

Sistem zdravstvenih računa

Izdanje 2011, koncizna verzija



Sistem zdravstvenih računa

2011.

koncizna verzija

NACRT

Septembar

2012.

PREDGOVOR	12
ZAHVALE ZA PRIRUČNIK SHA 2011	13
DIO 1	16
TEMELJI SISTEMA ZDRAVSTVENIH RAČUNA	16
POGLAVLJE 1. UVOD	16
POGLAVLJE 2. SVRHE I PRINCIPI ZDRAVSTVENIH RAČUNA	17
Uvod.....	17
Svrhe i ciljevi Sistema zdravstvenih računa 2011	17
Principi Sistema zdravstvenih računa 2011	17
Zdravstveni sistemi i Sistem zdravstvenih računa.....	17
POGLAVLJE 3. RAČUNOVODSTVENI KONCEPTI I AGREGATI U OKVIRU SHA	20
Uvod.....	20
Računovodstvo i nacionalno računovodstvo kao osnova za <i>Sistem zdravstvenih računa</i>	20
Potrošnja, dostupnost i korištenje zdravstvenih roba i usluga.....	20
Glavni agregati izdataka u zdravstvu	20
Tekući izdaci u oblasti zdravstvene zaštite	20
Izdaci za bruto akumulaciju kapitala u sistemu zdravstvene zaštite	21
Ukupni izdaci za zdravlje (SHA 1.0)	21
Vrijeme evidentiranja.....	21
POGLAVLJE 4. GLOBALNE GRANICE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	23
Uvod.....	23
Granice zdravstvene zaštite: fokus na funkcijama.....	23
Ključni i prošireni računi SHA	23
Kriteriji za postavljanje granica	24
POGLAVLJE 5. KLASIFIKACIJA FUNKCIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-HC) ...	26
Uvod.....	26
Potrošnja u zdravstvenoj zaštiti po svrhama	26
Objašnjenja za ICHA-HC klasifikaciju funkcija zdravstvene zaštite.....	27

POGLAVLJE 6. KLASIFIKACIJA DAVALACA ZDRAVSTVENIH USLUGA (ICHA-HP). 57

Uvod..... 57

Koncept klasifikacije davalaca zdravstvenih usluga 57

Sfera davalaca zdravstvenih usluga 57

Objašnjenja za ICHA-HP klasifikaciju davalaca usluga zdravstvene zaštite..... 58

POGLAVLJE 7. KLASIFIKACIJA MODELA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-HF)..... 77

Uvod..... 77

Osnovni koncept..... 78

Sažetak računovodstvenog okvira za finansiranje zdravstvene zaštite 78

Ključni koncepti 78

Koncept i glavne kategorije modela finansiranja zdravstvenog osiguranja..... 80

Definiranje modela finansiranja zdravstvene zaštite 88

Obrazloženja ICHA-HF klasifikacije modela finansiranja zdravstvenog osiguranja..... 89

DIO 2. 102

DALJE KLASIFIKACIJE, APLIKACIJE I METODOLOGIJA KOJA SE ODNOSI ZA ZDRAVSTVENE RAČUNE 102

POGLAVLJE 8. KLASIFIKACIJA PRIHODA MODELA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-FS) 102

Uvod..... 102

Osnovni koncept..... 102

Definicija prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite 102

Obrazloženja za ICHA-FS klasifikaciju prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite 104

POGLAVLJE 9. KLASIFIKACIJA FAKTORA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-FP) .. 110

Uvod..... 110

Osnovni koncept..... 110

Opseg klasifikacije po faktorima 110

Obrazloženja za ICHA-FP klasifikaciju faktora pružanja zdravstvene zaštite..... 111

POGLAVLJE 10. POTROŠNJA U ZDRAVSTVU PO KORISNIČKIM KARAKTERISTIKAMA..... 117

Uvod..... 117

Klasifikacija korisnika.....	117
Starosna dob i spol.....	117
Bolest	117
Socioekonomski status.....	121
Geografsko područje	121
POGLAVLJE 11. AKUMULACIJA KAPITALA U ZDRAVSTVENIM SISTEMIMA	122
Uvod.....	122
Definicija bruto akumulacije kapitala u SHA	122
Bruto akumulacija fiksnog kapitala.....	122
Granice	123
Vrste sredstava	125
Kapitalni račun	127
POGLAVLJE 12. TRGOVINA U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI.....	128
POGLAVLJE 13. MJERENJE CIJENE I OBIMA.....	131
POGLAVLJE 14. OSNOVNO RAČUNOVODSTVO I SMJERNICE ZA KOMPILACIJU.....	132
Uvod.....	132
Osnovni računovodstveni kriteriji.....	132
Sveobuhvatna pokrivenost	132
Konsistentnost i komparabilnost podataka	132
Međunarodna kompatibilnost	132
Blagovremenost i tačnost	133
Relevantnost	133
Kratak uvod u SHA proces kompilacije.....	133
Opća mjerna problematika	137
POGLAVLJE 15. PREZENTACIJA REZULTATA, TABELA I OSNOVNIH INDIKATORA	144
Uvod.....	144
Izvještaj o zdravstvenim računima zamlje	144
Tabele zdravstvenih računa	145
HA vremenske serije	146

Korištenje HA sa drugim informacijama iz sistema zdravstva	146
Informacije o zemlji	147
Metapodaci i izvori podataka	147
Kvalitativne provjere	147
Nacionalne, regionalne i međunarodne baze podataka	148
Selekcija tabela prezentiranih u ovom poglavlju.....	148

LISTA SKRAĆENICA

ADL	Activities of Daily Living <i>/Aktivnosti dnevnog života/</i>
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical Classification <i>/Anatomsko-terapeutsko-hemijska klasifikacija/</i>
CHE	Current Health Expenditure <i>/Tekući izdaci za zdravstvo/</i>
COFOG	Classification of Functions of Government <i>/Klasifikacija funkcija vlade/</i>
COICOP	Classification of Individual Consumption According to Purpose <i>/Klasifikacija individualne potrošnje prema svrhama/</i>
COPNI	Classification of the Purposes of Non Profit Institutions <i>/Klasifikacija svrha neprofitnih institucija/</i>
CFC	Consumption of Fixed Capital <i>/Potrošnja fiksnog kapitala/</i>
CMSA	Compulsory Medical Savings Accounts <i>/Obavezni medicinski štedni računi/</i>
CPA	Classification of Products by Activity <i>/Klasifikacija proizvoda prema aktivnosti/</i>
CPC	Central Product Classification <i>/Centralna klasifikacija proizvoda/</i>
CPI	Consumer Price Index <i>/Potrošački cjenovni indeks/</i>
ECG	Electrocardiography <i>/Elektrokardiografija/</i>
EEG	Electroencephalography <i>/Elektrocefalografija/</i>
EPHF	Essential Public Health Functions <i>/Suštinske funkcije javnog zdravstva/</i>
ESSPROS	European System of Integrated Social Protection Statistics <i>/Evropski sistem integrirane statistike socijalne zaštite/</i>
FA	Financing Agents <i>/Finansijski agenti/</i>
FP	Factors of Provision <i>/Faktori pružanja usluga/</i>
FS	Classification of Revenues of Health Care Financing Schemes <i>/Klasifikacija prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite/</i>
GATS	General Agreement on Trade in Services <i>/Generalni sporazum o trgovini uslugama/</i>
GBD	Global Burden of Disease <i>/Globalni teret bolesti/</i>
GCF	Gross Capital Formation <i>/Bruto akumulacija kapitala/</i>
GDP	Gross Domestic Product <i>/Bruto domaći proizvod/</i>
GFCF	Gross Fixed Capital Formation <i>/Bruto akumulacija fiksnog kapitala/</i>
GFSM	Government Financial Statistics Manual

	<i>/Vladin priručnik za finansijsku statistiku/</i>
GGE	General Government Expenditure <i>/Generalni izdaci vlade/</i>
HA	Health Accounts <i>/Zdravstveni računi/</i>
HC	Classification of Health Care Functions <i>/Klasifikacija funkcija zdravstvene zaštite/</i>
HF	Classification of Health Care Financing Schemes <i>/Klasifikacija modela finansiranja zdravstvene zaštite/</i>
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome <i>/Virus humane imunodeficijencije/Sindrom stečene imunodeficijencije/</i>
HMO	Health Maintenance Organisation <i>/Organizacija za održavanje zdravlja/</i>
HPV	Human Papillomavirus <i>/Humani papiloma virus/</i>
HP	Classification of Health Care Providers <i>/Klasifikacija davalaca usluga zdravstvene zaštite/</i>
IADL	Instrumental Activities of Daily Living Restrictions <i>/Ograničenja u smislu instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života/</i>
ICD	International Classification of Diseases <i>/Međunarodna klasifikacija bolesti/</i>
ICPC	International Classification of Primary Care <i>/Međunarodna klasifikacija primarne zaštite/</i>
ICT	Information and communication technology <i>/Informacijske i komunikacijske tehnologije/</i>
ICHA	International Classification for Health Accounts <i>/Međunarodna klasifikacija zdravstvenih računa/</i>
IEA	Integrated Economic Accounts <i>/Integrirani ekonomski računi/</i>
IEC	Health-related Information, Education and Communication <i>/Zdravstveno informiranje, edukacija i komunikacija/</i>
IP	Intellectual property <i>/Intelektualno vlasništvo/</i>
IHAT	International Health Accounts Team <i>/Međunarodi tim za zdravstvene račune/</i>
IMF	International Monetary Fund <i>/Međunarodni monetarni fond/</i>
ISCED	International Standard Classification of Education (1997) <i>/Međunarodna standardna klasifikacija obrazovanja (1997)/</i>
ISCO	International Standard Classification of Occupations <i>/Međunarodna standardna klasifikacija zanimanja/</i>
ISHMT	International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation <i>/Međunarodna uža lista za tabelarni prikaz bolničkog morbiditeta/</i>
ISIC	International Standard Industry Classification of All Economic Activities <i>/Međunarodna standardna industrijska klasifikacija svih ekonomskih djelatnosti/</i>
JHAQ	Joint Health Accounts Questionnaire (OECD-Eurostat-WHO) <i>/Zajednički upitnik za zdravstvene račune (OECD-Eurostat-WHO)/</i>
LMIC	Lower- and Middle-Income Countries <i>/Zemlje sa niskim i srednjim prihodima/</i>

LTC	Long-term care <i>/Dugoročna zdravstvena zaštita/</i>
MoH	Ministry of Health <i>/Ministarstvo zdravlja/</i>
MoP	Mode of Production or Mode of Provision <i>/Način proizvodnje ili način pružanja/</i>
MRI	Magnetic Resonance Imaging <i>/Snimanje magnetnom rezonancom/</i>
MSA	Medical Savings Accounts <i>/Medicinski štedni računi/</i>
NGO	Non-governmental Organisation <i>/Nevladina organizacija/</i>
NHA	National Health Accounts <i>/Nacionalni zdravstveni računi/</i>
NHI	National Health Insurance <i>/Nacionalno zdravstveno osiguranje/</i>
NHSA	National Health Service Agency <i>/Nacionalna agencija za zdravstvene usluge/</i>
NPISH	Non-Profit Institutions Serving Households <i>/Neprofitne institucije koje opslužuju domaćinstva/</i>
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development <i>/Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj/</i>
OOP	Out of Pocket Expenditure <i>/Izdaci iz džepa domaćinstava/</i>
OTC	Over-the-Counter Medicines <i>/Lijekovi koji se izdaju bez recepta/</i>
PBR	Psychological and behavioural rehabilitation <i>/Psihološka i bihevioralna rehabilitacija/</i>
PET	Positron Emission Tomography <i>/Pozitronska emisiona tomografija/</i>
PG	WHO NHA Producers Guide (Guide to Producing National Health Accounts) <i>/Vodič WHO-a za NHA (Vodič za izradu nacionalnih zdravstvenih računa/</i>
POM	Prescription only medicines <i>/Lijekovi koji se izdaju samo na recept/</i>
POP	Persistent Organic Pollutants <i>/Perzistentni organski zagađivači/</i>
PPP	Purchasing Power Parities (n.b. PPP can also be used to mean public-private partnership) <i>/Pariteti kupovne moći (napomena: PPP također može da znači i “public-private partnership” – javno-privatno partnerstvo/</i>
RoW	Rest of the World <i>/Inostranstvo/</i>
SHA	System of Health Accounts <i>/Sistem zdravstvenih računa/</i>
SHI	Social Health Insurance <i>/Socijalno zdravstveno osiguranje/</i>
SNA	System of National Accounts <i>/Sistem nacionalnih računa/</i>
TCAM	Traditional Complementary and Alternative Medicine <i>/Tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina/</i>

THE	Total Health Expenditure <i>/Ukupni zdravstveni izdaci/</i>
TPE	Total Pharmaceutical Expenditure <i>/Ukupni farmaceutske izdaci/</i>
UN	United Nations <i>/Ujedinjene nacije/</i>
USAID	United States Agency for International Development <i>/Agencija Sjedinjenih Američkih Država za međunarodni razvoj/</i>
VHI	Voluntary Health Insurance <i>/Dobrovoljno zdravstveno osiguranje/</i>
WB	World Bank <i>/Svjetska banka/</i>
WHO	World Health Organization <i>/Svjetska zdravstvena organizacija/</i>

PREDGOVOR

Sistemi zdravstvene zaštite u svim zemljama stalno evoluiraju kao odgovor na promjene demografske strukture i obrasce bolesti, brz tehnološki napredak i sve kompleksnije mehanizme finansiranja i pružanja usluga, od čega su ovo samo neki od faktora. U nastojanju da se realiziraju neki od uobičajenih ciljeva sistema zdravstvene zaštite – jednakost, efikasnost i uspješnost zaštite – jedno od ključnih pitanja za donosiocje odluka jeste: “*Koliko trošimo na zdravlje i da li se ta potrošnja mjeri na uporediv način?*”

Da bi se odgovorilo na sve učestalije zahtjeve analitičara i donosiocja odluka za davanjem ovakvih informacija o izdacima u zdravstvu, *Sistem zdravstvenih računa (SHA)* predložio je okvir za sistematski opis finansijskih tokova koji se odnose na zdravstvenu zaštitu. Cilj SHA jeste da opiše sistem zdravstvene zaštite iz perspektive izdataka kako u međunarodne tako i u nacionalne svrhe.

Od objavljivanja prvobitnog dokumenta *Sistem zdravstvenih računa* od strane OECD-a 2000. godine i kasnijeg Vodiča u izdanju WHO/WB/USAID za izradu nacionalnih zdravstvenih računa sa posebnim aplikacijama u zemljama sa niskim i srednim prihodima u 2003. godini, zajedno je stečeno skoro deset godina iskustva u zemljama u zdravstvenom računovodstvu. Ovo je podstaklo potrebu za ažuriranjem stanja kako bi se ispravili neki od nedostataka koji su bili očit u originalnom priručniku ali je također dalo priliku da se uzmu u obzir neke od novina do kojih je došlo u oblasti sistema zdravstvene zaštite. U cilju utvrđivanja globalnog standarda za zdravstveno računovodstvo, dogovoren je formalni kolaborativni poduhvat između OECD-a, Eurostata i WHO-a 2006. godine za nadzor nad revizijom Priručnika SHA.

Sistem zdravstvenih računa 2011 je rezultat četverogodišnjeg ekstenzivnog i širokog konsultativnog procesa prikupljanja informacija i komentara od velikog broja nacionalnih eksperata i drugih međunarodnih organizacija širom svijeta. Toplo se zahvaljujemo na svim njihovim doprinosima. Priručnik nastoji postići konsenzus uz istovremeno odražavanje različitih perspektiva i prioriteta u sve širem domenu zdravstvenih računa.

Publikaciju SHA 2011 je pripremio Međunarodni tim za zdravstvene račune (IHAT) koji se sastoji od sljedećih stručnjaka za zdravstvene račune iz tri organizacije: Roberto Astolfi, Rebecca Bennetts, Hartmut Buchow, William Cave, Didier Dupre, Patricia Hernandez, Sandra Hopkins, Dorota Kawiorska, Luca Lorenzoni, Nathalie Van de Maele, David Morgan, Cornelis van Mosseveld, Eva Orosz, Markus Schneider, Tessa Tan Torres i Jens Wilkens, sa komentarima na razne nacрте od ostalih kolega. Upućujemo zahvalnost visokim rukovodiocima triju koordinacionih organizacija, uključujući Anne Clemenceau, Marleen De Smedt, Davida Evansa, Marka Pearsona i Petera Schereraza za pomoć u vođenju procesa revizije SHA. Priručnik je zajedničko izdanje OECD-a, Evropske unije i Svjetske zdravstvene organizacije.

Ova publikacija sumira Priručnik za sistem zdravstvenih računa 2011 (SHA 2011) koji su zajednički izradili OECD, Evropska komisija i WHO. Ona za zdravstvene računovođe i korisnike zdravstvenih računa osigurava lako dostupnu referencu sa suštinskim konceptima, klasifikacijama i pojašnjenjima u dokumentu skromnijeg obima. Struktura ove skraćene verzije slijedi strukturu Priručnika i gdje god čitalac bude želio više objašnjenja sadržaja iz ove publikacije prvo mu se toplo preporučuje da pogleda odgovarajuće poglavlje ili aneks u

Priručniku SHA 2011, koji je dostupan online [http://www.who.int/nha/sha_revision/sha_2011_final_1.pdf].

Ova sažeta verzija je sačinjena na osnovu odabranih tekstova izvučenih iz izdanja Priručnika SHA 2011. Ako želite više detalja, možete koristiti SHA 2011 kao referencu. Za odabir tekstova i kompilaciju bio je zadužen WHO, posebno W. Cave koji je sve to pripremio u saradnji sa timom WHO-a za nacionalne zdravstvene račune (P. Hernandez, N. van de Maele i C. van Mosseveld).

ZAHVALE ZA PRIRUČNIK SHA 2011

U izradi ove publikacije korišteni su mnogi komentari i doprinosi u okviru konsultativnog procesa velikog broja stručnjaka i organizacija, uključujući: Sawsan AbdulKarim, Aw Abou, Masoud Abbas Aboullhalaje, Jamal Abu Saif, Hedi Achouri, Nicoleta Adamescu, Novia AFDHILA, Mathilde Agbodande, Leulseged Ageze, Soane 'AHIO, Tu'akoi 'AHIO, Togafiti Mateo AH TONG, Baktygul Akkazieva, Faisal Al Gohaly, Fatina Al Halwani, Masoud Al Aisiri, Ahmed Mohammed Al Qasmi, Patricia Allen, Tom Aliti, Alvaro ALONSO-GARBAYO, Mariam Ally, Selassi d'Almeida, Michael Amara, Donna AMARAICH, Walid Ammar, Vinod B. Annigeri, Surya Prasad ARCHARYA, Chokri Arfa, Hector Arreola, Eyob Asbu, Maria Angelica Borges dos Santos, Daniel Aran, Manavahe ATA, U Aung Kyaing, Leticia Avila, Osmat Azzam, AFM Azizur Rahman, Sarah BARBER, Gilberto Baron, Ernesto Bascolo, Chuluunzagd BATBAYAR, D. BAYARSAIKHAN, John Beard, Tahmina Begum, Pedro Bivona, Moussa Bizo, Gabriela Blejer, Marc Bura, Alexandra Carvalho, Leonor Cedillo, Kwok Cho Tang, M. K. Cham, Jie CHEN, Bona Chitah, Ogochukwu Chukwujekwu, Prastuti Chusnum, Gerald CLARINO, Jose Cleto, Andrea Collado, Cathy Cowan, Jonathan Cylus, Godapitiya Dantanarayana DAYARATNE, Chimeddagva DASHZEVEG, Zailan Dato' Adnan, Finka Denkova, Tesfaye Deжере, Carmelita DESTREZA, Mali- Diarra, Raul Figueroa Diaz, T.R. Dilip, Paul DOPSIE, Michel Duee, Varatharajan Durairaj, Zine Eddine Elidrissi, Barbara ELISARA, Aboubacry Fall, Tolu Fakeye, Irina Falkovich, Khadija Fariji, Tharanga Fernando, Nina FILIPE, Milena Gajic, Gauden Galea, Charu Garg, Yogendra GAUCHAN, CK George, Anna Glenngard, Ketevan Goginashvili, Soraya Gonzalez, Pepe GOTAHA, George Gotsadze, Ramiro Guerrero Dania Guzman, Fatina Halawani, The National Board of Health and Welfare (Sweden), Canadian Institute for Health Information, Rozita HALINA TUN HUSSEIN, Hilda Harb, John Henderson, Frida Hjalte, Catharina Hjortsberg, Jakub Hrkál, Jacques Huguenin, Mohammed Nazmul HUQ, Redencion M. Ignacio, Irene Ijoma, Mie Inoue, Wayne IRAVA, Galiya Ismurzina, Georgeta Istrate, Martin IUSITINO, Jackson JACK, Christopher JAMES, Natalja Jedomskihh-Eigo, Hyoung-Sun Jeong, Ben JESSE, Wu Jian, Siyabonga Jikwana, Solomon Kagulula, Toumelu KALSAKAU, Humphrey Karamagi, Edward Kataika, Moussa Keita, Idrish KHAN, Samvel Kharazyan, Maryam Khoshakhlagh, Geoffrey Kimani, Josés Kirigia Felicia Knaul, Kalsum KOMARYANI, Michal Kozinski, Pablo Kuri, Joe Kutzin, Saras LAL, Rouselle LAVADO, Han-Yul LEE, Josephine LIBIRAN, Jennifer Ligoton, C Limbo, Christina Liwendahl, Josés M. Kirigia, Ricardo M. de Moraes, Sigita Maciukiene, Richard Madden, Hufanga MAFI, Ajay Mahal, Thomas Maina, Duong Manh Hung, Vittorio Mapelli, Maximilian Mapunda, Nora Markova, Marymell A. Martillan, Awad Mataria, Paulini MATAVEWA, Colin D. Mathers, Inke Mathauer, Thomas Mbeeli, Centers for Medicare and Medicaid Services

