim početkom stoljeća koje je pokazalo da većina ispitanika smatra da bi svi trebali imati pristup zdravstvenim uslugama¹⁷. Ipak, podrška javnom financiranju nešto je manja kad je riječ o financiranju onih zdravstvenih usluga potrebnih manjini stanovništva, posebno kad je riječ o oboljenjima koja tradicionalno nose etiketu „neprihvatljivog ponašanja” (pretilost kao posljedica hedonističkog ponašanja i AIDS/HIV kao posljedica promiskuitetnog ponašanja). S druge strane, kad su u pitanju visokorizični zahvati (transplantacija organa) i medicinske usluge od kojih mogu profitirati i oni sami (preventivni medicinski pregledi), ispitanici spremnije izražavaju podršku javnom financiranju.

Upravo strah za vlastito zdravlje može biti razlogom zašto se većina ne slaže s ograničenjem zdravstvenih usluga, pa i za osobe koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju. Zrelo stanovništvo i nacionalne manjine manje podržavaju stav da vlasti trebaju omogućiti samo ograničene zdravstvene usluge u odnosu na mlađe i većinsko stanovništvo. Kako stanovništvo stari, više im trebaju usluge zdravstva, dok je moguće da su nacionalne manjine uvjerene kako u slučaju ograničavanja usluga većinskom stanovništvu dolazi do još veće restrikcije usluga za pripadnike manjina. Vjerojatno zbog toga značajno više podržavaju pristup osobama koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju i osobama bez državljanstva s kojima se lakše identificiraju.

Ispitanici sa završenom trogodišnjom strukovnom školom naginju neoliberalnoj zdravstvenoj vrijednosnoj orijentaciji. Manje se slažu s javnim financiranjem pretilosti, pristupu medicinskim uslugama

osobama bez državljanstva i osobama koje se ponašaju tako da štete svojem zdravlju, što upućuje na potrebu uvođenja javnozdravstvenih sadržaja u strukovnim školama. Osobe koje više izdvajaju za zdravstvo više naginju neoliberalnoj vrijednosnoj orijentaciji od osoba koje su samo korisnici zdravstvenog proračuna. Rastavljeni i razvedeni više podržavaju javno financiranje preventivnih medicinskih pregleda u odnosu na udovce i udovice. Moguće je da osobe koje su ostale bez partnera zbog bolesti više podržavaju ulaganje i preusmjerenje javnih sredstava u liječenje kroničnih i visokorizičnih bolesti, nego u prevenciju niza drugih (akutnih) bolesti.

Snažnije vrednovanja kulta ljepote i tijela u urbanim središtima vjerojatno je uzrokom manjeg slaganja gradskog stanovništva s financiranjem prevencije pretilosti. Kako je stanovnicima predgrađa i malih gradova slabije dostupna medicinska skrb, ne čudi da se manje slažu s pristupom zdravstvu za neodgovorne osobe koje štete vlastitom zdravlju. S druge strane, stanovnici sela imaju veće razumijevanje za one koji se neodgovorno ponašaju jer vjerojatno bolje razumiju koliko je teško motivirati se i brinuti o zdravlju kada briga za zdravlje često podrazumijeva potpunu reorganizaciju privatnog i poslovnog života da bi se pristiglo do prvog medicinskog središta. Osobe s negativnim osobnim iskustvom vjerojatnije izražavaju manju podršku zbog osjećaja nepravедnosti sustava, dok osobe lošeg zdravlja vjerojatno daju podršku zbog lakšeg razumijevanja teškoća s kojima se bolesna osoba suočava.

Korisnička procjena dostupnosti i pristupačnosti zdravstvenih usluga

Dostupnost zdravstvenih usluga jedno je od temeljnih načela zdravstvene zaštite te, premda je formalno osigurana, u stvarnosti postoje velike razlike. Nacionalna strategija za razvoj zdravstva kao glavne uzroke nedostupnosti vidi manjak i nejednaku teritorijalnu raspoređenost zdravstvenih djelatnika, neatraktivnost zdravstvenih strukture nedovoljno transparentne liste čekanja, zbog čega je povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite jedan od prioriteta strateškog razvoja³⁴.