(United States), Laurita MENDOZA, Diana Miguez, G de Analisis Economico y Fondo de Cohesion, Ministerio de Sanidad y Consumo (Spain), Ministry for Health and Prevention (Denmark), Ministry of Health and Social Affairs (Sweden), Dirk Moens, Jameson MOKOROE , Alejandro Moline, Ceesay Momodou, Gabriela Morales, Dale Mudenda, Michael Muller, Navy MULO, Stephen N Muchiri, Laurent Musango, Takondwa Mwase Juliet Nabyonga, Mardiat Nadjib, Somil Nagpal, Sunil Nandraj, Jamal Nasher, Wadji Ndack, Nafanua NGAU CHUN, Gustavo Nigenda Manuela NOthen, Mr Nzoya, Alana Officer, Marie-Jeanne Offosse, Alireza Olyae Manesh, Aniceto ORBETA, Dan Osei, D. Otgonbaatar , Ousmane Oumarou, Alain Palacios, Lassina Pare, Walaiporn Patcharanarumol, La-Toya PEKA LEE, Ramon Perez Minaya, Victor Perez Perez, Margarita Petrera, Vincent van Polanen Petel, Augusto Portocarrero Grados, Jean-Pierre Poullier, Nguyen Quang An, Isabel Quintela, Badri Raj Pande, Rachel H. Racelis, Azizur Rahman, Racquel Dolores Sabenano, Babu Ram SHRESTHA, Y. Ramful, Ravindra Rannan-Eliya, Magdalena Rathe, Saadiya Razzaq, Keshwa REDDY, Cynthia REGALADO, Jorge Relano, Ade Renner, Jose Luis Resendiz Jacinto, Carmen Reyes, Mary Reyes, Mardiat Hadiyin RIFAI, Cruz Rivero Carlos, Molly Robinson, Rosa Maria Rodriguez Skewes, Raymond Rossel, Tomas Roubal, Sarit Rout, Gloria Miriam Rubio, Luis Armando Ruiz Morales, Racquel Dolores Sabenano, Belgacem Sabri, Rocio Saenz, Auguste Sagbohan, Hossein Salehi, Farba Sall, Luis Salvador-Carulla, Ali Sani, Oscar Santiago Salinas, Jeronimo Santiago, Manuel Santo Landa Louhangale SAUAKI, Rodrigo Saucedo, Shekhar Saxena, Claude Sekabaraga Sakthivel SELVARAJ, Arthur Sensenig, Mariyam Shafeeq, Aparnaa SOMANATHAN, Carlos Sosa, Sidikou Soumana, Sidikou Soumare, Alice Soumare, Romaric Some, Samrit Srithamrongsawat, Statistics Sweden, Kristina Stig, Bernd Struck, Ruben Suarez, Jing SUN, The Swedish Association of Local Authorities and Regions, Pall Szilard, Meirvat Taha, Sosefina Taluata TUALAULELEI, Viroj Tangcharoensathien, Jihane Tawilah, Adyl Temirov, NGUYEN THI KIM PHOUNG, Artidtaya Tiampriwan, Kanjana Tisayaticom, Angharad TOMA, Sekou Toure, Viram TOVU, Jeffrey Tshabalala, Haltar ULZIIORSHIH, Kh. Uyanga, Werner Valdes Romero, Ricardo Valladares, Jan van Tongeren, Alexander Turdziladze, Chitpranee Vasavid, Piet Verbiest, John Verrinder, Ana Vicente, Nilhda Villacres, Raymond Wagener, Quan WAN, Hayman WIN, Xiaoping Xie, Yunita, Catherine Zaidman, Jameela Zainuddin, Tiemin ZHAI, Yuhui ZHANG, Xiaorui Zhang, Yuxin Zhao, Andre Zida. The various drafts of the chapters also benefitted from comments made by delegates at the annual meetings of OECD Health Accounts Experts, Eurostat Technical Group on Care and the WHO Regional Consultation meetings organised in Ouagadougou, Shanghai, Cairo, Mexico City, Geneva, Seoul, Cuernavaca, Nairobi, Punta Cana, Manila i Beijing.

U okviru procesa revizije također je sa zahvalnošću prihvaćena finansijska podrška Fondacije Bill and Melinda Gates i Evropske komisije.

DIO 1

TEMELJI SISTEMA ZDRAVSTVENIH RAČUNA

POGLAVLJE 1. UVOD

Zdravstveni računi pružaju sistematski opis finansijskih tokova koji se odnose na potrošnju dobara i usluga u oblasti zdravstvene zaštite. Svrha zdravstvenih računa je dati opis sistema zdravstvene zaštite sa stanovišta izdataka. Jedan od visokih prioriteta je doći do pouzdanih i blagovremenih podataka koji su uporedivi i sa drugim zemljama i po protoku vremena. Ovo je prijeko potrebno za praćenje trendova u potrošnji u zdravstvu i faktora koji utiču na to, što se zauzvrat može koristiti za poređenje sa drugim zemljama i za projekcije rasta u budućnosti. Prema tome, zdravstveni računi se koriste na dva osnovna načina: na međunarodnom planu, gdje je naglasak na odabiru međunarodno uporedivih podataka o izdacima i na nacionalnom planu, sa detaljnim analizama potrošnje u oblasti zdravstva i većim akcentom na poređenjima po vremenu. Zdravstveni računi su od suštinskog značaja za obje ove svrhe.

Sami Priručnik SHA 2011 inspirisan je i oslanja se na nekolicinu međunarodnih priručnika i smjernica o računima izdataka u zdravstvenom sistemu, a najviše na: *Sistem zdravstvenih računa* ("SHA 1.0") (OECD, 2000); *Vodič za izradu nacionalnih zdravstvenih računa* ("Vodič za izrađivače") (PG) (WHO, Svjetska banka, USAID, 2003); i *SHA Smjernice* (Eurostat/UK ONS, 2003). Bogato iskustvo koje je stečeno na implementaciji ovih raznih smjernica širom svijeta, rezultati specifičnih istraživačkih projekta u oblasti zdravstvenih računa i naponi na stvaranju međunarodnih kolekcija podataka¹ predstavljaju značajan doprinos u izradi Priručnika.

Razlike i poboljšanja između SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 2011 uvodi nekoliko izmjena i poboljšanja u poređenju sa SHA 1.0. Prvo i osnovno, on jača *tro-osovinski* odnos koji leži u samom korijenu Sistema zdravstvenih računa i njegovom opisu zdravstvene zaštite i izdataka u oblasti dugoročne zdravstvene zaštite – tj. ono što je potrošeno je i osigurano i finansirano. Ove tri osovine održavaju osnovne principe SHA 1.0 i *Vodiča za izrađivače*. SHA 2011 nudi kompletniju pokrivenost u funkcionalnoj klasifikaciji u oblastima kao što su prevencija i dugoročna zaštita; sažetiju slikosfere davalaca zdravstvenih usluga sa bliskim vezama sa standardnim klasifikacijama djelatnosti: i precizan pristup za praćenje finansiranja u sektoru zdravstvene zaštite koristeći novu klasifikaciju finansijskih modela.

Sve u svemu, veliki naglasak je stavljen na potrebu za očuvanjem dosadašnjih investicija i napora zemalja u institucionalizaciji zdravstvenih računa. Pod uslovom da dođe do uspješnog

¹ Zajednički upitnik o zdravstvenim računima OECD-a, Eurostata i WHO-a (JHAQ), koji se koristi od 2005. godine

testiranja podataka i verifikacije metodologije, sve promjene na klasifikacijama i metodama računovodstva treba uvoditi postepeno i korak po korak kako bi se osigurala neometana tranzicija sa SHA 1.0 na SHA 2011.

POGLAVLJE 2. SVRHE I PRINCIPI ZDRAVSTVENIH RAČUNA

Uvod

Ovo poglavlje sadrži pregled svrha Sistema zdravstvenih računa i principa na kojima počiva.

Svrhe i ciljevi Sistema zdravstvenih računa 2011

SHA 2011 predstavlja standard za klasifikaciju zdravstvenih izdataka u odnosu na tri osovine: potrošnju, pružanje usluga i finansiranje. SHA 2011 sadrži smjernice i metodološku podršku za kompilaciju zdravstvenih računa. Konkretnije, svrhe Sistema zdravstvenih računa 2011 su:

- Osigurati okvir osnovnih zbirnih vrijednosti relevantnih za međunarodna poređenja zdravstvenih izdataka i analizu zdravstvenih sistema;
- Osigurati sredstvo, koje se može raščlaniti po pojedinačnim zemljama, koje može proizvesti korisne podatke u monitoringu i analizi zdravstvenog sistema;
- Definirati međunarodno usklađene granice zdravstvene zaštite za praćenje izdataka u potrošnji.

U cilju realizacije ovih svrha, SHA 2011 predstavlja osnovu za prikupljanje, katalogizaciju i procjenu svih novčanih tokova vezanih za izdatke u zdravstvenoj zaštiti.

Principi Sistema zdravstvenih računa 2011

Osnovni principi u definiranju dimenzija i klasifikacija SHA 2011 su relevantnost i korisnost za zdravstveno-analitičke svrhe, kontinuitet sa postojećim standardima i unaprijeđenost veza sa Sistemom nacionalnih računa (SNA). Polazna tačka za SHA 2011 je trošenje usluga i roba u oblasti zdravstvene zaštite od strane rezidentnog stanovništva zemlje ili regiona. Ovo utiče na strukturu klasifikacije na takav način da u opisu sistema prioritet ima finalno korištenje usluga i roba od strane rezidenata nad proizvodnjom.

Priručnik je izrađen primjenom funkcionalnog pristupa onome što se osigurava i koristi u okviru zdravstvene zaštite. To znači da su zdravstveni izdaci uključeni bez obzira na to kako ili od strane koga je usluga ili roba finansirana ili kupljena, ili kako i od strane koga je pružena.

Zdravstveni sistemi i Sistem zdravstvenih računa

Zdravstveni sistemi imaju kompleksne, nacionalno-određene okvire koji su pod velikim uticajem kulture, politike i ekonomije, sa vezama u ekonomskim sektorima, javnoj administraciji i raznim aktivnostima koje se odnose na socijalno učešće. Zbog multifaktorske prirode zdravstva

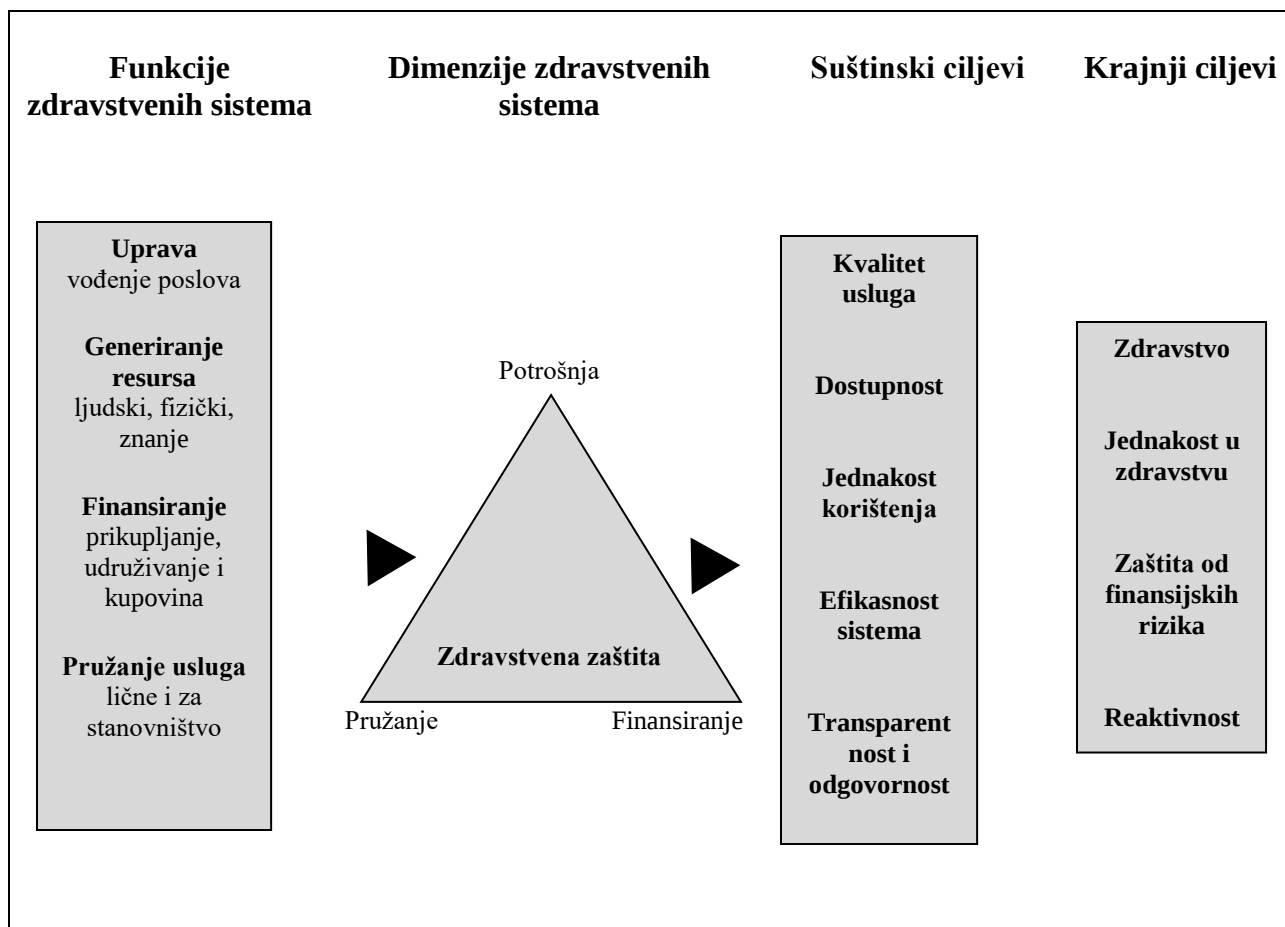
i multisektoralnog doprinosa statusu zdravstva, okvir zdravstvenih sistema je mnogo širi od SHA pristupa, posebno u pogledu granica zdravstvenih izdataka. Iako se zdravstveni sistemi mogu značajno razlikovati od zemlje do zemlje, SHA ima za cilj unapređenje podataka o izdacima u zdravstvenoj zaštiti na međunarodnom planu povlačenjem granica zdravstvene zaštite prema funkcionalnoj klasifikaciji.

Okvir zdravstvenog sistema koji opisuje Svjetska zdravstvena organizacija se prema definiciji sastoji od svih organizacija, institucija, resursa i ljudi čija primarna svrha je unapređenje zdravlja (WHO, 2000). Četiri komponente ili *funkcije* u ovom okviru od suštinskog su značaja za realizaciju konačnih ciljeva, a one također služe kao standardi prema kojima se u konačnici mjeri učinak zdravstvenog sistema:

- *Upravljanje*: nadzor nad sistemom uključujući utvrđivanje politike i odgovarajuće propise i monitoring;
- *Generiranje resursa*: investiranje u ljudske resurse; medicinski proizvodi i tehnologija; i kapitalna dobra; osoblje kao i ključni inputi i tehnologija (ljudski, fizički i znanje);
- *Finansiranje*: prikupljanje sredstava za zdravstvo, udruživanje sredstava i kupovina usluga;
- *Pružanje usluga* (nabavka): “kombinacija inputa u procesu proizvodnje usluga koja realizira zdravstvene intervencije za pojedince ili zajednicu (...); cilj je utvrđivanje najbolje i najefikasnije kombinacije ličnih i ne-ličnih usluga, i osiguranje njihove dostupnosti” (WHO, 2005a).

Slika 2.1. pokazuje gdje se razne dimenzije SHA nalaze u odnosu na različite funkcije zdravstvenog sistema i ciljeve okvira zdravstvenog sistema, odražavajući relevantnost politike ovih dimenzija.

Slika 2.1. Povezanost između okvira zdravstvenih sistema i zdravstvenih računa



Izvor: Prilagođeno iz WHO (2000).

Poglavlje 2 punog SHA 2011 priručnika sadrži dalju diskusiju o ovim konceptima i završava diskusijom o tome kako su informacije o zdravstvenim izdacima korištene u prošlosti i o nekim od predviđenih analitičkih upotreba informacija generiranih iz implementacije SHA 2011 standarda.

POGLAVLJE 3. RAČUNOVODSTVENI KONCEPTI I AGREGATI U OKVIRU SHA

Uvod

Ovo poglavlje sadrži pregled osnovnih računovodstvenih koncepata i zbirnih vrijednosti koje su korištene u cijelom Priručniku. Iako se svaka zbirna vrijednost razmatra dalje u narednim poglavljima, ovdje je fokus na odnosu između potrošnje zdravstvenih roba i usluga i svih drugih mogućih upotreba zdravstvenih roba i usluga unutar ekonomije. Raspon mogućih upotreba uključuje intermedijarnu potrošnju, akumulaciju kapitala i izvoz.

Računovodstvo i nacionalno računovodstvo kao osnova za *Sistem zdravstvenih računa*

Sistem zdravstvenih računa koristi i oslanja se na račune vezane za zdravstvenu zaštitu i organizacija i domaćinstava, kao i određene zbirne vrijednosti prikupljene kao dio nacionalnih računa. Što se SHA može bliže povezati sa standardima poslovnog i javnog računovodstva, međunarodnim i nacionalnim smjernicama za vođenje zdravstvenih evidencija i nacionalnim računovodstvenim definicijama, to će ga biti lakše izraditi i bit će korisniji za analizu.

Potrošnja, dostupnost i korištenje zdravstvenih roba i usluga

U ovom dijelu se razmatra centralni SHA koncept *potrošnje* roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite u odnosu na SNA perspektivu *korištenja* tih roba i usluga. Sve robe i usluge u oblasti zdravstvene zaštite koje su na raspolaganju u određenoj zemlji osiguravaju ili domaći davaoci usluga ili se uvoze iz inostranstva. One se onda mogu koristiti na različite načine, bilo za zadovoljavanje zdravstvenih potreba rezidentnog stanovništva ili kao input za proizvodnju drugih zdravstvenih roba ili usluga. Na primjer, radiolog može vršiti konsultacije za pacijente koji su rezidenti države, za strane turiste ili za drugog davaoca zdravstvenih usluga (kolegu ili bolnicu, na primjer). Robe ili usluge u oblasti zdravstvene zaštite koje se proizvode ili uvoze na ekonomsku teritoriju i koje koristi rezident države za zadovoljavanje pojedinačnih ili kolektivnih potreba klasificiraju se kao finalna potrošnja i uključene su u zdravstveni računovodstveni okvir. Međutim, za sljedeće slučajeve se smatra da su izvan granica SHA računa, koji obuhvataju funkcije, davaoce usluga i finansijske modele:

- Ako korisnik nije rezident, proizvodi se smatraju kao izvoz;
- Ako robe i usluge u oblasti zdravstvene zaštite koriste drugi davaoci zdravstvenih usluga, one se smatraju kao faktori pružanja usluga (intermedijarna potrošnja); i
- Ako se robe u oblasti zdravstvene zaštite skladište za buduću upotrebu one se smatraju promjenama u inventarima ili zalihama roba.

Glavni agregati izdataka u zdravstvu

Tekući izdaci u oblasti zdravstvene zaštite

<i>Tekući izdaci u oblasti zdravstvene zaštite</i> = izdaci za finalnu potrošnju rezidentnih jedinica za robe i usluge u oblasti zdravstvene zaštite

Drugim riječima, tekući izdaci za zdravlje kvantificiraju ekonomske resurse utrošene na funkcije zdravstvene zaštite u skladu sa granicama potrošnje postavljenim u poglavlju 4. Osim toga, SHA se primarno bavi robama i uslugama u oblasti zdravstvene zaštite koje troše *isključivo* rezidenti, bez obzira na to gdje je došlo do potrošnje ili bez obzira na to ko plaća. Prema tome, izvoz roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite je *isključen*, dok je uvoz roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite za finalno korištenje *uključen*.

Izdaci za bruto akumulaciju kapitala u sistemu zdravstvene zaštite

Razlika između tekućih izdataka za robe i usluge u oblasti zdravstvene zaštite i kapitalnih izdataka u okviru industrije zdravstvene zaštite je važna razlika. Kapitalne robe su suštinska komponenta potražnje davalaca zdravstvenih usluga i igraju suštinsku ulogu u nabavci i pružanju roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite održanjem ili širenjem njihove proizvodnje.

Bruto akumulacija kapitala u sistemu zdravstvene zaštite se mjeri ukupnom vrijednošću *sredstava* koja su davaoci zdravstvenih usluga *pribavili* u računovodstvenom periodu (umanjeno za vrijednost otuđenja sredstava istog tipa) a koja se koriste više puta ili duže od jedne godine u pružanju zdravstvenih usluga.

Ukupni izdaci za zdravlje (SHA 1.0)

U SHA 1.0 “tekući izdaci za zdravlje” i “bruto akumulacija kapitala” su sabrani kako bi se došlo do “ukupnih izdataka za zdravlje (THE)”. Ovaj agregat je često biopogrešno shvaćen.

SHA 2011 preporučuje da se “tekući izdaci za zdravlje” i “bruto akumulacija kapitala” drže odvojeno i obeshrabruje upotrebu zbirne vrijednosti THE, barem u odnosu na način na koji je korištena u SHA 1.0.

Vrijeme evidentiranja

Vrijeme evidentiranja izdataka za finalnu potrošnju u okviru SHA ima dva elementa:

- kalendarska godina ili fiskalna godina;
- obračunsko računovodstvo ili gotovinsko računovodstvo

Prije svega, mora se odabrati određeni period unutar kojeg su aktivnosti izvršene. Najčešće je to fiskalna ili kalendarska godina. Za potrebe poređenja na međunarodnom nivou, preferira se kalendarska godina. U tom slučaju, zdravstveni računovođa mora podesiti brojke sa kojima raspolaže tako da se koristi samo jedan period.

Drugi element vremenskih ograničenja jeste razlika između vremena kada je izvršena neka aktivnost i vremena kada je izvršena transakcija kojom je plaćena ta aktivnost. U praksi, to uključuje izbor između obračunskog i gotovinskog računovodstva. SHA preferira obračunsku metodu u kojoj se izdaci pripisuju vremenskom periodu u kojem je ekonomska vrijednost stvorena.

Poglavlje 3 punog SHA 2011 priručnika bavi se centralnim konceptom potrošnje, imajući u vidu razliku između izdataka za finalnu potrošnju i stvarne finalne potrošnje i razmatra ulogu kapitalnih transfera. Također se istražuju i razna pitanja koja se tiču vrednovanja tržišnih i netržišnih transakcija. U njemu se raspravlja o osnovnim sličnostima i razlikama između Sistema zdravstvenih računa i SNA.

POGLAVLJE 4. GLOBALNE GRANICE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Uvod

Ovo poglavlje se bavi granicama aktivnosti u oblasti zdravstvene zaštite koje čine osnovu ključnog računovodstvenog okvira SHA 2011. Pored toga, ono uvodi sučelja za ključni računovodstveni okvir, što omogućava kompilaciju šireg skupa tabela i indikatora za korisne analitičke svrhe i za istraživanje njihovih odnosa sa drugim statističkim sistemima.

Granice zdravstvene zaštite: fokus na funkcijama

Funkcionalna klasifikacija zdravstvene zaštite (ICHA-HC) postavlja granice za aktivnosti u oblasti zdravstvene zaštite sa međunarodnog stanovišta. U skladu sa konceptom na kome počiva dizajn ICHA-HC klasifikacije, granica sadrži sve aktivnosti čija je primarna svrha unapređenje, održanje i prevencija pogoršanja zdravstvenog statusa osoba i ublažavanje posljedica lošeg zdravlja putem primjene kvalificiranog zdravstvenog znanja [medicinskog, paramedicinskog i sestrinskog znanja, uključujući tehnologiju, i tradicionalnu, komplementarnu i alternativnu medicinu (TCAM)]. Ovu primarnu svrhu nastoje ispuniti sljedeće grupe aktivnosti u zdravstvu:

- promocija i prevencija u zdravstvu;
- dijagnoza, tretman, liječenje i rehabilitacija bolesti;
- njega osoba koje boluju od hronične bolesti;
- njega osoba sa zdravstvenim oštećenjima i invaliditetom
- palijativna njega;
- osiguranje zdravstvenih modela za lokalnu sredinu;
- upravljanje i administracija zdravstvenog sistema.

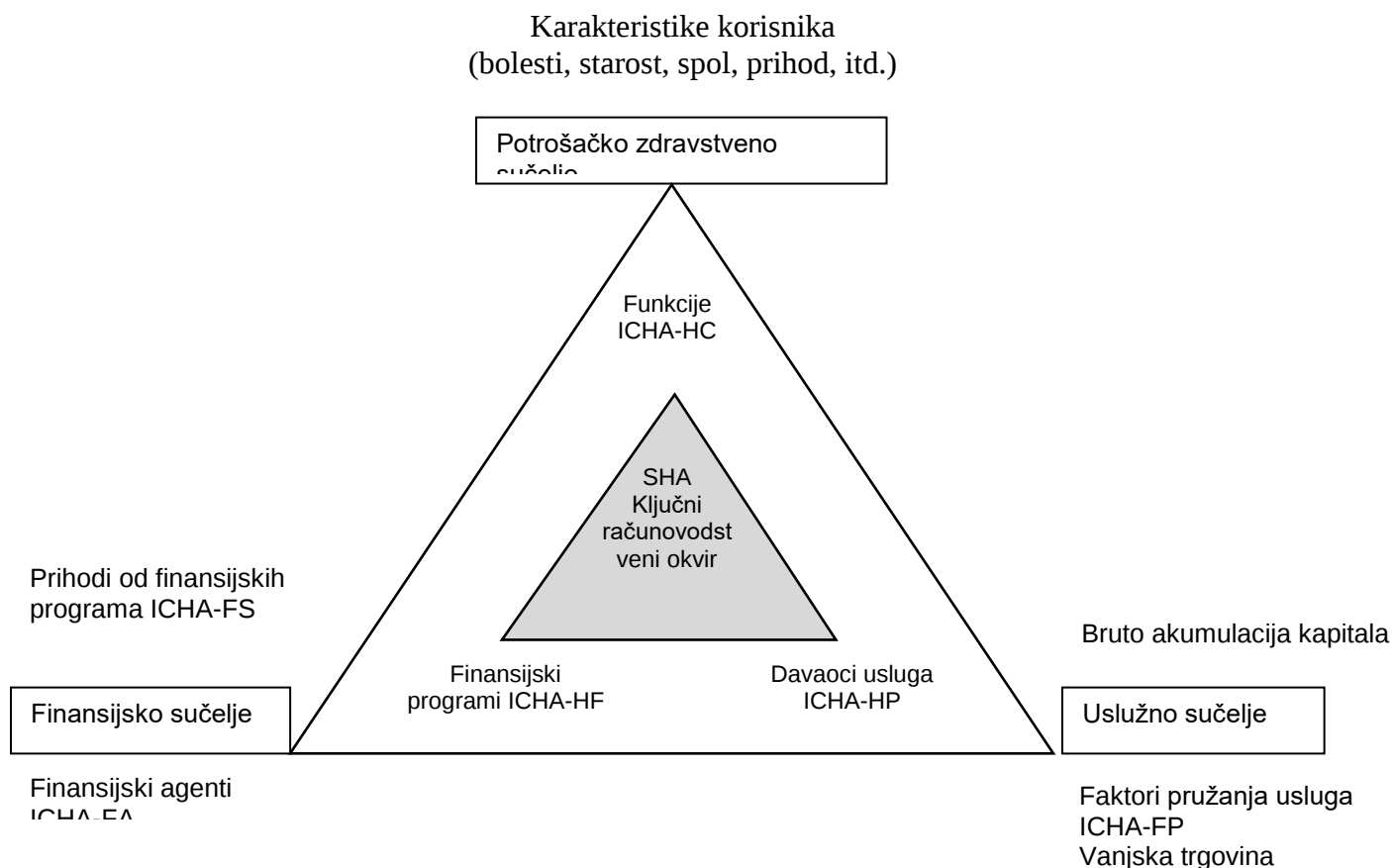
Ključni i prošireni računi SHA

Ključni računovodstveni okvir je organiziran na tro-osovinskom sistemu za evidentiranje izdataka u oblasti zdravstvene zaštite, tj. klasifikacijama funkcija zdravstvene zaštite (ICHA-HC), pružanju zdravstvene zaštite (ICHA-HP) i finansijskim modelima (ICHA-HF), kao što je prikazano na slici 4.1. Ove tri ključne klasifikacije se bave trima osnovnim pitanjima:

- Koje se vrste roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite troše? (Poglavljje 5)
- Koji davaoci usluga zdravstvene osiguravaju ove robe i usluge? (Poglavljje 6)
- Koji finansijski modeli plaćaju za ove robe i usluge? (Poglavljje 7)

Ključnom računovodstvenom okviru SHA može se dodati nekolicina komplementarnih klasifikacija koje su tijesno vezane za jednu od ove tri osovine.

Slika 4.1. Ključni i prošireni računovodstveni okvir za SHA 2011



Izvor: IHAT za SHA 2011.

Kriteriji za postavljanje granica

Zemlje se razlikuju po finansiranju i organizaciji svojih sistema zdravstvene zaštite i po opsegu roba i usluga koje troše. Iz međunarodne perspektive, utvrđivanje zajedničke granice funkcionalno definiranih sistema zdravstvene zaštite znači postavljanje ograničenja za opseg aktivnosti zdravstvene zaštite koje treba uključiti da bi se unaprijedila komparabilnost podataka između zemalja. Data su četiri osnovna kriterija da se utvrdi da li neku aktivnost treba uključiti u ključne granice izdataka u SHA; one su po redoslijedu važnosti sljedeće:

- Primarna svrha aktivnosti je unaprijediti, održavati i prevenirati pogoršanje zdravstvenog statusa pojedinaca, grupa stanovnika ili stanovništva kao cjeline kao i ublažavanje posljedica lošeg zdravlja;
- Kvalificirano znanje i vještine u oblasti medicine ili *zdravstvene zaštite su potrebni za vršenje ove funkcije ili se ona može izvršiti pod nadzorom ljudi koji posjeduju takvo znanje, ili funkcija spada u upravu i administraciju zdravstvenog sistema i njegovog finansiranja;*
- Potrošnja se odnosi na finalno korištenje roba i usluga u zdravstvenoj zaštiti rezidenata;
- Postoji transakcija usluga i roba u zdravstvenoj zaštiti.

Što se tiče *nivoa medicinskog znanja i vještina* koje su potrebne za vršenje aktivnosti zdravstvene zaštite, SHA 2011 upućuje na Međunarodne standarde klasifikacija zanimanja (ISCO). Preporučuje se korištenje ISCO-a kao pozadinskih informacija o skupu medicinskih zanimanja koje karakterizira primjena *kvalificiranog medicinskog znanja i vještina*. U operativnom smislu, referenca se odnosi na ISCO kategorije 2200 i 3200, isključujući veterinarska zanimanja – vidjeti aneks C.

Poglavlje 4 punog SHA 2011 priručnika dalje razmatra potrošački okvir roba i usluga u zdravstvenoj zaštiti, kriterije za ograničenja u operativnom smislu sa graničnim slučajevima, nivoa okvira potrošnje i granice dodatnih računa izdataka.

POGLAVLJE 5. KLASIFIKACIJA FUNKCIJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-HC)

Uvod

U okviru zdravstvenog računovodstvenog okvira, temeljni princip može se formulirati kao “ono što je potrošeno je pruženo i finansirano”. Ne postoji direktni pojedinačni odnos između funkcija zdravstvene zaštite i kategorija pružanja usluga i finansiranja. Ista vrsta roba i usluga u zdravstvenoj zaštiti može se potrošiti od različitih vrsta davaoca usluga i mogu se u isto vrijeme kupiti koristeći razne vrste finansijskih modela. Ali da bi se postigla tro-osovinska perspektiva (potrošnja-pružanje-finansiranje), polazište je mjerenje potrošnje. Granice zdravstvene zaštite su postavljene na osnovu ove potrošačke svrhe. Prema tome, važno je razumjeti šta je potrošnja u zdravstvene svrhe i koje su relevantne kategorije koje treba utvrditi.

Funkcionalna klasifikacija u zdravstvenom računovodstvenom okviru se fokusira na procjenu tekuće potrošnje i uključuje kontakt stanovništva sa zdravstvenim sistemom u svrhu zadovoljavanja zdravstvenih potreba. Prema tome, ovdje nisu uključene investicije, ali se posebno tretiraju u Poglavlju 11 “Akumulacija kapitala u zdravstvenim sistemima”.

Aktivnost generiranja funkcionalne klasifikacije, kao i kod drugih klasifikacija, mora uzeti u obzir i ograničenja u pogledu ostvarivosti. Iskustvo je pokazalo da se kompilacija može ograničiti prirodom nacionalnih zdravstvenih statističkih sistema, koji rijetko odgovaraju klasifikaciji zasnovanoj na zdravstvenim svrhama. Prema tome, ono što treba klasificirati može da se razlikuje i prema podacima koji su dostupni i prema mogućnosti implementacije računovodstvenog okvira.

Puna klasifikacija funkcija zdravstvene zaštite (ICHA-HC) prikazana je u tabeli 5.1 zajedno sa objašnjenjima.

Potrošnja u zdravstvenoj zaštiti po svrhama

U računovodstvenom smislu, “funkcija” se odnosi na “vrstu potrebe koju transakcija ili grupa transakcija ima za cilj da zadovolji ili vrstu cilja koji se nastoji ispuniti”. Klasifikacija funkcija odnosi se na grupe roba i usluga u zdravstvenoj zaštiti koje troše krajnji korisnici (tj. domaćinstva) sa specifičnom zdravstvenom svrhom.

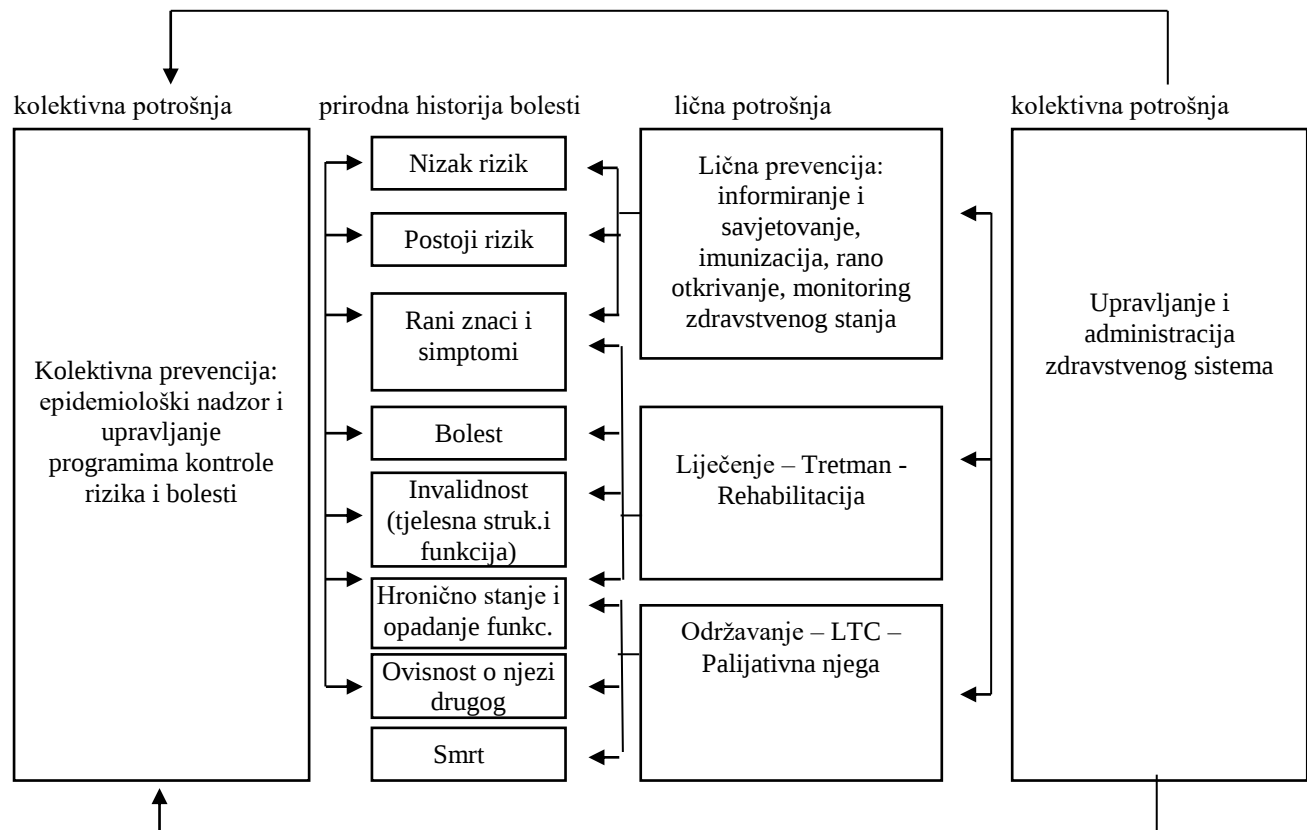
Zdravstvena zaštita se generalno koristi kao integrirani paket usluga. U stvari, kontakt sa zdravstvenim sistemom obično sadrži personaliziranu mješavinu usluga, na primjer, preventivne, kurativne ili rehabilitacione njege. Te usluge se mogu ali ne moraju pružati na osnovu organiziranog programa. Prema tome, možda neće biti moguće jasno odvojiti svaku od komponenti paketa u troškove za prevenciju, liječenje ili rehabilitaciju kada nisu dio modela sa specifičnim evidencijama izdataka.

Zdravstvena zaštita se može koristiti na dva načina: kolektivno ili individualno. Pošto je zdravstveni status atribut pojedinca, veći dio potrošnje zdravstvenih usluga otpada na pojedince; i na taj način se veže za privatnu potrošnju i pojedinačne potrebe. U kontrastu na to, kolektivne usluge ciljaju ukupno stanovništvo (ili dijelove stanovništva) i imaju za cilj unaprijediti sveukupne zdravstvene standarde ili efikasnost i uspješnost zdravstvenog sistema sa koristima za sve korisnike istovremeno. Te usluge su raznolike i nisu u direktnoj vezi sa pojedinačnim

korisnicima, ali su u vezi sa intervencijama u cijelokupnom zdravstvenom sistemu ili njegovim potkomponentama, kao što je monitoring i evaluacija određenih programa kontrole bolesti, pored rukovodnih i administrativnih usluga.

Prirodna historija bolesti kvalificira razne komponente kontakta u zdravstvenom sistemu i omogućava podjelu po određenim vrstama usluga – vidjeti sliku 5.1.

Slika 5.1. **Prirodna historija bolesti i svrha zdravstvenih roba i usluga**



Izvor: Prilagođeno iz Norman (2003).

Objašnjenja za ICHA-HC klasifikaciju funkcija zdravstvene zaštite

HC.1 Kurativna zdravstvena zaštita

Kurativna zdravstvena zaštita obuhvata zdravstvene kontakte u toku kojih je osnovna namjera ublažiti simptome bolesti ili povrede, smanjiti težinu bolesti ili povrede ili pružiti zaštitu protiv pogoršanja i/ili komplikacija bolesti i/ili povrede koje mogu ugroziti život ili normalne funkcije.

Kontakt za kurativnu zdravstvenu zaštitu obuhvata pojedinačni kontakt sa zdravstvenim sistemom i može se sastojati od niza komponenti, kao što je postavljanje dijagnoze, formuliranje

plana za lijekove i terapiju, monitoring i procjena kliničke evolucije ili dopuna procesa snimanjem, laboratorijskim i funkcionalnim testovima za procjenu dijagnostike i evolucije bolesti. Kontakt također može da sadrži razne terapijske metode kao što su farmaceutska sredstva i druga medicinska sredstva (npr. ortoze kao što su naočale i protetička pomagala, kao što su vještački zubi ili udovi), kao i terapijske procedure kao što su hirurške procedure, koje zahtijevaju nastavak aktivnosti i nakon zahvata. Rutinski administrativni postupci kao što su kompletiranje i ažuriranje evidencija o pacijentima također su integralni dio usluge.