Kod procjene dostupnosti javnozdravstvenih usluga evidentno je da postoji kritična masa građana koja vjeruje da najkvalitetnije liječenje i iz-

bor liječnika nisu dostupni svim građanima. Jedina sociodemografska odrednica procjene dostupnosti je urbaniziranost mjesta prebivališta. Ispitanici iz velikih gradova manje vjeruju da bi u slučaju ozbiljnih bolesti dobili liječnika po svom izboru, što je vjerojatno posljedica iskustva sa zdravstvenim sustavom i većeg opterećenja liječnika u velikim gradovima. Taj nalaz u skladu je s istraživanjem provedenim više od desetljeća ranije, gdje su ispitanici Zagreba i Splita iskazivali nezadovoljstvo pristupom zdravstvenoj skrbi¹⁶.

Osobno iskustvo, zdravstveni status i pokrivenost zdravstvenim osiguranjem najvažnije su odrednice procjene dostupnosti, pa su osobe koje su imale negativno osobno iskustvo sa zdravstvom (npr. preduge liste čekanja) manje uvjerenе da će dobiti najkvalitetniju skrb ili liječnika po svom izboru, dok su osobe izvrsnog zdravlja i dobrog zdravstvenog osiguranja puno optimističnije od osoba lošijeg zdravlja i osiguranja.

Opće zadovoljstvo hrvatskim zdravstvenim sustavom i odrednice zadovoljstva

Zadovoljstvo građana zdravstvenim sustavom važna je mjera kvalitete zdravstvenog sustava, zbog čega je važno utvrditi obilježja zadovoljnih i nezadovoljnih korisnika.

Najznačajnije sociodemografske odrednice općeg zadovoljstva zdravstvenim sustavom su obrazovanje, narodnost i urbaniziranost mjesta stanovanja, pa su tako zdravstvenim sustavom najzadovoljnije osobe s (ne)završenom osnovnom školom, pripadnici manjina i stanovnici sela. Veće zadovoljstvo stanovnika sela pomalo je iznenađujući rezultat s obzirom na to da i *Nacionalna strategija za razvoj zdravstva* prepoznaje slabiju dostupnost zdravstvene zaštite u ruralnim područjima³⁴.

Veće zadovoljstvo vjerojatno je povezano s manjom opterećenošću liječnika obiteljske medicine koji u ruralnim područjima razvijaju poseban odnos s pacijentima. Stoga je moguće da je veće zadovoljstvo zdravstvenim sustavom zapravo pokazatelj većeg zadovoljstva liječnikom primarne zdravstvene zaštite.

Ipak, subjektivna procjena zdravlja, pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i osobno iskustvo sa zdravstvom najznačajnije su odrednice općenitog zadovoljstva. Drugim riječima, zdravije i osigurane osobe značajno su zadovoljnije zdravstvenim

sustavom, a riječ je o osobama koje ionako rijetko koriste njima lako priuštive i dostupne zdravstvene usluge.

Značaj rezultata za planiranje zdravstvene reforme

Budući da istraživanja korisničke perspektive mogu pokazati smjer zdravstvene reforme kakvu građani žele, trebala bi postati redovita mjera kvalitete hrvatskog zdravstvenog sustava. Ako je jedan od ciljeva zdravstvene politike zadovoljstvo građana zdravstvenim sustavom, pred kreatorima hrvatske zdravstvene politike uistinu je teška zadaća. Premda građani izražavaju da se zdravstveni sustav treba mijenjati, čini se da postoji jedna vrsta otpora prema reformi, posebice reformi financiranja zdravstvenog sustava. Taj otpor djelomice je posljedica povećane socijalne ugroženosti zbog ekonomske krize, ali i rezultat nepovjerenja u zdravstveni sustav kao instituciju zbog negativnih osobnih iskustava i percipirane korupcije. Bez obzira što liječnici uživaju viši status od zdravstvenog sustava, ideja suproizvodnje zdravstvenih usluga bit će jako teško ostvariva dok god postoji nepovjerenje u sustav čiji su liječnici dio i dok god građani ne počnu preuzimati odgovornost za svoje zdravlje. Pritom je nerealno očekivati da će povjerenje u zdravstveni sustav rasti ako građani ne odvajaju pojam politike od pojma javne politike, i ako se negativna konotacija politike vezuje za javne politike, što je prije svega posljedica populističkog korištenja reforme zdravstva u predizbornim kampanjama.