- *Uključuje:* sve komponente kurativne zdravstvene zaštite ili tretmana povrede; izvršeni operativni zahvat; dijagnostičke i terapijske postupke; i opstetičke usluge.
- *Slučajevi koje treba pojasniti:* kontakte za tretman i liječenje u slučajevima hroničnih bolesti za koje liječenje nije ostvarivo treba evidentirati kao kurativnu zdravstvenu zaštitu kada se očekuje djelimični oporavak, bez obzira na prvobitno kliničko stanje pacijenta (uključujući i pacijente ovisne o drugima). Kada se očekuje pogoršanje zdravstvenog stanja kod pacijenata koji ovise od drugima, uz stalno povećanje potreba u uslovima ovisnosti, to treba klasificirati kao dugoročnu zaštitu (zdravlja): HC.3.

Kurativna zdravstvena zaštita prema načinu pružanja

Drugi nivo klasifikacije odnosi se na način pružanja (MoP) kurativne zdravstvene zaštite. U svim slučajevima osnovna svrha kurativne zdravstvene zaštite ostaje ista, ali se tehnologija i mjesto pružanja mijenjaju.

Identificirane kategorije načina pružanja zaštite su: *bolnička, dnevna, vanbolnička i kućna njega*. Osnovni kriteriji za razlikovanje kategorija su:

- i. Bolnička njega i dnevna njega pretpostavljaju formalan prijem u zdravstvenu ustanovu, dok vanbolnička i kućna njega to ne pretpostavljaju;
- ii. Bolnička njega pretpostavlja noćenje nakon prijema, dok dnevna njega podrazumijeva otpuštanje pacijenta istog dana;
- iii. Vanbolnička i kućna njega mogu se razlikovati na osnovu lokacije sa koje se usluge pružaju; kućna njega se pruža u mjestu boravka pacijenta, dok se vanbolničke usluge pružaju u prostorijama davalca zdravstvenih usluga.

Opća i specijalizirana njega

Budući da se u kategorije kurativne zdravstvene zaštite može odnositi više od jedne trećine zdravstvenih izdataka, potrebno je dalje kategorisati ovu vrstu zaštite. Kurativna zdravstvena zaštita se može dalje razložiti na trećem nivou u opću i specijaliziranu negu u svakom od načina pružanja. Osnovni principi su:

- a) Uobičajenije zdravstvene potrebe mogu se rješavati kroz manje kompleksne usluge (osnovna ili opća njega) dok uži skup potreba zahtijeva veći nivo tehnološke kompleksnosti (specijalizirana njega);
- b) Zdravstveni sistem obično funkcionira na osnovu selektivnih potreba, sa širom dostupnošću osnovnih ili općih usluga, obično po nižim cijenama i sa različitim

načinima korištenja (u gusto naseljenim ili rijetko naseljenim područjima). Progresivno umanjeње dostupnosti usluga se očekuje za kompleksnije zdravstvene potrebe, kada tretman zahtijeva kompleksniju tehnologiju. Ove usluge su obično skuplje i često se pružaju putem referalnog sistema;

- c) Može postojati praznina između zdravstvenih potreba i dostupnosti potrebnih usluga i resursa, npr. neke zemlje nemaju visoko sofisticiranu opremu za slučajeve raka ili prestanak rada bubrega, tako da se koristi samo osnovna zaštita bez obzira na potrebe;
- d) Razdvajanje usluga zavisi od tehnologije i resursa koji su dostupni u cijeloj zemlji. Stepē tehnologije može da se razlikuje u različitim zemljama, ali specijalizirana zaštita treba da se uvijek odnosi na viši nivo kompleksnosti nego što su usluge koje se klasificiraju kao osnovne ili opće.

Tabela 5.1. Klasifikacija funkcija zdravstvene zaštite

Tabela 5.1. Klasifikacija funkcija zdravstvene zaštite		
Kod	Opis	SHA 1.0 kod
HC.1	Kurativna zdravstvena zaštita	HC.1
HC.1.1	Bolnička kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.1
HC.1.1.1	Opća bolnička kurativna zdravstvena zaštita	
HC.1.1.2	Specijalizirana bolnička kurativna zdravstvena zaštita	
HC.1.2	Dnevna kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.2
HC.1.2.1	Opća dnevna kurativna zdravstvena zaštita	
HC.1.2.2	Specijalizirana dnevna kurativna zdravstvena zaštita	
HC.1.3	Vanbolnička kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.3
HC.1.3.1	Opšta vanbolnička kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.3.1
HC.1.3.2	Dentalna vanbolnička kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.3.2
HC.1.3.3	Specijalizirana vanbolnička kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.3.3
HC.1.4	Kućna kurativna zdravstvena zaštita	HC.1.4
HC.2	Rehabilitacija	HC.2
HC.2.1	Bolnička rehabilitacija	HC.2.1
HC.2.2	Dnevna rehabilitacija	HC.2.2
HC.2.3	Vanbolnička rehabilitacija	HC.2.3
HC.2.4	Kućna rehabilitacija	HC.2.4
HC.3	Dugoročna zaštita (zdravstvena)	HC.3
HC.3.1	Bolnička dugoročna zdravstvena zaštita (zdravstvena)	HC.3.1
HC.3.2	Dnevna dugoročna zdravstvena zaštita (zdravstvena)	HC.3.2
HC.3.3	Vanbolnička dugoročna zdravstvena zaštita (zdravstvena)	dio HC.3
HC.3.4	Kućna dugoročna zdravstvena zaštita (zdravstvena)	HC.3.3
HC.4	Pomoćne usluge zdravstvene zaštite (nespecifirane po funkciji)	HC.4
HC.4.1	Laboratorijske usluge	HC.4.1
HC.4.2	Dijagnostika	HC.4.2
HC.4.3	Prevoz pacijenata	HC.4.3
HC.5	Medicinska sredstva (nespecifirana po funkciji)	HC.5
HC.5.1	Lijekovi i druga medicinska potrošna roba	HC.5.1
HC.5.1.1	Lijekovi na recept	HC.5.1.1
HC.5.1.2	Lijekovi bez recepta	HC.5.1.2
HC.5.1.3	Ostala medicinska potrošna roba	HC.5.1.3
HC.5.2	Terapeutska oprema i ostala trajna medicinska sredstva	HC.5.2
HC.5.2.1	Naočale i druga optička pomagala	HC.5.2.1
HC.5.2.2	Slušni aparati	HC.5.2.3
HC.5.2.3	Ostala ortopedskapomagala i druga protetička pomagala (isključujući naočale i slušne aparate).	HC.5.2.2
HC.5.2.9	Sva ostala trajna medicinska sredstva uključujući i medicinske tehničke uređaje	HC.5.2.4- HC.5.2.9
HC.6	Preventivna zdravstvena zaštita	HC.6, dio HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1	Informisanje, edukacija i programi savjetovanja	Dio HC.6.9, dio HCR 4, HC.R.5
HC.6.2	Programi imunizacije	Dio HC.6.3
HC.6.3	Programi ranog otkrivanja oboljenja	Dio HC.6.3, HC.6.4
HC.6.4	Programi monitoringa zdravstvenog stanja	Dio HC.6.1, HC.6.2,

		HC.6.5
HC.6.5	Epidemiološki nadzor i programi kontrole rizika i oboljenja	HC.6, dio HC. 4, HC. 5
HC.6.6	Programi pripreme za katastrofe i reagovanje u vanrednim situacijama	Dio HC.6
HC.7	Upravljanje i administracija zdravstvenog sistema i finansiranja	HC.7
HC.7.1	Upravljanje i administracija zdravstvenog sistema	HC.7.1
HC.7.2	Administracija zdravstvenog finansiranja	HC.7.2
HC.9	Ostale zdravstvene usluge koje nisu nigdje klasificirane (n.e.c)	
Memorandumske stavke		
Izveštajne stavke		
HC.RI.1	Ukupni farmaceutske izdaci (TPE)	
	<i>od kojih</i> je bolnička potrošnja farmaceutskih proizvoda	
HC.RI.2	Tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina (TCAM)	HC.1-HC.6.1
HC.RI.2.1	Bolnički TCAM	HC.1.1
HC.RI.2.2	Vanbolnički i kućni TCAM	
HC.RI.2.3	TCAM robe	
HC.RI.3	Prevenција i javne zdravstvene usluge (prema SHA 1.0)	HC.6
HC.RI.3.1	Zdravstvena zaštita majke i djeteta; planiranje porodice i savjetovanje	HC.6.1
HC.RI.3.2	Školska zdravstvena zaštita	HC.6.2
HC.RI.3.3	Prevenција prenosivih bolesti	HC.6.3
HC.RI.3.4	Prevenција neprenosivih bolesti	HC.6.4
HC.RI.3.5	Zdravstvena zaštita na radu	HC.6.5
HC.RI.3.9	Sve ostale razne javne zdravstvene usluge	HC.6.9
U vezi sa zdravstvenom zaštitom	Dugoročna zdravstvena zaštita (socijalna)	
HCR 1	Dugoročna zaštita (socijalna)	
HCR.1.1	Dugoročna nenovčana socijalna zaštita	dio HCR.6
HCR.1.2	Novčane naknade za dugoročnu socijalnu zaštitu	dio HC.R.7
HCR.2	Promocija zdravlja sa multisektoralnim pristupom	HC.6, HC.R.4, HC.R.5
Izvor: IHAT za SHA 2011.		

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Opća zaštita

Opća zaštita je obično ulazna tačka u sistem zdravstvene zaštite, prije upućivanja specijalisti u slučaju kompleksnijeg zdravstvenog stanja. Opća zaštita sadrži komponente kontakta za zaštitu, kao što su rutinske pretrage, medicinske procjene, prepisivanje lijekova, rutinsko savjetovanje pacijenata, dijetni režimi, injekcije i vakcine (osim u slučaju kada ove aktivnosti pokriva preventivna zaštita) svih pacijenata. Ona obuhvata, na primjer, osnovnu porodiljsku i rutinsku dijagnostiku i dalje aktivnosti u pogledu zaštite reproduktivnog zdravlja za nekomplikirane slučajeve i može biti dio inicijalnih medicinskih konsultacija ili pregleda ili dio kasnijih bolničkih ili vanbolničkih kontakata.

U stvarnosti, inicijalni kontakt se može ostvariti sa specijaliziranim davaocem zdravstvenih usluga kao ulaznom tačkom. Ti inicijalni kontakti, uključujući i osnovnu dijagnostiku i procjenu, općeg su tipa. U idealnim okolnostima, ove usluge bi trebalo evidentirati tako da se klasificiraju kao opće, bez obzira na specijalizirani nivo davaoca. Opća zaštita isključuje usluge kurativne njege sa višim nivoom specijalizacije.

Specijalizirane usluge

Ove usluge se odnose na kurativnu zaštitu i uključuju viši nivo tehnologije. Očekuje se da će biti iskorištene u izabranim slučajevima gdje je zdravstvena potreba manje česta i više kompleksna. Ove usluge su povezane sa dubokim ali uskim skupom uslova koji zahtijevaju usluge visoke tehnologije, uključujući kompleksnije dijagnostičke i tretmanske postupke. Njih često izvode davaoci usluga koji su usmjereni prema određenom stanju, bolesti ili klasi pacijenata. Postoje četiri osnovne medicinske oblasti, a to su interna medicina, ginekologija i porodiljstvo, hirurgija i pedijatrija. Specijalističke usluge često podrazumijevaju dalje kategoriziranje ovih usluga kao što su neurohirurgija (hirurgija), alergologija (interna medicina), pedijatrijska alergologija (pedijatrija) ili reproduktivna medicina ili genetika (ginekologija i porodiljstvo), itd.

Opća bolnička zaštita (HC.1.1.1) odnosi se na četiri vrste usluga: opću hirurgiju, opću internu medicinu, opću pedijatriju i opću ginekologiju i porodiljstvo. Prijem u ustanovu se fokusira na rutinske tretmane kao što su slučajevi poroda bez komplikacija, apendicitis, hernija, dijareja i dehidracija kod djece, nekomplikirani dijabetes, itd.

Opće vanbolničke usluge (HC.1.3.1) također treba da pokrivaju češće i nekomplikirane slučajeve u svim oblastima medicine, kao što su praćenje i nekomplikirani slučajevi prenosivih i neprenosivih uobičajenih pedijatrijskih bolesti i praćenje nekomplikiranih slučajeva akutnih i hroničnih bolesti kod odraslih.

Što se tiče stomatološke zaštite, usluge kurativne zaštite se fokusiraju na oralno zdravlje, uključujući zube, desni i druge srodne poremećaje. Stomatološka zaštita obuhvata cijeli niz usluga koje se obično vrše na vanbolničkoj lokaciji, kao što su usluge vađenja zuba, dentalna protetika i dentalni implantati i ortodoncija. Ogromna većina usluga stomatološke zaštite se vrši kao vanbolnička zaštita, i stoga je posebna kategorija stomatološke zaštite na trećem nivou uključena u vanbolničke usluge (HC.1.3.2). Dentalna hirurgija koja se vrši kao bolnička usluga klasificira se kao bolnička specijalizirana usluga (HC.1.1.2).

HC 2 Rehabilitacija

Rehabilitacija je integrativna strategija koja ima za cilj osnaživanje osoba sa zdravstvenim stanjima, koje imaju ili postoji vjerovatnoća da će imati invaliditet, kako bi mogle postići i održavati optimalno funkcioniranje, imati pristojan kvalitet života i biti uključene u zajednicu i društvo.

Dok se kurativne usluge primarno fokusiraju na zdravstveno stanje, rehabilitacione usluge se fokusiraju na funkcioniranje koje je u vezi sa zdravstvenim stanjem. Rehabilitacione usluge stabiliziraju, unapređuju ili restauriraju oštećene tjelesne funkcije i strukture, nadomještaju nedostatak ili gubitak tjelesnih funkcija i struktura, unapređuju aktivnosti i učešće, te sprečavaju oštećenja, medicinske komplikacije i rizike. Funkcioniranje i invaliditet se shvataju kao

kontinuum koji se odnosi na svakoga u nekom razdoblju života. Rehabilitacija je relevantna u toku zdravstvenog stanja, duž kontinuumu njege od bolnice do rehabilitacione ustanove pa do zajednice i u svim sektorima od zdravstva, obrazovanja i rada do socijalnih poslova. Kao što je navedeno u poglavlju 4, granice kriterija se također odnose i na rehabilitacionu zaštitu; prema tome, treba uključiti samo rehabilitacione komponente sa primarnom svrhom koja se odnosi na funkcioniranje zdravlja. U komparativne svrhe, treba utvrditi radne i socijalne svrhe i isključiti ih iz zdravstvene zaštite.

Rehabilitacione usluge koriste pojedinci koji imaju funkcionalne poteškoće koje se vežu za širok spektar zdravstvenih stanja (bolest, poremećaj ili povreda), koja mogu biti akutna ili hronična, nasljedna ili stečena, a koje se odnose na ljude sa invaliditetom svih starosnih dobi, nezavisno od ili u vezi sa specijalističkim zdravstvenim uslugama (npr. zamjena kuka, transplantacija srca, specijalistički tretman oka ili tretman akutne depresije). Rehabilitacione usluge se zasnivaju (gdje je moguće) na funkcionalnoj procjeni i dijagnostici u cilju utvrđivanja ciljeva i plana rehabilitacije. Nakon njih slijede dogovorene intervencije (uključujući biomedicinske i tehnološke pristupe kao i podršku kolega) radi optimizacije kapaciteta osobe. Planovi rehabilitacije se prate i prilagođavaju u skladu sa potrebama i resursima pojedinca. Pažljivo praćenje ishoda koji se odnose na određene intervencije može pomoći da se utvrde poboljšanja na intervencijama u cilju optimizacije, funkcioniranja i minimiziranja invaliditeta.

Raspon rehabilitacije je širok i, između ostalog, uključuje psihološku, asistivno-tehnološku, ekološku, kardiopulmološku, gerijatrijsku, neurološku, ortopedsku i pedijatrijsku rehabilitaciju.

- *Uključuje:* korištenje usluga koje imaju za cilj postizanje, restauraciju i/ili održanje fizičkih (npr. nadomjestak tjelesne strukture putem protetičkog pomagala), senzornih (npr. nadomjestak sluha protetičkim pomagalom), intelektualnih (npr. vraćanje pamćenja nakon moždanog udara), psiholoških (npr. smanjenje depresije i stresa kroz podržano učenje korištenja proteze) i socijalnih funkcionalnih nivoa (npr. ponovnim uspostavljanjem kontrole osnovnih funkcija kao što su gutanje i govor nakon udara), što su sve zdravstvene posljedice bolesti, poremećaja ili povrede.
- *Isključuje:* rehabilitacijske usluge sa primarnom društvenom, zabavnom ili radnom svrhom. Neki primjeri društvenog fokusa su oni koji se primarno vežu za svrhu kreativnih, kulturnih i obrazovnih rutina, kao i stručnu obuku i prekvalifikaciju, obrazovanje i nalaženje posla.
- *Slučajevi koje treba pojasniti:* može doći do preklapanja kurativnog tretmana, tj. u slučaju moždanog udara, kada se uvode dopunski rani rehabilitacioni tretmani, kao što je govorna terapija i fizioterapija. Obje funkcije se mogu vršiti paralelno. Također je moguće da dođe do preklapanja između rehabilitacionih usluga i usluga dugoročne njege: rehabilitacija se koristi trajno ili povremeno sa svrhom oporavka, a dugoročna njega ima svrhu održavanja.

Rehabilitacija po načinu pružanja

Usluge rehabilitacije se mogu podijeliti na drugom nivou na ista četiri načina pružanja: HC.2.1 Bolnička rehabilitacijska njega; HC.2.2 Dnevna rehabilitacija; HC.2.3 Vanbolnička rehabilitacija; i HC.2.4 Kućna rehabilitacija.

Potrebno je napomenuti da, iako su preventivne, kurativne i rehabilitacione usluge veoma različite po svojoj svrsi i karakteristikama, u smislu zdravstvenih statističkih sistema (tj.

bolničkih evidencija) može ih biti teško razdvojiti u ove tri komponente. U takvim slučajevima, za prikupljanje podataka i u svrhe izvještavanja, koristi se jedinstven agregat kurativno-rehabilitacione zaštite. Također se mogu koristiti alternativni načini evidentiranja ili utvrđivanje proporcionalnih vrijednosti, što treba jasno navesti u metodološkim informacijama.

HC.3 Dugoročna zaštita LTC) (zdravstvena)

Dugoročna zaštita (zdravstvena) sastoji se od niza medicinskih i usluga lične zaštite koje se koriste sa primarnim ciljem ublažavanja bola i patnje i smanjenja ili upravljanja situacijom pogoršanja zdravstvenog statusa kod pacijenata sa određenim stepenom dugoročne ovisnosti o drugom licu.

Sa stanovišta krajnjeg korištenja, dugoročna zaštita tipično obuhvata integriran paket usluga i pomoći pacijentima sa povećanim nivoom ovisnosti od drugih lica (pod čime se također podrazumijeva i invalidnost, ograničenje aktivnosti i/ili ograničenje u učešću) trajno ili povremeno, i u toku dužeg vremenskog perioda. Što je viši nivo ovisnosti to je sveobuhvatniji komplet usluga koji je uključen u paket. Može se pratiti kontinuum usluga, od intenzivnijih medicinskih usluga ili sestrinske njege, preko usluga lične njege do usluga pružanja pomoći u oblasti socijalne njege na nižem nivou i drugih vrsta socijalnih usluga. Ova zaštita je usmjerena prema populaciji koja je ovisna o drugima sa hroničnim ili povremenim psihijatrijskim stanjima, kao što su osobe sa fizičkim invaliditetom i pacijenti sa mentalnim oboljenjima i pacijenti sa problemom zloupotrebe droge.

Kontinuum njege ne mora nužno zahtijevati cijeli raspon usluga koje se nude ili isti put pružanja. Na primjer, zaštita se može sastojati od redovnih, kratkoročnih zdravstvenih intervencija tokom dužeg vremenskog perioda, ili povremeno i hronično korištenje njege u dužim vremenskim periodima. U nekim slučajevima, dugoročna zaštita podrazumijeva pomoć koja se nudi ljudima u bilo kojoj fazi njihovog stanja, ili palijativnu negu u slučajevima životno opasnih bolesti. Ona također obuhvata i terminalnu negu, koja se shvata kao upravljanje stanjem pacijenta u zadnjim mjesecima života. Čak i kod neizlječivih bolesti, mnogi ljudi mogu živjeti mnogo godina sa funkcionalnim oštećenjem, a u nekim slučajevima mogu voditi uglavnom normalan život. Terminalni pacijenti koji boluju od raka i koji primaju palijativnu negu mogu primiti radioterapiju i kemoterapiju s vremena na vrijeme radi držanja zdravstvenog stanja pod kontrolom. Palijativna nega funkcioniše pored ovih "aktivnih" tretmana u cilju unapređenja udobnosti i blagostanja pacijenta.

Napominjemo da kada se ukaže potreba za epizodom kurativne akutne njege, nevezane za stanje ovisnosti o drugom licu, to treba smatrati kurativnom negom, a ne dugoročnom negom. Međutim, kod pacijenata slabog zdravstvenog stanja akutna epizoda može često da se pretvori u hronično stanje, i zbog ovisnosti, može rezultirati kompleksnijim dugoročnim potrebama.

Razne komponente dugoročne njege mogu se razlikovati na sljedeći način:

- *Medicinska ili sestrinska nega* obuhvata upravljanje simptomima koji se odnose na medicinske, paramedicinske i sestrinske usluge, kao što su ublažavanje bolova i drugih simptoma, davanje lijekova, postavljanje medicinskih dijagnoza i vršenje manjih hirurških zahvata, previjanje rana, zdravstveno savjetovanje za porodice, te pružanje dodatne emocionalne ili duhovne podrške za pacijenta i članove njegove porodice. Ovakva nega uključuje a) niz preventivnih usluga, uglavnom da se izbjegne dalje

pogoršavanje slabog zdravstvenog stanja pacijenta, b) niz situacija upravljanja hroničnim bolestima, c) prilična količina rehabilitacione njege radi vraćanja funkcionalnosti, d) njega koja ima za cilj usporavanje ili smanjenje stepena pogoršanja stanja, odnosno njega za održavanje funkcionalnosti: ukratko, visok nivo kvaliteta u osiguranju života, bez obzira na vrstu zdravstvenog nedostatka.

- *Usluge lične njege* se pružaju kao odgovor na ograničenja u samostalnoj njezi zbog invaliditeta ili bolesti. Ovim uslugama se pruža pomoć u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) kao što su: jedenje, kupanje, pranje, oblačenje, ustajanje i lijevanje, odlazak u toalet i upravljanje inkontinencijom. Većina usluga bolničke njege kao i neke usluge dnevne njege i usluge kućne njege uključivat će usluge lične njege kao dio paketa korištenih usluga. Ove usluge se tipično pružaju direktno ili pod nadzorom medicinske sestre ili tehničara. Ove usluge su uključene u granice zdravstvene zaštite jer je svrha ove vrste usluga povezana sa preživljavanjem i održanjem zdravstvenog statusa. Pored toga, potreba za uslugama lične njege je najčešće povezana sa nekim temeljnim medicinskim stanjem.
- *Usluge pružanja pomoći* odnose se na njegu koja omogućava nekom licu da živi neovisno u kući ili stanu. U okviru tih usluga pruža se pomoć sa zadacima vođenja domaćinstva (tj. instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (IADL)), kao što su odlazak u kupovinu, pranje veša, usisavanje, kuhanje i obavljanje kućnih poslova, vođenje finansija, korištenje telefona, itd.). Ove usluge se tipično pružaju u okviru usluga kućne njege, aranžmana za život uz pomoć drugih lica, itd.
- *Ostale usluge socijalne njege* uključuju aktivnosti u zajednici i profesionalnu podršku koja se pruža stalno ili povremeno određenim pojedincima, kao što su aktivnosti čiji je primarni cilj društveni ili zabavni.

Dosljedan funkcionalni pristup zasnovan na svrhi kontakta za njegu pretpostavlja da je njega u toku dugog ili neodređenog perioda, gde su sestrinske usluge ili usluge lične njege dominantna komponenta, osnova za uključenje u zdravstvene okvire. S druge strane, kontakt sa primarnom svrhom omogućavanja nezavisnog življenja i interakcije sa okruženjem, kao u slučaju pomoći u kući ili života uz pomoć drugih, treba da bude izvan zdravstvenog okvira [vidjeti Dugoročnjanje (socijalna) HCR.1].

U praksi se često dešava da se usluge sestrinske, lične i društvene njege pružaju zajedno kao integriran paket usluga, posebno u slučaju bolničke i dnevne njege. Što se tiče kućne njege, različite usluge se mogu pružati zajedno, ili se mogu pružati i evidentirati odvojeno.

Granice dugoročne zaštite i mjerna problematika

Zdravstvena funkcija (svrha njege) definira granicu, bez obzira na davanje usluga, koji u slučaju dugoročnije njege može biti profesionalni zdravstveni radnik, društveni radnik ili, u slučaju kućne njege, srodnik. Uključenost također treba da bude nezavisna od finansijskih modela koji pokrivaju ovu vrstu njege. Međutim, zbog različitih administrativnih, finansijskih i nabavnih standarda, nacionalne granice dugoročne njege ne moraju se nužno poklapati sa granicama koje definira SHA. Imajući u vidu nedostatak direktnih evidencija u ovu svrhu, potrebno je donijeti odluke o tome kako na standardiziran način pristupiti mjerenju. Osim u slučaju kada je na raspolaganju evidencija na individualnom nivou, što u mnogim zemljama nije ostvarivo, potrebno je progresivno razvijati alternativni izvor da bi se osiguralo potrebno

izvještavanje (vidjeti sugestije za strategije određivanja granica i izvještavanje u Poglavlju 14). Dodatni kriteriji za rješavanje funkcionalnih granica dugoročne njege u zdravstvenoj zaštiti su:

- Usluge lične njege se najčešće povezuju sa temeljnim zdravstvenim stanjima i često se pružaju na osnovu medicinske procjene ili inputa medicinskog profesionalca. Kao takve one se tretiraju kao zdravstvena zaštita;
- Kada se, zbog višeg nivoa ovisnosti, socijalna pomoć i ostale usluge socijalne zaštite integrišu u paket njege sa medicinskim i uslugama lične njege, one se također tretiraju kao zdravstvena zaštita;
- Usluge dugoročne socijalne zaštite same po sebi se ne smatraju dijelom zdravstvene zaštite;
- Kada se posljedice bolesti ne povezuju sa ovisnošću, kao što je oštećenje sluha, onda se one ne uključuju u HC.3, bez obzira na dužinu i težinu stanja;
- Ako postoji potreba za stalnom njegom kada postoji stanje ovisnosti, tj. kodnijege osoba sa mentalnim ili fizičkim invaliditetom, onda je ta njega uključena u granice zdravstvene zaštite.

“Dužina” njege može često uslovljavati određeni način finansiranja, tj. kada se njega nastavlja dalje od nominalnog perioda, na primjer, preko šest mjeseci. U nekim zemljama, plaćanje može da počne prvog dana ali da bude ograničeno na određene uslove. Evidencije drugih zemalja dozvoljavaju mjerenje koje je samo zasnovano na primarnoj svrsi davanja usluga – to jest, da li je institucija primarno medicinska ili socijalna. U drugim sistemima, zaštitno osiguranje tipično pokriva samo dio LTC-a, a ponekad srodnik koji pruža njegu prima određene naknade, koje mogu uključivati i obuku.

U mnogim slučajevima, posebno u zemljama sa srednjim i niskim prihodima, dugoročna njega se pruža od strane srodnika kod kuće bez ikakve vrste naknade, u naturi ili gotovini. Međutim, vrijednost neformalnih davalaca njege je izvan granica SHA zbog odsustva vrednovane transakcije.

U nekoliko zemalja sa višim prihodima, postoji trend da se pomoć formalizira, uglavnom među najstarijim stanovništvom. Međutim, evidencije i strategije izvještavanja su prilično ograničene na potrošnju u domaćinstvu u okviru dugoročne njege. Iako neki modeli podržavaju vještine njegovatelja i daju im naknadu za rad, oni se ne moraju odnositi na zdravstvenu komponentu nego se mogu evidentirati i kao socijalna zaštita.

Dugoročna zaštita (zdravstvena) po načinu pružanja

Različiti načini pružanja mogu rezultirati iz strukture zdravstvenog sistema kao i iz epidemiološkog profila korisnika. Načini ispunjenja potreba dugoročne njege također su evoluirali vremenom. U principu, što je veća ovisnost, to su specijaliziranije i intenzivnije usluge koje će se vjerovatno pružiti.

HC.3.1 Bolnička dugoročna zaštita (zdravstvena)

Ova stavka obuhvata pružanje usluga dugoročne zaštite (zdravstvene) u zdravstvenoj ustanovi (bolnica, dom za njegu) koja podrazumijeva noćenje i medicinski nadzor. Paket usluga

pokriva sestrinsku njegu i/ili ličnu njegu, koja se obično pruža zajedno sa nizom drugih komponenti kao što su smještaj i usluge izdržavanja.

- *Uključuje:* sestrinsku i ličnu njegu koja se tipično pruža u slučaju potrebe teške ovisnosti, kao što je kvadriplegija ili njega pred kraj života, koja se pruža u raznim domovima za njegu lica i drugim specijaliziranim ustanovama za pružanje dugoročne njege. Bolnička dugoročna njega za bolesnike sa mentalnim poremećajima i pacijente koji zloupotrebljavaju drogu uključena je u ovaj vid zaštite kada se njega pruža zbog hroničnih ili ponovljenih psihijatrijskih stanja i većeg stepena funkcionalnog ograničenja i/ili potrebe za pomoći ili nadzorom. Ova njega obuhvata dugoročnu zaštitu koja se pruža pacijentima koji dugo leže u bolnicama ili drugim bolničkim objektima. Usluge smještaja se smatraju dijelom pružanja usluga dugoročne njege.
- *Isključuje:* rezidente ustanove u kojima se na licu mjesta pruža malo ili nikako medicinska ili sestrinska njega. Kontakti za akutnu zaštitu kod pacijenata koji primaju dugoročnu njegu trebaju biti uključeni u HC.1: Kurativna njega.
- *Slučajevi koje treba pojasniti:* ključno za ovu kategoriju jeste svrha, tj. psihijatrijske bolničke usluge se klasificiraju kao kurativna njega pacijenta kada je cilj rješavanje akutnih potreba putem medicinske i sestrinske njege, dok psihijatrijska dugoročna njega obuhvata ovisne pacijente sa malim ili nikakvim očekivanjima u pogledu oporavka, koji su institucionalizirani najvećim dijelom zbog sestrinske njege i periodičnih medicinskih posjeta.

HC.3.2 Dnevna dugoročna zaštita (zdravstvena)

Ova stavka obuhvata planirane usluge dugoročne zaštite (zdravstvene) u zdravstvenoj ustanovi ali bez noćenja. Usluge se mogu pružati u bolnici ili domu ili u posebnoj namjenskoj ili samostalnoj ustanovi dnevnog tipa.

Često zanemareni u formalnom statističkom tretmanu su noćni slučajevi, koji se evidentiraju kao dnevni slučajevi, npr. stariji pacijenti sa poremećajem sna ali normalnim ponašanjem u toku dana, koji žive sa srodnikom u toku dana, ali se preko noći smještaju u instituciju. Jedan paralelan oblik odnosi se na mentalno nestabilne osobe koje čak mogu da se bave određenom profesijom u toku radnog dana, ali preko noći ostaju u psihijatrijskoj ustanovi. Još jedan vid njege je njega za vrijeme godišnjeg odmora za pacijente sa dugoročnom njegom koji žive sa srodnikom tokom dužeg dijela godine ali se “primaju” u ustanovu za vrijeme godišnjeg odmora te porodice.

HC.3.3 Vanbolnička dugoročna zaštita (zdravstvena)

Odnosi se na usluge dugoročne zaštite (zdravstvene) koje imaju svrhu upravljanja stanjem oštećenog zdravlja pacijenta i srodnih kliničkih teškoća. Ovisni pacijenti sa nekim hroničnim stanjem mogu zahtijevati periodičnu verifikaciju doza lijekova i razvoja njihovog stanja, kao i savjete o tome kako se nositi sa simptomima koji se javljaju sa razvojem bolesti. Ove usluge se mogu odnositi na redovne vanbolničke posjete ili na sve učestalije pružanje daljinskih usluga monitoringa pacijenata sa dugoročnom njegom.

Ova kategorija trenutno može predstavljati izazov u pogledu izvještavanja, jer zdravstvena statistika trenutno može imati poteškoća u razlikovanju između različitih vrsta usluga

vanbolničke njege i drugih usluga koje se pružaju kod kuće. Potrebne su detaljnije evidencije da se olakša izvještavanje. U odsustvu takvih podataka, mogu biti korisne procjene zasnovane na ljudskim resursima, stope korištenja ili podaci o jediničnim cijenama.

HC.3.4 Dugoročna kućna zaštita (zdravstvena)

Ova vrsta zaštite obuhvata usluge dugoročne zaštite (zdravstvene) koje se pružaju osobama u njihovom sopstvenom domu, ili u rezidencijanom okruženju kao što je prilagođen smještajni objekat koji se može smatrati njihovim domom, a ne “institucijom”. Takvi rezidencijalni objekti uključuju i društvene objekte kao što je prilagođeni smještajni objekat koji osigurava individualno stambeno okruženje u kombinaciji sa određenim uslugama, kao što su zdravstvena zaštita i nadzor, često za starije stanovnike koji postaju sve više ovisni o drugima. Ova vrsta njege može obuhvatati i specijaliziranu kućnu njegu i usluge kao podršku neformalnoj (porodičnoj ili društvenoj) njezi. Treba napomenuti da usluge dugoročne njege nižeg nivoa socijalne zaštite (kao što je pomoć kod kuće) mogu biti uključene u paket pomoći u kući. Ako se takve usluge ne mogu posmatrati odvojeno i ako nisu dominantna komponenta paketa, treba ih uključiti u dio HC.3.4.; međutim, ako su te usluge dominantne, kompletan paket usluga njege treba uključiti u HCR.1 Dugoročna zaštita (socijalna).

HC.4 Pomoćne usluge (nespecificirane po funkciji)

Pomoćne usluge često predstavljaju integralni dio paketa usluga čija svrha se odnosi na dijagnozu i monitoring. Pomoćne usluge, stoga, nemaju svrhu same po sebi: svrha je da se dođe do izlječenja, da se spriječi bolest, itd. Pomoćne usluge su sadržane na nivou prve klasifikacije po svrsi, a na nivou druge klasifikacije po načinu pružanja. Za usluge bolničke zaštite, dnevne zaštite i vanbolničke zaštite, one se obično ne identificiraju kao posebne kategorije.

Prema tome, samo dio ukupne potrošnje pomoćnih usluga je izražen eksplicitno u izvještajima o potrošnji ovih usluga u kategoriji “nespecificirano po funkciji”, recimo kada pacijent koristi uslugu direktno, posebno u nezavisnom kontaktu sa zdravstvenim sistemom.

Nezavisno korištenje pomoćnih usluga može biti povezano sa ranim otkrivanjem slučaja kao dijelom prevencije (HC.6), praćenjem tretmana ili zdravstvenog stanja – liječenja (HC.1), rehabilitacijom (HC.2) ili dugoročnom zaštitom (HC.3). Ove usluge se također odnose na potrošnju koja nema identificiran način pružanja usluga. Na primjer, laboratorijski testovi ili tumačenje snimka može se naručiti kao rezultat potrošačeve sopstvene inicijative, ili se medicinski test može koristiti za traženje drugog mišljenja za bolničke ili vanbolničke slučajeve ili slučaj kućne njege.

Sadržaj pomoćnih usluga koje se odnose na dijagnozu i monitoring je podijeljen na nivou druge klasifikacije između laboratorijskih usluga (HC.4.1) i dijagnostičkih usluga (HC.4.2). One također obuhvataju transport pacijenta i spašavanje u hitnim situacijama (HC.4.3).

HC.4.1 Laboratorijske usluge

Ova stavka podrazumijeva niz testova kliničkih uzoraka sa ciljem dobijanja informacija o zdravlju pacijenta. Laboratorijski testovi predstavljaju sastavni dio potrošnje svakog pacijenta, i čine vodič za izbor dijagnoze i tretmana.

Laboratorijske usluge (HC.4.1) obuhvataju sljedeća područja:

- Anatomska patologija (npr. histopatologija, citopatologija);
- Klinička mikrobiologija (npr. bakteriologija, virologija, imunologija i mikologija);
- Klinička biohemija (npr. enzimologija, toksikologija i endokrinologija);
- Hematologija (npr. testovi zgrušavanja krvi);
- Citologija (npr. cervikalni bris ili Pap testovi);
- Genetika (npr. citogenetika).

Klinički i drugi funkcionalni testovi fokusiraju se na specifične organe i zahtijevaju dodatnu tehnologiju za mjerenje aktivnosti i obično se vežu za medicinske specijalnosti – kardiovaskularne: npr. elektrokardiografske dijagnoze; alergije: npr. alergijske testove, testove osjetljivosti na hranu; audiologija, itd. Ostale dijagnostičke usluge uključuju testove kao što su elektrokardografska dijagnoza i procjena napora.

Djelovanje banaka krvi, sperme, embriona, tkiva i organa za transplantaciju, uključujući skladištenje i katalogiziranje raspoloživih uzoraka, spajanje doniranih uzoraka sa potencijalnim primaocima, itd. klasificira se kao dio pomoćna usluga, bez obzira da li se radi o samostalnim područjima. Ove usluge tipično nisu nezavisne i predstavljaju komponente paketa zdravstvene zaštite, i stoga se obično smatraju intermedijarnom robom i uslugama. Prema konvencionalnom pristupu u okviru SHA, njihova vrijednost nije izražena u raščlanjenom obliku: finalna potrošnja sadrži vrijednost intermedijarnih komponenti potrošnje. Tu se usluge ovdje evidentiraju samo ako se odnose na direktnu potrošnju.

HC.4.2 Dijagnostika pomoću tehnika snimanja

Ova stavka obuhvata razne usluge gdje se koristi tehnologija snimanja, kao što je rendgen i radijacija za dijagnostiku i monitoring pacijenata. Ova klasa uključuje cijeli spektar tehnologija snimanja za dijagnosticiranje i liječenje bolesti kao što su: obični rendgen aparat, kontrastni rendgen aparat, dijagnostički ultrazvuk, kompjuterska tomografija, nuklearna medicina, nuklearna magnetna rezonanca, nuklearno skeniranje, pozitronska emisija tomografija (PET), magnetna rezonansa (MRI) i druge razne dijagnostičke tehnike snimanja.

HC 4.3 Prevoz pacijenata

Ova stavka obuhvata prevoz pacijenata do zdravstvene ustanove na osnovu medicinske preporuke ili kao potreban transfer između klinika radi dopune paketa usluga zdravstvene zaštite. Primjeri su hitan transport do bolnice i transfer između ustanova radi dodatnih dijagnostičkih snimanja ili rehabilitacionog tretmana. Transport se može vršiti posebno opremljenim kopnenim vozilom ili posebnim vazdušnim ili vodenim ambulantnim vozilom i vrši se od ustanove do ustanove u svrhu primanja medicinske i hirurške njege. Ova kategorija također obuhvata transport konvencionalnim vozilima kao što je taksi, kada postoji opravdanje zbog medicinske preporuke i postoji takva tranzakcija, kao u slučaju postupka utvrđivanja dijagnoze u saradnji između bolnica. Granica treba da odgovara kriterijima postavljenim u Poglavlju 4.

Transportne usluge mogu biti specijalizirane i mogu ali ne moraju uključivati opremu za reanimaciju ili medicinsko osoblje. Ove usluge se mogu obračunavati kao dio određenih srodnih usluga (npr. imaging dijagnostika, itd.).

- *Uključuje:* sve vrste transportnih usluga bilo kojim sredstvom sve dok se zadovoljava kriterij zdravstvene svrhe, npr. uključuje i usluge hitnog transporta koji vrše pripadnici javne vatrogasne službe ili pripadnici odjeljenja odbrane koji redovno djeluju u pružanju usluga u civilnim hitnim situacijama (ne samo za medicinske intervencije u stanjima katastrofa).
- *Isključuje:* transportne troškove pratećih osoba, osim u slučaju kada se radi o pacijentu koji je ovisan o drugim licima.

HC.5 Medicinska sredstva (nespecificirana po funkciji)

Lijekovi i druga medicinska roba često predstavljaju komponentu paketa usluga koja ima preventivnu, kurativnu, rehabilitacionu ili svrhu dugoročne zaštite. Kod bolničke, vanbolničke i dnevne zaštite, ova kategorija se obično ne identificira posebno, osim eventualno na detaljnijem nivou.

Medicinska sredstva se također mogu trošiti i kao rezultat činjenice da su prepisana kao dio kontakta zdravstvene zaštite ili nezavisno u slučaju samo-prepisivanja. Izdavanje se može odvijati unutar zdravstvene ustanove, kao što je bolnica, ili samostalno u maloprodaji. Međutim, diverzifikacija kanala distribucije dovela je do povećanja potrebe za prepoznavanjem dvojake uloge samostalne potrošnje unutar različitih načina osiguranja zdravstvene zaštite u mnogim zemljama. To se posebno odnosi na mnoge države sa niskim i srednjim dohodkom, gdje zbog nedostatka lijekova, kako u bolnicama tako i u ustanovama za vanbolničko liječenje, srodnici pacijenta često moraju sami kupovati lijekove. Ova kategorija ima za cilj obuhvatanje sve potrošnje medicinskih sredstava gdje funkcija i način osiguranja nisu specificirani.