Premda se stalno treba unaprjeđivati kvalitetu i dostupnost skrbi u ruralnim predjelima, prioritet bi trebala biti kvalitetnija organizacija zdravstvene skrbi u hrvatskim gradovima koju koristi i ruralno stanovništvo. Samo tako se može ujednačiti i poboljšati kvaliteta zdravstvene zaštite i učinkovitost zdravstvenog sustava. Dodatno, snage treba snažnije usmjeriti na prevenciju bolesti jer se tako značajno smanjuju troškovi sustava.

ZAKLJUČAK

Stavovi, povjerenje i zadovoljstvo građana zdravstvenim sustavom trebaju se ispitivati jer su važna mjera kvalitete zdravstvenog sustava i korisna smjernica za razvoj zdravstvene politike. Pritom

su odrednice stavova važne kako bi se mogle identificirati posebne skupine i specifične potrebe korisnika zdravstvenog sustava.

Premda je relativna većina građana iskazala zadovoljstvo hrvatskim zdravstvenim sustavom i snažnu javnozdravstvenu vrijednosnu orijentaciju, nezanemariva manjina ispitanika nezadovoljna je, nema povjerenja i smatra da sustav nije učinkovit. Subjektivna procjena zdravlja i zdravstveno osiguranje najznačajnije su odrednice, pa što osobe bolje procjenjuju svoje zdravlje i što su bolje pokriveno zdravstvenim osiguranjem, to su njihovi stavovi, povjerenje i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom veći. Osobno iskustvo sa zdravstvom također je vrlo važna odrednica, među kojima se posebno izdvaja uskraćenost za zdravstvenu uslugu zbog predugih lista čekanja, koja značajno smanjuje povjerenje i zadovoljstvo zdravstvenim sustavom. Među sociodemografskim odrednicama najznačajnije su stupanj obrazovanja, narodnost i urbaniziranost mjesta prebivališta, pa osobe nižih stupnjeva obrazovanja, pripadnici manjina te osobe iz ruralnih predjela Hrvatske izražavaju pozitivnije stavove i veće zadovoljstvo. Većina građana nespremna je izdvajati veća sredstva za poboljšanje kvalitete zdravstvenog sustava, a posebno je riječ o onim sociodemografskim skupinama koje su socijalno ugrožene.

Izjava o sukobu interesa: Autorica izjavljuje da ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

- Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010;22:86-92.
- Jankauskiene D, Jankauskaite I. Access and quality of health care system by opinion of patients in ten European countries. *Manag Heal* 2011;15:31-9.
- Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Assess* 2012;16:1-509.
- Bandyopadhyay JK, Coppens K. The use of Six Sigma in healthcare. *Int J Qual Product Manag* 2005;5:1-15.
- Kincey J, Bradshaw P, Ley P. Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1975;25:558-66.
- Perneger TV. Adjustment for patient characteristics. *Int J Qual Health Care* 2004;16:433-5.
- Sitzia J, Wood N. Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Heal Care* 1998;10:311-7.
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Heal Care* 1999;11:319-28.
- Devoe JE, Wallace LS, Fryer GE. Patient age influences perceptions about health care communication. *Fam Med* 2009;41:126-33.
- Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Heal Care* 2001;13:385-90.
- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52:609-20.
- Westaway MS, Rheeder P, Van Zyl DG, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Heal Care* 2003;15:337-44.
- Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam Pract* 1995;12:193-201.
- Sixma HJ, Spreeuwenberg PMM, Van Der Pasch MAA. Patient satisfaction with the general practitioner: A two-level analysis. *Med Care* 1998;36:212-29.
- Karaeva O. Perceptions of fairness and effectiveness in the health-care systems of different countries (according to ISSP data). *Sociol Res* 2015;54:91-120.
- Mastilica M, Chen M. Health care reform in Croatia: the consumers' perspective. *Croat Med J* 1998;39:256-66.
- Mastilica M, Babić Bosanac S. Citizens' views on health insurance in Croatia. *Croat Med J* 2002;43:417-24.
- Katić M, Budak A, Ivanković D, Mastilica M, Lazić D, Babić Banaszak A et al. Patients' views on the professional behaviour of family physicians. *Fam Pract* 2001;18:42-7.
- Budak J. Ocjena pacijenata o kvaliteti rada zdravstvenog osoblja. In: Vehovec M (ed). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb; 2014: 271-82.
- Babić-Banaszak A, Kovacić L, Mastilica M, Babić S, Ivanković D, Budak A. The Croatian health survey – patient's satisfaction with medical service in primary health care in Croatia. *Coll Antropol* 2001;25:449-58.
- Sucur Z, Zrinscak S. Differences that hurt: Self-perceived health inequalities in Croatia and European union. *Croat Med J* 2007;48:653-66.
- Cipin I, Smolic S. Socio-economic determinants of health in Croatia: Insights from four cross-sectional surveys. *Croat Econ Surv* 2013;15:25-60.
- Milosevic M, Brborovic H, Mustajbegovic J, Montgomery A. Patients and health care professionals: Partners in health care in Croatia? *Br J Health Psychol* 2014;19:670-82.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. *Posl Izvr* 2012;6:109-26.
- Dzakula A, Polasek O, Sosic Z, Voncina L, Pavlekovic G, Brborovic O. Importance of health care issues in 2005 presidential elections in Croatia. *Croat Med J* 2006;47:499-502.
- Radin D, Dzakula A, Benkovic V. Health care issues in Croatian elections 2005-2010: series of public opinion surveys. *Croat Med J* 2011;52:585-92.

27. Budak J, Rajh E. Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost? *In: Vehovec M, (ed). O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb; 2014:247-70.*
28. Vehovec M. Međunarodna usporedba kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive njenih korisnika. *In: Vehovec M (ed). O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb; 2014:283-300.*
29. GESIS Dana Archive [Internet]. Cologne: ISSP Research Group. International Social Survey Programme 2011 [cited 2016 Sep 6]. Available from: <https://dbk.gesis.org/dbksearch/sdesc2.asp?no=5800>
30. Ančić B. Religija i zdravlje. Vjerska zajednica kao socijalni resurs. Zagreb: Institut za društvena istraživanja u Zagrebu; 2016; Forthcoming.
31. Vennik FD, Bovenkamp HM, Putters K, Grit KJ. Co-production in health-care: Retic and practice. *Int Rev Adm Sci* 2015;81:346-51.
32. Realpe A, Wallace LM. What is co-production? London: The Health Foundation, 2010;1-11.
33. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Oppipari Arrigani L et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2015; Forthcoming.
34. Vlada RH, Ministarstvo zdravlja RH. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. 2020;2012:1-155.
35. Chen M, Mastilica M. Health care reform in Croatia: For better or for worse? *Am J Public Health* 1998;88:1156-60.
36. Jafarov E, Gunnarsson V. Efficiency of government social spending in Croatia. *Financ Theory Pract* 2008;32:289-320.
37. Mihaljek D. Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize? *In: Vehovec M (ed). O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb; 2014:29-50.*
38. Voncina L, Kehler J, Evetovits T, Bagat M. Health insurance in Croatia: Dynamics and politics of balancing revenues and expenditures. *Eur J Heal Econ* 2010;11: 227-33.
39. Kovac N. Financiranje zdravstva – Situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vijesnik* 2013;26:551-63.