- *Uključuje:* medicinska sredstva koja je dobio korisnik osiguranja, bilo da je rezultat recepta koji prati kontakt zdravstvenog sistema, ili je rezultat samo-prepisivanja.
- *Isključuje:* medicinska sredstva potrošena ili dostavljena tokom kontakta zdravstvene zaštite, a koja je propisao zdravstveni radnik.
- *Slučajevi koje treba pojasniti:* budući da medicinska sredstva sama po sebi ne spadaju u zdravstvenu svrhu, trebala bi biti što je moguće više uključena u svrhu na koju se odnose, npr. u slučaju zaštitnih mreža za krevete, trebala bi biti obračunata unutar programa za borbu protiv malarije kada se distribuiraju tokom intervencija. Budući da je njihova upotreba samo preventivna, u teoriji bi trebala biti dodijeljena prevenciji. Međutim, po konvenciji su zabilježeni u HC.5 kada ih potrošači dobiju iz maloprodaje, jer im svrha uobičajeno nije identificirana.

Medicinska sredstva se na drugom nivou dalje dijele na lijekove i drugu medicinsku potrošnu robu (HC.5.1) i na terapeutsku opremu i druga medicinska trajna sredstva. (HC.5.2).

HC.5.1. Lijekovi i druga medicinska potrošna roba

Ova kategorija sadrži farmaceutske proizvode i medicinska sredstva sa ograničenim rokom trajanja, koji su namijenjeni za upotrebu u dijagnozi, liječenju, ublažavanju i tretmanu bolesti. To

uključuje medicinske pripravke, zaštićene i generičke lijekove, druge lijekove, patentirane lijekove, serume i vakcine, i oralne kontraceptive. Tečnosti potrebne za dijalizu, kao i gasovi koji se koriste u zdravstvenoj njezi, kao što je kisik, također bi trebali biti uključeni kada ih pacijent ili srodnici kupuju direktno. Ova kategorija je dalje podijeljena u sljedeće pod-kategorije:

HC.5.1.1 Lijekovi koji se izdaju na liječnički recept

HC.5.1.2 Lijekovi koji se izdaju bez liječničkog recepta

HC.5.1.3 Ostala medicinska potrošna roba

Također se trebaju uključiti i sva medicinska sredstva sa ograničenim rokom trajanja koju obezbijedi pacijent, bez obzira na to gdje je kupljena.

- *Isključuje:* veterinarske proizvode; proizvode za ličnu higijenu kao što su medicinski sapuni.
- *Slučajevi koje treba pojasniti:* TCAM medicinska sredstva bi trebala biti uključena, izuzev onih proizvoda koji se ne identificiraju kao medicinska sredstva, kao što je “zdrava hrana”. Vidi tabelu 4.1 u poglavlju 4 o graničnim slučajevima za dalje smjernice.

HC.5.2 Terapeutska oprema i ostala medicinska sredstva

Ova stavka obuhvata širok spektar trajnih medicinskih sredstava, kao što su:

- Ortotska pomagala koja podupiru ili ispravljaju deformitete i/ili abnormalnosti ljudskog tijela, npr. korektivne naočale za oči i kontaktna sočiva, slušna pomagala, ortopedska pomagala kao što su ortopedske cipele, ortopedski steznici i potpore, hirurški pojasevi, steznici i potpore
- Proteze i umjetne ekstenzije koje zamjenjuju nedostajući dio tijela, npr. umjetni udovi i drugi protetska pomagala, uključujući implantate: implantat je medicinsko pomagalo napravljeno kao zamjena (ili nadopuna funkcionalnosti) nedostajućoj biološkoj strukturi;
- Mnoštvo medicinsko-tehničkih uređaja kao što su motorizovana i nemotorizovana invalidska kolica, specijalna vozila za osobe sa invaliditetom, “posebni” kreveti, i elektronski i drugi uređaji za mjerenje krvnog pritiska.

Terapeutski uređaji se na trećem nivou mogu dalje podijeliti po tipu:

HC.5.2.1 Naočale i drugi optička pomagala.

- *Isključuje:* sunčane naočale bez ugrađenih korektivnih sočiva.

HC.5.2.2 Slušni aprati

HC.5.2.3 Ostala ortopedska pomagala i druga protetička pomagala (isključujući naočale i slušna pomagala).

HC.5.2.9 Sva ostala trajna medicinska sredstva uključujući i medicinske tehničke uređaje.

- *Uključuje:* specijaliziranu telematsku opremu za hitne pozive iz doma pacijenta i/ili za daljinski monitoring medicinskih parametara.
- *Isključuje:* zaštitne naočale, kaiševe i potpore za sport. Popravke u domaćinstvu se trebaju obračunavati kao investicije: automatski liftovi za stepeništa za pacijente sa ograničenom pokretljivošću; lift za kadu i slični uređaji za prilagođavanje domaćinstava za pacijente sa prolaznim ili hroničnim poremećajima, te unajmljivanje terapijske opreme. Vidi SHA 2011 Poglavlje 11 za dalje informacije o tome da li se fiksna oprema opisana ovdje treba evidentirati kao akumulacija kapitala ili tekući izdaci.

HC.6 Preventivna zdravstvena zaštita

Prevenција ima za cilj izbjegavanje ili smanjenje broja ili ozbiljnosti povreda i bolesti, njihovih sekvela i komplikacija. Prevencija je zasnovana na strategiji promoviranja zdravlja koja uključuje proces kojim se ljudima omogućuje da poboljšaju svoje zdravlje kroz kontrolu nad nekim neposrednim zdravstvenim odrednicama. To uključuje širok raspon očekivanih ishoda, koji su obuhvaćeni kroz raznovrsne intervencije, organizovane kao primarni, sekundarni i tercijarni nivoi prevencije.

- Primarna prevencija uključuje specifične zdravstvene mjere koje za cilj imaju izbjegavanje bolesti i faktora rizika da bi se: smanjio nastanak bolesti, umanjio broj novih slučajeva, predviđelo pojavljivanje i umanjila ozbiljnost bolesti. Cilj primarnih preventivnih mjera je smanjenje rizika prije nego što izazovu neki efekat, npr. putem vakcinacije.
- Sekundarna prevencija uključuje specifične intervencije usmjerene na detekciju bolesti, a zatim i najraniju moguću terapiju, npr. putem skrininga. Sekundarna prevencija na taj način povećava mogućnosti za manje skupe i invazivne intervencije u cilju sprečavanja progresije bolesti i pojavljivanja simptoma ili nastanak “zaliha bolesti”. Primjeri uključuju skrining na bolesti kao što je TB, dijabetes i rak dojke. Jedna karakteristika sekundarne prevencije je da se dešava prije nego se postavi dijagnoza. Često ovi rani slučajevi detekcija uključuju laboratorijske i usluge imaginga.
- Tercijarna prevencija ima za cilj smanjenje negativnog uticaja već ustanovljene bolesti ili povrede, tako što pokušava izbjeći pogoršanje i komplikacije, kao što je prerana operacija na zglobov koji je oštećen opekotinama. U ovom primjeru, tercijarna prevencija bi uključivala rekonstruktivnu operaciju da bi se omogućio potpuni oporavak ekstenzije i pokretljivosti zgloba.

U SHA 2011, preventivna zaštita (HC.6) je ograničena na primarnu i sekundarnu prevenciju. Jednom kad se uspostavi dijagnoza, ustanovljen je i terapijski ili tercijarni

preventivni put. Opravdanje za isključenje tercijarne prevencije je to da se ona preklapa sa kurativnim i rehabilitativnim namjenama, koje su usmjerene na smanjenje komplikacija povezanih sa bolešću.

O čemu treba voditi računa pri utvrđivanju granica

Odrednice zdravlja uključuju širok opseg faktora i mehanizama akcije. Da bi se postavile granice za računovodstvo u oblasti zdravstvene zaštite, moraju se uzeti u obzir kriteriji predstavljeni u Poglavlju 4; jednom kada se ustanove granice zdravstvene zaštite, trebao bi se primjenjivati princip primarne svrhe da bi se postavile funkcionalne kategorije. Važno je to zapamtiti jer intervencija višestrukih determinanti zdravlja također može uključivati mnogo različitih namjena. Klasičan primjer je edukacija, koja direktno ili indirektno učestvuje u mnogim mehanizmima statusa zdravlja sa aspekta rizika. Međutim, opšta edukacija, za razliku od specifične, ima tako značajnu ulogu da predstavlja svrhu sama po sebi, tako da se ne pridržava graničnih kriterija i tako nije uključena unutar granica zdravstvenog računovodstva.

Primarna svrha “promocije zdravlja” je ključna za definisanje granica, prvenstveno zbog toga što zdravstvene odrednice često imaju socijalnu i ekonomsku primarnu namjenu. Isti rizici mogu biti podložni politici socijalne kontrole sa ekonomskom ili sigurnosnom svrhom, i samim tim ne i zdravstvenom svrhom. Zdravstvena granica za “preventivne usluge” je definisana kao postojanje primarne svrhe izbjegavanja rizika od dobijanja bolesti ili zadobijanja povreda, što može često uključivati direktnu i aktivnu interakciju potrošača sa sistemom zdravstvene zaštite. Spekter faktora koji se trebaju razmotriti je širok, ali tip usluga uključenih u granice zdravstvene prevencije je ograničen na one komponente koje imaju primarnu zdravstvenu namjenu. Intervencije koje sežu van tih granica zdravstva, ali su relevantne sa aspekta utvrđivanja politike, mogu se prikazati kao stavke povezane sa zdravstvenom zaštitom.

Neki primjeri ovih problema sa granicama su preventivne intervencije da bi se izbjegli neposredni rizici, kao što su:

- IEC (informacije o zdravlju, edukacija i komunikacija) poruke sa fokusom na zdravlje, koje se tiču zloupotrebe supstanci i konzumiranja alkohola, npr. posebna upozorenja trudnicama koja se tiču sekundarnih efekata prekomjerne konzumacije, kao i informacije o adekvatnom zdravstvenom ponašanju koje se tiču djeteta, pušenja i sedentarnog načina života, te o samozaštiti u cilju izbjegavanja povreda zbog saobraćajnih nesreća. Ove poruke bi pripremali stručnjaci za komunikaciju, a širile bi se putem zdravstvenih kampanja masovnih medija.
- Monitoring i praćenje zdravstvenih rizika i programa za kontrolu bolesti, koji su prvenstveno povezani sa rizicima koji preovladavaju u jednoj državi, npr. skupljanje epidemioloških informacija putem zdravstvenih ureda, da bi se analizirali trendovi koji se tiču bolesti i rizika od bolesti. Također su uključena i laboratorijska testiranja kvaliteta pitke vode za ljude, rizika koji su prenosivi hranom i lični monitoring perzistentnih organskih polutanata u majčinom mlijeku žena koje žive u rizičnim područjima.

Ovo su primjeri komponenti unutar granica zdravstvenih izdataka. Međutim, dio kontrole nad zloupotrebom alkohola, sigurnosti na putu i intervencija ekološke kontrole se može ostvariti sa

primarnom svrhom koja nije zdravlje, nego je to socijalna i/ili ekonomska svrha, npr. projektovanje puteva, provođenje saobraćajnih propisa itd. Bilo koje intervencije koje nemaju zdravlje kao primarnu svrhu leže izvan granica računovodstva zdravstvene zaštite, kao što je to pobliže objašnjeno u sljedećim primjerima:

Oblast *zaštite okoliša* u ekonomiji ima primarni fokus na sve elemente, faktore i uslove koji imaju nekog uticaja na rast i razvoj, na osiguravanje održivosti i na smanjenje rizika po društvo. Formulacija politike uključuje pravni kao i tehnički sadržaj. Relevantnost odgovarajućih politika u oblasti zaštite okoliša u odnosu na zdravlje je generalno jasna. Međutim, nemaju sve formulacije politika primarnu zdravstvenu namjenu, niti njihova implementacija uobičajeno ima direktnu namjenu poboljšanja zdravlja. *Isključene su* sve usluge čija je primarna svrha povezana sasakupljanjem, tretiranjem i remedijacijom rizika po okoliš. Unutar zdravstvenih granica *uključene su* komponente zdravlja sa aspekta okoliša koje su dio specifičnih zdravstvenih regulativa (pod HC.7). Uključeni su također monitoring i kontrola nad demonstriranim rizicima po okoliš koji imaju zdravstvenu namjenu, posebno geografska područja koja su dio ranog otkrivanja (HC.6); IEC o problemima zdravlja sa aspekta okoliša, kao što su upozorenja o izlaganju rizicima tokom trudnoće (HC.6); i tretman efekata okoliša u svrhu smanjenja sekvela i oštećenja u pogođenim grupama ljudi, kroz kurativnu zdravstvenu zaštitu (HC.1).

Javna sigurnost uključuje prevenciju i zaštitu od događaja i faktora koji mogu ugroziti sigurnost šire javnosti i uzrokovati povredu, štetu ili oštećenje. Intervencije u kojima zdravlje ne predstavlja osnovni fokus su isključene iz granica zdravstvene zaštite. Primjeri *isključenih slučajeva* su: sprječavanje krivičnih djela i nepogoda (elementarnih ili uzrokovanih ljudskim faktorom) kroz upotrebu specifičnih intervencija iz domena nezdravstvenog sistema; staranje za sigurnost transportnih sistema, puteva i srodnog socijalnog ponašanja; i oblasti policijskog rada, zaštite od požara i nepogode gdje zdravlje ne predstavlja osnovni fokus. Također su *isključene* intervencije koje se obavljaju kroz sistem krivične pravde, koje teže da preveniraju, kontrolišu i upravljaju rizicima od povreda, kroz pravne, sudske, policijske i intervencije drugih sektora, koje su fokusirane na kontrolu nad oružjem, drogom i nasiljem. Ove intervencije imaju svrhu koja seže van granica zdravstvene zaštite, iako je ona relevantna za zdravstvenu zaštitu. *Uključene*, kao komponente zdravstvene zaštite, su: IEC mjere da se spriječe povrede koje uzrokuju pojedinci, i da se smanji konzumiranje alkohola i droge među mladim ljudima i trudnicama (HC.6). Također su uključeni programi koji su vodiči zdravstvenim službama tokom epidemija i nepogoda (HC.6), i tretman slučajeva unutar sistema kurativne zdravstvene njege do kojih dolazi zbog rizika u domenu javne sigurnosti (HC.1).

Usluge transporta Politike vezane za transport i saobraćaj, čiji je primarni fokus na transportu ali koje su povezane, iako eksterno, sa zdravstvenom prevencijom, su isključene, jer leže van granica zdravstva. Pridržavanje propisa može uključivati nezdravstvenu svrhu, npr. izbjegavanje kazne. Prema tome, implementacija takvih mjera ne pripada niti oblasti zdravstva niti prevencije. *Uključene su* IEC komponente koje promoviraju zdravo ponašanje u transportu (HC.6), npr. informacije i programi za promoviranje samozaštite kroz upotrebu zaštitnih kaciga. *Uključene su* i epidemiološke studije o povredama i nesrećama, u cilju davanja doprinosa izradi zdravstvenih programa, npr. studije o postavljanju legalnih limita za nivoe alkohola u krvi u toku vožnje (HC.6).

Klase prevencije na drugom nivou klasifikacije

Klasifikacija prevencije u SHA 2011 bazirana je na tipu usluga. Kao i u drugim klasifikacijama, države sa detaljnijim analitičkim potrebama su u mogućnosti da generiraju podjele shodno njihovim nacionalnim karakteristikama.

Prevencija može u mnogim slučajevima dovesti do pozitivnih vanjskih rezultata. Ovo je jasno iz slučajeva prenosivih bolesti u klasama koje se odnose na zaštitu okoliša kao i kod neprenosivih bolesti. Primjeri uključuju bolesti koje se prenose vodom kao što je kolera; bolesti prenosive hranom kao što su agro-toksini i drugi biološki i nebiološki kontaminanti; te bolesti koje se prenose zrakom povezane sa PM10 (čestična materija) i polutantima prisutnim u prostorijama.

Podjela prevencije obuhvata sljedeće klase

HC.6.1 Informiranje, edukacije i programi savjetovanja

Informiranje, edukacija i komunikacija (IEC) kombinira strategije, pristupe i metode u cilju omogućavanja pojedincima, porodicima, grupama, organizacijama i zajednicama da igraju aktivne uloge u postizanju, zaštiti i održanju sopstvenog zdravlja. Utjelovljen u IEC-u je proces učenja koji osnažuje ljude u donošenju odluka, modificira ponašanje i mijenja društvene uslove, između ostalog i putem unapređenja znanja, uvjerenja, stavova, korištenja i interakcije sa zdravstvenim sistemom. Fokus je na primarnoj i sekundarnoj prevenciji. To se odnosi na pojedinačnu kao i na kolektivnu potrošnju, koja se nudi preko niza formata, kao što su masovni mediji i lično savjetovanje. Ovo se može razlikovati u skladu sa potrošačevim kulturološkim karakteristikama. Ovi izdaci mogu sadržavati distribuciju informacija kao i vrijeme i vještine specijaliziranog osoblja koje daje savjete.

Programi informiranja i savjetovanja obično su dio kontrolnih programa, u kojem slučaju su orijentirani prema bolesti i informiraju pojedince o specifičnim zdravstvenim problemima, faktorima koji ih uslovljavaju i osobitim rizicima. Ovi programi se mogu odnositi na strategije izbjegavanja rizika, samozaštitu, pridržavanje terapije, smjernice za samostalno upravljanje sopstvenom bolešću, predoperativnu edukaciju ili planove za otpust. Oni se također mogu odnositi na samotestiranje u cilju praćenja zdravstvenog stanja, orijentiranje pojedinaca u pogledu toga kako ostati dobro ako rezultati budu negativni, i orijentiranje i upućivanje pacijenata na ponovni pregled, ako se pokaže da su pozitivni. Primjeri su informacije o zdravstvenim posljedicama pušenja, držanja djeteta, fizičke aktivnosti ili konzumiranja soli; specijalna upozorenja za trudne žene u pogledu zloupotrebe droge i konzumiranja alkohola; informacije o efikasnosti zaštite od rizika korištenjem zaštitne kacige ili pojasa za vožnju; informacije o programima vakcinacije i pregleda.

HC.6.2 Programi imunizacije

Programi imunizacije imaju za cilj prevenciju razvoja bolesti, prije ili nakon izloženosti, korištenjem farmaceutskih proizvoda kao što su vakcine. To je primarna prevencija. Ona može uključivati potrošnju određenog pojedinca u kampanji ili stalne programske operacije. Primjeri su imunizacija za difteriju, hepatitis, herpes zoster, HPV, gripu, boginje, meningokokne infekcije, zaušnjake, pertussis (hripavac), pneumokokne infekcije, polio, bjesnilo, rubellu, tetanus, varicellu (male boginje) i žutu groznicu. Potrebno je evidentirati izdatke nastale u konsultacijama, kako za vrijeme i stručnost osoblja tako i za nabavku vakcina.

HC.6.3 Programi ranog otkrivanja oboljenja

Ova stavka se odnosi na aktivno traženje bolesti rano u njenom toku, prije pojave simptoma, u okviru rizičnih grupa, kao organizirane programske aktivnosti. To obuhvata screeninge, dijagnostička testiranja i medicinske preglede. Ovi programi su usmjereni na konkretne bolesti, kao što je rak dojke, rak grlića maternice, rak debelog crijeva, dijabetes, HIV/AIDS, malarija, tuberkuloza, rak prostate, itd. Prema kriterijima postavljenim za prevenciju, ovom stavkom je obuhvaćeno samo rano otkrivanje bolesti prije uspostavljanja dijagnoze. U skladu sagrađenicama zdravstvene zaštite, samopregled izvršen bez transakcije ne bi trebalo računovodstveno obrađivati. Samopregled može načiniti izdatke kada uključuje nabavku testova koji služe za samopregled, npr. nivo šećera u krvi ili urinu, što se evidentira kao HC.5. Kontrolne i kasnije preglede nakon dijagnoze treba smatrati kao dio kurativne zaštite (HC.1).

HC.6.4 Programi monitoringa zdravstvenog stanja

Ova stavka se odnosi na aktivno praćenje zdravstvenog stanja i nije fokusirana na određenu bolest. Može se odnositi na specifične uslove kao što je trudnoća (prenatalna i postnatalna njega) ili određene starosne grupe kao što su djeca (npr. rast i razvoj djeteta) ili grupe starijih, ili posebni zdravstveni domeni, kao što su dentalni ili opći zdravstveni pregledi.

HC.6.5 Epidemiološki nadzor i programi kontrole rizika i bolesti

Ova stavka obuhvata tehničke operacije za upravljanje znanjem i resursima sa preventivnim i kontrolnim fokusom. Izvodi se planiranjem, monitoringom i evaluacijom intervencija, uključujući mjere za informirano donošenje odluka, kao što je pristup informacijama i usluge podrške. Obuhvata informacione sisteme koji se odnose na epidemiologiju i zdravlje i upravljanje u cilju praćenja slučajeva, evidencije i odgovora unutar zdravstvenog sistema; mjere podrške kao što su operativne aktivnosti koje imaju za cilj trenutno unapređenje programa; i direktnu obuku i operativno istraživanje.

Generički sadržaj uključuje: vršenje nadzora nad pojavom obrazaca prenosivih i neprenosivih bolesti i povreda i izloženosti okolišnim agensima koji su štetni po zdravlje, kao i istraživanje odgovorajućih odgovora. Primjeri su: epidemiološki nadzor i istraživanje od strane zdravstvenih sistema u cilju utvrđivanja i dijagnosticiranja slučajeva; mjerenje izabranih zdravstvenih uslova i bolesti koje utiču na zajednicu, kao što je tuberkuloza; analiza tačnosti zdravstvenih evidencija i informacionih sistema; monitoring uzoraka pitke vode i hrane u odnosu na bolesti koje se prenose putem vode i hrane; epidemiološke studije drugih okolišnih rizika, kao što je testiranje ljudskog mlijeka u područjima gdje postoji rizik od stalnih organskih zagađivača (POP); direktna obuka kako bi se osiguralo da se primjenjuju postupci i protokoli liječenja postavljeni za razne zdravstvene programe; prevazilaženje barijera za dostupnost zdravstvenih usluga od strane pojedinaca i grupa stanovništva.

Evidencije za izdatke za ovu klasu obično se vežu za tehnička područja koja organiziraju preventivne programe sa kolektivnim pristupom, npr. programi za HIV/AIDS, tuberkulozu i rak, itd. Na taj način, one mogu biti dostupne iz tehničkih i koordinacionih područja koja se odnose na programske komponente, a koja nisu direktno uključena u pružanje zdravstvenih usluga, kao što su ministarstvo zdravlja, okružni i regionalni uredi, nevladine organizacije itd. Više detalja u Poglavlju 14.

HC.6.6 Programi pripreme za katastrofe i reagovanje u vanrednim situacijama

U okviru ove stavke obuhvaćene su pripreme za odgovarajuću reakciju u slučaju humanitarnih katastrofa, bez obzira da li je uzrok čovjek ili priroda. Cilj je zaštititi zdravlje i smanjiti mortalitet i morbiditet zbog opasnosti za zdravlje posebno putem terenske epidemiologije kao i obukom u tehničkim standardima. Ovo uključuje, na primjer, kapacitete da se veoma brzo osiguraju ili prošire resursi i pripreme za izmjenu u vođenju i upućivanju pacijenata, kao što je trijaža i restrukturiranje pokrivenosti u skladu sa prirodom katastrofe.

Ova klasa se može prilagoditi specifičnim potrebama zemlje, jer zdravstveni rizik u različitim područjima može biti različit. Međutim, u svim slučajevima zdravstvena pravila i zdravstvena infrastruktura bi se trebala pripremiti za rješavanje potreba hitne zdravstvene zaštite.

U principu, prikazani iznos prevencije prema kategorijama iz SHA 2011 sličaj je ali ipak različiti od onog iz SHA 1.0. Klasifikacija iz SHA 1.0 je, stoga, zadržana kao i izvještajna stavka (HC.RI.3) koja odgovara HC.6 u SHA 1.0 i u okviru je granica zdravstvene zaštite. (Vidjeti tabelu 5.2 za pregled svih primjera nabrojanih u SHA 1.0).

Primjeri iz oblasti prevencije i javnog zdravstva kako su predstavljeni u SHA 1.0: kako ih mapirati u SHA 2011

Sadržaj: kao što je većinom opisan u SHA.1	Kod programa SHA.2	Nova stavka	Kod programa SHA.1	Sadržaj: kao što je većinom opisan u SHA.1	Kod programa SHA.2	Nova stavka	Kod programa SHA.1
Zdravlje majke i djeteta; planiranje porodice i savjetovanje			HC.6.1	Prevencija neprenosivih bolesti			HC.6.4
Genetsko savjetovanje	HC.6.1		HC.6.1	Zdravstvena edukacija	HC.6.1		HC.6.4
Identifikacija genetičkih abnormalnosti	HC.6.3		HC.6.1	Prevencija bolesti	HC.6		HC.6.4
Prenatalna i postnatalna medicinska zaštita	HC.6.4		HC.6.1	Promocija zdravlja	HC.6		HC.6.4
Zdravstvena zaštita beba	HC.6.4		HC.6.1	Programi za izbjegavanje rizika	HC.6.1		HC.6.4
Zdravlje predškolske i školske djece	HC.6.4		HC.6.1	Poboljšanje zdravstvenog stanja koje nije upućeno specifično prema prenosivim bolestima	HC.6.4		HC.6.4
Dizajn programa, monitoring i evaluacija		HC.6.5		Intervencije protiv pušenja, zloupotrebe alkohola i droga	HC.6.1		HC.6.4
Regulativa povezana sa korpom usluga i		HC.7.1		Aktivnosti koje provode radnici u zajednici	HC.6		HC.6.4

pokrivenost stanovništva MCH, FP					
Zdravstvene usluge u školama		HC.6.2	Usluge koje obezbjeđuju grupe za samo-pomoć	HC.6.1	HC.6.4
Edukacija	HC.6.1	HC.6.2	Opšta zdravstvena edukacija i informacije o zdravlju	HC.6.1	HC.6.4
Skrining	HC.6.3	HC.6.2	Kampanje zdravstvene edukacije	HC.6.1	HC.6.4
Prevenција bolesti	HC.6	HC.6.2	Kampanje promocije zdravlja (životni stil, seks, itd)	HC.6.1	HC.6.4
Promocija zdravlja	HC.6	HC.6.2	Razmjena informacija (alkoholizam, ovisnost o drogama)	HC.6.1	HC.6.4
Osnovni medicinski tretman (uključujući stomatološku zaštitu)	HC.1	HC.6.2	Nadzor nad okolišom u svrhu javnog zdravlja	HC.6.5	HC.6.9
Intervencije protiv pušenja, zloupotrebe alkohola i droga (u školama)	HC.6.1	HC.6.2	Javne informacije o uslovima u okolišu	HC.6.1	HC.6.9
Programi vakcinacije	HC.6.2	HC.6.3	Dizajn programa, monitoring i evaluacija	HC.6.5	
Dizajn programa, monitoring i evaluacija	HC.6.5		Propisi u vezi sa korpom usluga i pokrivenost stanovništva u vezi sa neprenosivim bolestima	HC.7.1	
Propisi u vezi sa korpom usluga i pokrivenost stanovništva u vezi sa školskim zdravljem	HC.7.1		Zdravstvena zaštita na radu	HC.6.5	
Prevenција prenosivih bolesti		HC.6.3	Nadzor nad zdravljem uposlenika	HC.6.4	HC.6.5
Obavezno izvještavanje i prijavljivanje bolesti	HC.6.5	HC.6.3	Rutinski medicinski pregledi	HC.6.4	HC.6.5
Epidemiološki upiti o prenosivim bolestima	HC.6.5		Terapeutska njega, uključujući hitne usluge	HC.1	HC.6.5
Praćenje kontakata i porijekla bolesti	HC.6.5		Ergonomija, sigurnost	HC.6 (zdravstveni dio)	Isključeno

Prevenција tuberkuloze	HC.6	HC.6.3	Zdravstvena i okolišna zaštita na radu	HC.6 (zdravstveni dio)	Isključeno
Kontrola tuberkuloze (skrining)	HC.6.3	HC.6.3	Sprečavanje nesreća na radu	HC.6 (zdravstveni dio)	Isključeno
Imunizacija/vakcin acija (obavezna i dobrovoljna)	HC.6.2	HC.6.3	Dizajn programa, monitoring i evaluacija	HC.6.5	
Vakcinacija u oblasti zaštite majke i djeteta	HC.6.2	HC.6.3	Propisi u vezi sa korpom usluga i pokrivenost stanovništva u vezi sa zdravljem na radu	HC.7.1	
Vakcinacija za okupaciono zdravlje	HC.6.2	HC.6.3	Sve ostale razne javne zdravstvene usluge		HC.6.9
Vakcinacija za putovanja i turizam na inicijativu pacijenta	HC.1	HC.1	Operacija i administracija banaka krvi i organa	HC.4. 1.2	HC.6.9
Dizajn programa, monitoring i evaluacija		HC.6.5	Nadzor nad okolišom u svrhu javnog zdravlja	HC.6. 5	HC.6.9
Propisi u vezi sa korpom usluga i pokrivenost stanovništva u vezi sa prenosivim bolestima		HC.7.1	Javne informacije o uslovima u okolišu	HC.6. 1	HC.6.9

Izvor: IHAT za SHA 2011

HC.7 Upravljanje i administracija zdravstvenog sistema i finansiranja zdravstva

Ove usluge se fokusiraju na zdravstveni sistem više nego na direktnu zdravstvenu zaštitu i smatraju se kolektivnim, jer se ne pružaju pojedinačno nego idu u korist svih korisnika zdravstvenog sistema. One usmjeravaju i podržavaju funkcioniranje zdravstvenog sistema. Od ovih usluga se očekuje da održavaju i jačaju efikasnosti i uspješnost zdravstvenog sistema i mogu unaprijediti i njegovu pravičnost.

Ovu vrstu izdataka stvaraju uglavnom vlade, ali ne isključivo. Ovdje spada i formulacija i provođenje vladinih politika; postavljanje standarda; regulacija, licenciranje i supervizija proizvođača; upravljanje prikupljanjem sredstava; administracija, monitoring i evaluacija ovih resursa, itd. Međutim, neke od ovih usluga također pružaju i privatni entiteti, uključujući građansko društvo (NVO) i privatna medicinska osiguranja. Jasni primjeri ovog građanskog učešća su zagovaranje u oblasti zdravstva, zdravstveni opservatoriji i udruženja korisnika/potrošača u zdravstvu.

HC.7.1 Uprava i administracija zdravstvenog sistema

Iako ova stavka pokriva više od jedne funkcije, predlaže se jedna klasa na nivou druge klasifikacije zbog relativno niskog udjela potrošnje i zbog teškoće u njenom razlikovanju.

Uprava se definira kao “pažljivo i odgovorno upravljanje blagostanjem stanovništva” (WHO, 2003), i obuhvata tri široko postavljena zadatka: osiguranje vizije i pravca, prikupljanje i korištenje obavještajnih podataka i vršenje uticaja kroz propise i druga sredstva. Obuhvata planiranje, formuliranje politika i prikupljanje podataka za cjelokupni zdravstveni sistem, kao što su:

- Monitoring zdravstvenih potreba (WHO, 2002, EPHF 1) i zdravstvenih intervencija;
- Zdravstveno računovodstvo i monitoring specifičnih resursa (EPHF 6) i revizija;
- Utvrđivanje politika i planiranje (EPHF 3);
- Partnerstvo u promoviranju zdravlja, društveno učešće i osnaživanje (EPHF 7);
- Istraživanje, razvoj i implementacija inovativnih intervencija za postavljanje standarda (EPHF 9).

SHA 2011 uključuje u ovu kategoriju i komponentu *opće javne usluge*, koja je dio vladine funkcije putem sveukupnih planskih i statističkih usluga (izraženo u COFOG 01.3).

Administracija pretpostavlja fokus na upravljanju, uključujući utvrđivanje regulatornih mjera, generiranje aktivnosti i kontrolu organizacija i resursa u sistemu, kao što su opće i specijalizirane medicinske ustanove, uključujući dentalne usluge, bolnice i klinike, domove za njegu i sanatorijume i samostalne prakse. Treba uključiti i normativne i operativne uloge kao i resurse uključene u takve operacije.

- Strateško upravljanje zdravstvenim sistemima i uslugama za unapređenje zdravlja stanovništva;
- Regulacija u cilju zaštite javnog zdravlja, uključujući akreditaciju i osiguranje kvaliteta;
- Razvoj i planiranje ljudskih resursa.

Isključuje: sve režijske troškove povezane sa administracijom ili funkcioniranjem davalaca zdravstvenih usluga, uključujući bolnice ili druge davaoce usluga, koje treba uključiti u izdatke po osnovu potrošene usluge (HC.1-HC.6). Na primjer, ako grupa javnih ili privatnih bolnica ima centralnu jedinicu koja pruža određene zajedničke usluge, kao što je nabavka, laboratorije, ambulate, ili druge usluge, vrijednost ovih zajedničkih usluga uzela bi se u obzir kao dio vrijednosti ovih individualnih usluga.

Slučajevi koje treba pojasniti: regulatorna funkcija je dio funkcije uprave i obuhvata postavljanje modaliteta za provođenje propisa. Međutim, tehnički odbor svakog projekta ima odgovornost da osigura provedbu na operativnom nivou. Tako formulacija propisa i njihovih mehanizama provedbe jeste dio upravljanja, a provedba propisa u okviru određenih programskih kontrola je dio relevantne funkcije. Operativni nivo će vjerovatno biti odvojiv kroz određena tijela koja se fokusiraju na program.

HC.7.2 Administracija finansiranja zdravstva

Ova klasa obuhvata potkomponentu koja je specifična za finansiranje zdravstva, bez obzira na njeno javno ili privatno porijeklo i privatno pružanje usluga. Ona obuhvata upravljanje procesom prikupljanja sredstava i administraciju, monitoring i evaluaciju ovakvih resursa. Među specifičnim uslugama koje su povezane sa mobilizacijom resursa nalazi se identifikacija pripadnika modela; njihov angažman; obračun i prikupljanje doprinosa; tretman izuzetaka. U okviru funkcije udruživanja sredstava, izjednačavanje rizika je jedna od važnih usluga. Što se

tiče nabavne funkcije, usluge koje su uključene su odabir, pregovaranje, nabavka i ugovaranje sa davaocima zdravstvenih usluga, kao i sistem procesuiranja zahtjeva, koji obuhvata filtriranje informacija, isplate davaocima usluga i naknade za pacijente.

Dalja opciona podjela na nivou treće klasifikacije se predlaže od strane javnih i privatnih finansijskih modela.

Administracija privatnog zdravstvenog osiguranja u suštini znači pružanje usluga zdravstvenog osiguranja i naplaćivanje naknade za tu uslugu. Ovo obuhvata izdatke za prodaju, usluge pristupa osiguranju i utvrđivanja politike, rješavanje potraživanja, aktuarne funkcije, pravne usluge, investicijske funkcije, korporativne režijske troškove i naknade za rizik.

Za javne agencije se očekuje da će uključiti i administrativne troškove zdravstvenih modela na saveznom, državnom i lokalnom nivou.

Isključuje: administrativne troškove davalaca zdravstvenih usluga i robe i usluge za zdravstvenu zaštitu koje oni pružaju. Također se isključuju i oportunitetni troškovi vođenja papira za potrošače i srodno prikupljanje općeg poreza na prihod.

HC.9 Ostale zdravstvene usluge koje nisu nigdje klasificirane

Ova stavka obuhvata sve ostale zdravstvene usluge koje nisu klasificirane u HC.1 do HC.7.

Memorandumske stavke

HCRI Izvještajne stavke

HC.RI.1 Ukupni farmaceutski izdaci (TPE)

Farmaceutski proizvodi su jedan od najčešće korištenih tehnoloških proizvoda za sve svrhe zdravstvene zaštite. Procjenjuje se da ukupni farmaceutski izdaci čine oko jedne trećine tekućih zdravstvenih izdataka. Međutim, potrošnja može da se odvija na različite načine; na primjer, oni koji se tipično koriste kao dio bolničkog kontakta uključuju se u intermedijarnu potrošnju i tako se ne evidentiraju zasebno. Funkcionalna klasifikacija opravdava samo direktnu nabavku medicinske robe od strane potrošača u maloprodaji (HC.5), bez obzira na to da li je ona rezultat kontakta sa zdravstvenim sistemom. Dalja potklasifikacija omogućava identifikaciju prepisane potrošnje (HC.5.1.1). Farmaceutske politike zahtijevaju informacije o ukupnim izdacima za farmaceutsku potrošnju kao i razne kanale, cijene, sastav, itd. Sveobuhvatno mjerenje farmaceutske potrošnje je veoma relevantno u funkcionalnom pristupu zdravstvenoj zaštiti.

Procjena ukupne farmaceutske potrošnje je važna za planiranje i odlučivanje. Ukupan iznos za izdatke za farmaceutsku potrošnju dobija se dodavanjem eksplicitno evidentiranog dijela (HC.5.1.1+HC.5.1.2) i ostalih komponenti farmaceutske potrošnje bez obzira na kanal potrošnje. Ovo je slučaj sa farmaceutskom komponentom u okviru tretmanskih paketa, uglavnom kao dio interakcije u okviru kontakta za kurativnu njegu (HC.1), za koju se očekuje da bude najveći iznos, ali i dio rehabilitacione zaštite (HC.2) i dugoročne njege (HC.3). Također mogu postojati iznosi koji su uključeni kao dio vanbolničke njege od strane ljekara koji prepisuju lijekove (dio HC.1.3).

U okviru zdravstvenih ustanova, uglavnom onih za bolničku njegu, dio usluga ponekad može obuhvatati komplementarne napore u proizvodnji lijekova i integraciji i isporuci lijekova. Ovo znači da potrošnja farmaceutskih proizvoda obuhvata ne samo cijenu proizvoda koji su

(direktno) kupljeni nego i cijenu komplementarnih usluga na distribuciji. Da bi se dobio tačan iznos, predlaže se pristup korak po korak kao i u drugim slučajevima.

HC.RI.2 Tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina (TCAM)

TCAM je utvrđen kao relevantan faktor za utvrđivanje politike u mnogim zemljama zbog svog kulturološkog značaja ili zbog visoke stope rasta. Zbog mješavine svrha i praksi i finansijskih profila, TCAM sistemi, terapije i discipline (uključujući i slične medicinske robe) su *de facto* potklasa bolnica, ambulantnih službi i maloprodaje.

Opseg i granice tradicionalne, komplementarne i alternativne medicine (TCAM).

U širem smislu, zdravstvena zaštita se može podijeliti u modernu (osnovnu, konvencionalnu, ortodoksnu, zapadnu ili alopatsku) i tradicionalnu (domaću, komplementarnu, alternativnu ili integrativnu), s tim da se ova podjela razlikuje od zemlje do zemlje.

Nealopatska zaštita obuhvata sve usluge od bilo koje prakse koja ima zdravstvenu namjeru ali ne spada u okvir alopatske medicine. Generički naziv u upotrebi je tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina (TCAM). Prema definiciji WHO-a, “tradicionalna medicina” je amorfni koncept koji obuhvata niz samostalnih i još uvijek nastajućih praksi zasnovanih na raznim uvjerenjima i teorijama. Ove usluge uključuju sisteme medicinskog znanja, koje je nastajalo kroz stoljeća u okviru raznih društava prije ili u toku razvoja moderne medicine. “Komplementarne i alternativne” usluge su usluge koje se koriste zajedno sa ili umjesto alopatske zdravstvene njege ali koje još nisu uključene u etablirani međunarodni medicinski sistem, čak i kada se ekstenzivno koriste na nacionalnom nivou.

TCAM je uobičajen u većini zemalja i prevalentan u mnogim. Prijavljivanje TCAM-a ne krši zakonodavnu i regulatornu kontrolu koja se zagovara u zemljama gdje je alopatska medicina dominantni oblik. TCAM klasa je uključena u funkcionalnu (HC) klasifikaciju za opisivanje, praćenje, analiziranje i klasificiranje finansijskih tokova, koji se odnose na mobilizaciju resursa, korištenje proizvodnih faktora i obrazaca potrošnje. TCAM je sam po sebi izazovan u smislu monitoringa zbog povezanosti sa neformalnim tržištima, uglavnom u zemljama sa niskim i srednjim prihodima (LMIC). Pristup zasnovan na efikasnoj institucionalnoj neutralnosti je potreban za praćenje TCAM-a kako bi se osigurala komparabilnost podataka između zemalja. Postoje velika odstupanja unutar ove klase, i nove prakse se stalno pojavljuju. Iz tog razloga, razlike u pružanju usluga TCAM između zemalja kompliciraju praćenje uporedivih podataka. Najuobičajeniji tipovi su:

- Alternativni zdravstveni sistemi, od kojih su najrašireniji akupunktura, homeopatija, kiropraktika, osteopatija;
- Komplementarne terapije kao što su Alexanderova terapija, aromaterapija, Bachova terapija i druge cvjetne terapije, tjelesne terapije, Ayurveda, liječenje travama, naturopatija, nutricionarna terapija, joga i banjska terapija;
- Alternativne discipline, kao što su kristaloterapija, iridologija, kineziologija i radionika;
- Duhovne i ezoterične prakse. (Napomena: ove tehnike su izvan SHA granica zdravstvene

zaštite).

Tamo gdje se terapije, kao što je joga, koriste u svrhu opće dobrobiti, one se smatraju da su izvan granica zdravstvene zaštite. Spektar svrha usluga TCAM-a je sličan onome koji smo vidjeli kod alopatske prakse:

- Preventivna, kurativna, rehabilitaciona ili održavanje u prirodi;
- Dijagnostički, hirurški i preskriptivni postupci.

Nealopatske robe obuhvataju ogroman spektar proizvoda i mogu se nabaviti u toku tretmana i od specijaliziranih i nespecijaliziranih dostavljača (WHO, 2005b):

- Vrste liječenja travama;
- Lijekovi koji se izdaju na recept;
- Lijekovi koji se izdaju bez recepta;
- Dodaci prehrani, zdrava i funkcionalna hrana.

Treba napomenuti da je primarna svrha hrane, i zdravstveno i funkcionalno, alimentarna, što je stavlja izvan granica zdravstvene zaštite.

Budući da TCAM leži u centru mnogih sistema koji se bave zdravljem jačanjem energije a ne tretiranjem svake bolesti posebno, može biti teško definirati granice dobrobiti. Ovaj problem se ne tiče isključivo TCAM-a nego se također odnosi i na alopatske prakse (npr. preporuke o prehranbenim i fizičkim aktivnostima za prevenciju kardiovaskularnih bolesti može biti teško izolirati i evidentirati).

Iako je svrha TCAM-a u principu ista kao i za alopatsku praksu, neke od komponenti može biti teško izdvojiti od ostalih svrha potrošnje, kao što je dobrobit u slučaju joge, ili alimentarna svrha u slučaju prehranbenih proizvoda. Mjerenje je također kompleksno. U mnogim zemljama, TCAM je integriran sa alopatskom praksom. U odsustvu specifičnih evidencija, on niti je identificiran niti opravdan. Da sumiramo, granice između TCAM-a i alopatske prakse nije lako ni postaviti ni pratiti, a u praksi će se odrediti prema nacionalnim konvencijama.

Resursi potrebni da se dođe do procjene TCAM-a nisu zanemarivi. Neki kriteriji za pravičnu odgovornost su:

- *Efikasnost*
- *Davalac usluga*
- *Kvalifikacija praktičara*
- *Registracija i zakonodavstvo koje se odnosi na davaoce usluga i proizvode*
- *Način finansiranja*
- *Dostupnost podataka*

HC.RI.3. Prevencija i javne zdravstvene usluge (prema SHA 1.0)

Sadržaj HC.6 Prevencija i javne zdravstvene usluge u SHA 1.0 je organiziran ili po tipu modela ili korisničke grupe ili po postavci potrošnje. Osnovni problemi koji su utvrđeni su: a) potencijalno preklapanje klasa, zavisno od programske strukture zemlje, b) uključenje nekih kurativnih usluga i isključenost nekih preventivnih usluga koje se evidentiraju u okviru HC.R3 i

HC.R4, c) isključenost nekih preventivnih usluga koje rezultiraju iz privatne inicijative, d) neke komponente prevencije teško je razdvojiti od administracije, i e) banke krvi su evidentirane kao javne zdravstvene usluge.

Klasifikacija u SHA 2011 uključuje sljedeće promjene: a) organizacija po tipu usluge, b) fokus na prevenciji, što omogućava jasno postavljanje granice, c) individualna preventivna zaštita je isključena i treba se evidentirati u okviru HC.1, d) integracija određenih zdravstveno preventivnih komponenti sa nejasnim opisom, koje su prethodno bile alocirane na HC.R.3 i HC.R.4, i e) banke krvi su premještene kao pomoćna usluga, komplementarna preventivnoj, kurativnoj i rehabilitacionoj zaštiti. Osnovna prepreka za evidentiranje prevencije koja je integrirana u kurativne, rehabilitacione ili LTC usluge je nedostatak odgovarajućih evidencija. Na taj način, jasna definicija još uvijek nije dovoljna da se osigura sveobuhvatna klasa prevencije.

Kao rezultat, u principu evidentirani iznos prevencije ostaje blizu ali ipak različiti od onog iz SHA 1.0. SHA 1.0 klasifikacija se stoga zadržava i očekuje se progresivno rafiniranje tokom vremena. U tom cilju, izvještajna stavka (HC.RI.3) izjednačava se sa HC.6 u SHA 1.0 i nalazi se unutar granica zdravstvene zaštite. Prijedlog je da se tako i zadrže kako bi se promovirala stalna izvještajna praksa, posebno u toku tranzicije na SHA 2011.

HC.RI.3.1 Zdravstvena zaštita majke i djeteta; planiranje porodice i savjetovanje (prema SHA 1.0)

HC.RI.3.2 Školska zdravstvena zaštita (prema SHA 1.0)

HC.RI.3.3 Prevencija prenosivih bolesti (prema SHA 1.0)

HC.RI.3.4 Prevencija neprenosivih bolesti (prema SHA 1.0)

HC.RI.3.5 Zdravstvena zaštita na radu (prema SHA 1.0)

HC.RI.3.9 Sve ostale razne javne zdravstvene usluge (prema SHA 1.0)

HCR Klase u vezi sa zdravstvenom zaštitom (izvan granica zdravstvene zaštite SHA ali mogu biti zdravstveno interesantne)

HCR.1 Dugoročna zdravstvena zaštita (socijalna)

Ova stavka obuhvata izdatke za pružanje usluga socijalne zaštite na niskom nivou kao pomoć za instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života (kao što su pomoć kod kuće, dostava hrane, prevoz do dnevnih centara, itd.) Pošto su komponente dugoročne zdravstvene njege sadržane u HC.3, komplementarne socijalne komponente su uključene kao kategorija u vezi sa zdravstvenom zaštitom koja se dalje dijeli na komponente u naturi i u gotovini. Komponente zdravstvene i socijalne zaštite, HC.3 i HC.R.1, mogu se sabrati da se dobije ukupna vrijednost dugoročne zaštite (LTC). Socijalne komponente LTC-a mogu se realizirati i nagrađivati kao paket usluga pored dugoročnih usluga kućne njege ili ličnih usluga. Ako se takve usluge ne mogu posebno obračunavati, i ako nisu dominantna komponenta paketa, treba ih uključiti u HC.3; inače, kompletan paket treba biti u okviru HC.R.1: Dugoročna zaštita (socijalna).

- *Uključuje:* subvencije za rezidencijalne usluge (kao i troškove za smještaj) u aranžmanima gdje se pruža pomoć za život i kod drugih vidova zaštićenog stanovanja za osobe sa funkcionalnim ograničenjima (kao i rezidencijalne usluge za ljude koji pate od mentalne retardacije, mentalne bolesti ili imaju problem zloupotrebe droge kao i domovi za osobe sa fizičkim i mentalnim invaliditetom); usluge vođenja domaćinstva, socijalne usluge dnevne njege za ovisne osobe; te transport do i iz dnevnih ustanova ili slične socijalne usluge za osobe sa funkcionalnim ograničenjima.
- *Isključuje:* sve usluge koje se pretežno odnose na pružanje dugoročne zdravstvene i lične njege a koje nisu uključene u funkciju HC.3: Dugoročna zaštita (zdravstvena). Također se isključuju usluge koje se sastoje od nadzora nad osobama sa mentalnim nedostacima kao što su demencija, te medicinske procjene i usluge koje se odnose na vođenje slučaja i koordinaciju između medicinske i dugoročne zdravstvene njege (što je također uključeno u HC.3).
- *Također se isključuje:* specijalna nastava za invalidne osobe i profesionalna rehabilitacija.

HCR.1.1 Dugoročna nenovčana socijalna zaštita

Ova stavka obuhvata usluge dugoročne nenovčane socijalne zaštite kako je opisano gore, koje se pružaju osobama sa zdravstvenim problemima i funkcionalnim ograničenjima ili nedostacima, gdje je primarna svrha omogućiti nezavisan život i interakciju sa okruženjem.

HCR.1.2 Novčana naknade za usluge dugoročne socijalne zaštite

Ova stavka obuhvata naknade za pružanje dugoročne socijalne zaštite u obliku transfera koji se isplaćuje pojedincima i domaćinstvima. Ona uglavnom pokriva usluge neformalne njege koje su socijalne prirode a koje pružaju članovi porodice ili naknadu formalnim davaocima socijalne podrške za vršenje instrumentalnih aktivnosti dnevnog života u cilju omogućavanja nezavisnog življenja. Stavka se ne odnosi na gotovinske naknade za zaštitu prihoda u slučaju bolesti ili invalidnosti, kao što je plaćeno bolovanje ili zaštita prihoda u slučaju invalidnosti (osim invalidskih penzija za osobe iznad starosne granice za odlazak u penziju).

HCR.2 Promocija zdravlja multisektoralnim pristupom

Zdravlje je rezultat interakcije širokog raspona determinanti. U cilju unapređenja zdravstvenih ishoda, potrebni su zdravstveni sistemi kao i niz drugih intervencija. Za promociju zdravlja zahtijeva se sveukupna pokrivenost, uključujući ukupne izdatke zajedničkih napora u vršenju multisektoralnih i multipartnerskih usluga i programa koji mogu biti relevantni za utvrđivanje politike. U većini slučajeva, multisektoralni pristup ima zajedničke interese, i izdaci koji su od koristi za zdravstvenu zaštitu mogu se preklapati sa izdacima drugih socijalnih funkcija. Cilj postojanja multisektoralnog mjerenja balansira ograničenost granica zdravstvene zaštite sa odgovornošću za obračun resursa na kojima počiva zdravstveni sistem, kao i onih izvan zdravstvenog sistema, uključenog u napore promocije zdravlja.

Cilj ove klase je obračunati resurse za promoviranje zdravlja koji mogu izlaziti iz granica zdravstvene zaštite, iako, pak, jasno sadrže i zdravstveni interes.

HCR.2.1 Intervencije u oblasti hrane i pitke vode.

Ova stavka obuhvata razne aktivnosti od kolektivnog zdravstvenog interesa, kao što je inspekcija i djelovanje zdravstvenih propisa koji se odnose na razne grane industrije, uglavnom onih koje su povezane sa hranom i pitkom vodom za ljudsku potrošnju. Mjera do koje je ovaj sadržaj pokriven može varirati između praksi i potreba određenih zemalja. Primjeri za ovo su kontrola pitke vode za ljudsku upotrebu i kontrola hrane u okviru procesa proizvodnje i distribucije. Rashod koji se treba uključiti može da se odnosi na komunikacije sa zdravstvenim tehničkim osobama izvan ministarstva zdravlja i zajedničke intervencije sa drugim agencijama za promoviranje zdravlja, zasnovane posebno na dokazima o postojanju rizika povezanih sa problematikom sigurnosti vode i hrane.

- *Uključuje:* mjere sigurnosti za hranu i vodu, kao što su intervencije na agrokulturama u cilju izbjegavanja toksikološkog zagađenja hrane i vode koja se koristi za nutritivne svrhe i povećanje kvaliteta kontrolnih mjera za reguliranje proizvodnje i distribucije hrane i vode.
- *Isključuje:* izdatke na direktne zdravstvene propise (HC.7) kao i na komponente praćenja i nadzora modela, kao što je kontrola kvaliteta koju vrše laboratorije javnog zdravstva (HC.6.2).

HCR.2.2 Intervencije u životnoj sredini (isključujući one koje se odnose na hranu i pitku vodu).

Ova stavka obuhvata niz kontrolnih intervencija u životnoj sredini sa specifičnim fokusom na javnom zdravlju, kao što je upravljanje otpadom (sigurnosne mjere povezane sa ovim uslugama), upravljanje otpadnim vodama (sigurnosne mjere i norme kvaliteta), smanjenje zagađenosti (prevencija, monitoring, smanjenje i kontrola buke i zagađenja zraka, vodotoka i tla), istraživanje i razvoj zaštite životne sredine (istraživanje i razvoj u oblasti problematike javnog zdravstva povezane sa zaštitom životne sredine).

Isključuje: izdatke na direktne zdravstvene propise u oblasti zaštite životne sredine (HC.7) kao i na komponente programa monitoringa i nadzora, kao što je monitoring upornih organskih zagađivača u ljudskom mlijeku u geografskim rizičnim područjima od strane javnih zdravstvenih laboratorija (HC.6.2).

HCR.2.3 Ostale vrste multisektoralne promocije zdravlja

Ova klasa cilja na prikupljanje izdataka koji pretpostavljaju veliki javni zdravstveni interes, ali koji nije nužno u okviru zdravstvenih granica: ovo je slučaj sa inicijativom za kontrolu duhana, za koju neke od intervencija prevazilaze granice zdravstva, kao i za sigurnost na putevima, gdje postoji veliki interes za prevenciju povreda ali koji također uključuje i primarni interes za transport i druge oblasti. Svaka od komponenti treba da se označi i dokumentira u metapodacima, tj. informacijama o podacima, kako bi se olakšala poređenja između zemalja.

SHA 2011 Poglavlje 5 sadrži dalju diskusiju o razlozima za klasifikaciju HC; kriterije koji se koriste za definiranje klasa; detaljnija objašnjenja; i šemu odlučivanja za omogućavanje alokacije sredstava.
--

POGLAVLJE 6. KLASIFIKACIJA DAVALACA ZDRAVSTVENIH USLUGA (ICHA-HP)

Uvod

Davaoci zdravstvenih usluga obuhvataju organizacije i aktere koji pružaju usluge i robe u oblasti zdravstvene zaštite kao primarnu djelatnost, kao i one za koje je pružanje zdravstvene zaštite samo jedna od brojnih aktivnosti. Oni se razlikuju u pogledu pravnih, računovodstvenih, organizacionih i operativnih struktura. Međutim, uprkos ogromnim razlikama koje postoje u načinu organizacije zdravstvene zaštite, postoji skup zajedničkih postupaka i tehnologija koje dijele svi zdravstveni sistemi i koji ima pomaže da se struktuiraju. Klasifikacija davalaca zdravstvenih usluga (ICHA-HP), stoga služi za klasificiranje svih organizacija koje doprinose osiguranju roba i usluga zdravstvene zaštite organiziranjem specifičnih davalaca zdravstvenih usluga po zemljama u zajedničke međunarodno primjenjive kategorije.

Osnovna djelatnost koja se vrši jeste osnovni kriterij za klasifikaciju davalaca usluga zdravstvene zaštite. Međutim, ovo ne znači da davaoci usluga koji su klasificirani u istu kategoriju vrše potpuno isti skup aktivnosti. Bolnice, koje su veliki davaoci zdravstvenih usluga, obično nude ne samo bolničke usluge, nego, zavisno od specifičnih aranžmana u zemlji, mogu također pružati i vanbolničku njegu, rehabilitaciju, dugoročnu njegu, itd. U svrhu međunarodnih poređenja, dodatna vrijednost ICHA-HP leži u dvije prednosti: prva, povezanost sa funkcionalnom klasifikacijom, koja daje uvid u raznolikost specifičnih aranžmana za određene zemlje za pružanje usluga zdravstvene zaštite, i drugo, kombinacija sa finansijskom klasifikacijom, koja baca svijetlo na raznolikost finansijskih mehanizama zdravstvene zaštite koji postoje u zemljama.

Ovo poglavlje uvodi klasifikaciju davalaca zdravstvenih usluga (ICHA-HP) i opisuje njene glavne elemente. Ono prati izdatke za zdravstvenu zaštitu po kategorijama davalaca usluga u cilju odgovora na pitanje: *Koja je to organizaciona struktura koja je karakteristična za pružanje zdravstvenih usluga u nekoj zemlji?* Zajedno sa klasifikacijom funkcija zdravstvene zaštite (ICHA-HC) i klasifikacijom modela finansiranja (ICHA-HF), HP klasifikacija uobličava računovodstveni prostor ključnih računa izdataka zdravstvene zaštite.

Koncept klasifikacije davalaca zdravstvenih usluga

Sfera davalaca zdravstvenih usluga

Sveobuhvatnost u pogledu klasifikacije davalaca zdravstvenih usluga znači da sve organizacije u ovoj oblasti interesa treba da budu pokrivene, dok kompletnost znači da sve aktivnosti u ovoj oblasti interesa treba da budu obuhvaćene, bez obzira na tip organizacije. Prema tome, budući da mnoge organizacije u okviru domaće ekonomije mogu pružati neki vid zdravstvene zaštite, klasifikacija davalaca zdravstvenih usluga mora biti u stanju da ih sve obuhvati, bez obzira na to da li je zdravstvena zaštita primarna ili sekundarna aktivnost.

Primarni davaoci usluga zdravstvene zaštite su oni čija je osnovna djelatnost pružanje usluga i roba kako je definirano ključnom funkcionalnom klasifikacijom (ICHA-HC). Tipični primarni davaoci usluga su ordinacije ljekara opće prakse ili specijalista, jedinice hitnih službi,

bolnice za akutnu zaštitu i psihijatrijske bolnice, domovi zdravlja, laboratorije, institucije za njegu pacijenata, apoteke, itd. U okviru ICHA-HP klasifikacije, primarni davaoci usluga zdravstvene zaštite se grupišu u šest kategorija (HP.1-HP.6).

Sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite su oni koji pružaju usluge zdravstvene zaštite pored svojih osnovnih djelatnosti, koje mogu biti djelimično ili ne sve u vezi sa zdravljem. Primjeri sekundarnih davalaca zdravstvenih usluga su: rezidencijalne institucije za njegu pacijenata, čija osnovna djelatnost može biti pružanje usluga smještaja, uz ostale socijalne usluge pored njegovanja koje se pružaju kao sekundarne aktivnosti; samoposluge koje prodaju lijekove koji se izdaju bez ljekarskog recepta; zdravstvene ustanove/profesionalci koji pružaju usluge zdravstvene zaštite određenoj grupi stanovnika, kao što je slučaj pružanja usluga u oblasti medicine rada unutar radne ustanove samo za uposlenike, ili zatvorske zdravstvene usluge (HP.8.2).

Da bi se kompletirala slika, svi subjekti koji se bave aktivnostima koje su u vezi sa zdravljem a nisu uključeni u direktno pružanje zdravstvenih usluga i roba pacijentima (bilo kao primarne ili sekundarne aktivnosti) mogu se evidentirati unutar kategorije HP.8.9 Ostale grane industrije koje nisu obrađene na drugim mjestima. Postoje dva razloga za uvođenje ove potkategorije, koja obuhvata grane industrije koje su izvan sfere davalaca usluga zdravstvene zaštite. Prvo, time se omogućava klasifikacija ustanova koje su uključene u vršenje aktivnosti koje su u vezi sa zdravstvenom zaštitom kako je definirano u funkcionalnoj klasifikaciji, tj. dugoročna socijalna zaštita i promoviranje zdravlja putem multisektoralnog pristupa. Drugo, time se omogućava povezivanje HP klasifikacije sa klasifikacijama proširenih računa, na primjer sa kapitalnim računom. Shodno tome, grane industrije koje su uključene u nabavku medicinske opreme ili zdravstveno istraživanje i razvoj ili u edukaciju i obuku zdravstvenih profesionalaca mogu se evidentirati u okviru HP.8.9 Ostale grane industrije koje nisu obrađene na drugim mjestima.

Tabela 6.1 sadrži HP klasifikaciju, nakon koje slijede objašnjenja. SHA 2011 Poglavlje 6 daje dalja objašnjenja i smjernice o pitanjima kompilacije koja se tiču HP.

Objašnjenja za ICHA-HP klasifikaciju davalaca usluga zdravstvene zaštite

HP.1. Bolnice

Bolnice su licencirane ustanove koje se primarno bave pružanjem medicinskih, dijagnostičkih i tretmanskih usluga koje uključuju usluge ljekara, sestre/tehničara i druge zdravstvene usluge za pacijente i specijalizirane usluge smještaja koje su pacijentima potrebne. Bolnice pružaju zdravstvene usluge unutar bolnice, od kojih se mnoge mogu pružati samo korištenjem specijalizirane opreme i profesionalnog znanja kao i napredne medicinske tehnologije i opreme, koja čini značajan i integralni dio procesa pružanja usluga. Iako je osnovna djelatnost pružanje bolničke medicinske njege, one također mogu pružati i dnevnu njegu, vanbolničku i kućnu njegu kao sekundarne aktivnosti. Zadaci bolnica mogu varirati od zemlje do zemlje i obično se definiraju zakonskim propisima. U nekim zemljama, zdravstvene ustanove, pored toga, imaju uslov i minimalne veličine (kao što je broj kreveta i medicinskog osoblja koji garantiraju 24-satni pristup) da bi se mogle registrirati kao bolnica. SHA 2011 pravi razliku između općih bolnica, bolnica za mentalno zdravlje i specijaliziranih bolnica koje nisu bolnice za mentalno zdravlje u zavisnosti od opsega ljekarskih tretmana koji se tu pružaju i specifičnosti bolesti ili medicinskih stanja bolničkih pacijenata.

HP.1.1 Opće bolnice

Ova kategorija obuhvata licencirane ustanove koje se primarno bave pružanjem općih dijagnostičkih i medicinskih tretmana (i hirurških i nehirurških) za pacijente *sa širokim rasponom medicinskih stanja*. Ove ustanove mogu pružati i ostale vrste usluga, kao što su vanbolničke usluge, usluge anatomske patologije, dijagnostičke rendgenske usluge, kliničke laboratorijske usluge ili usluge operativnih sala za razne vrste zahvata i/ili apotekarske usluge, koje obično koriste interni pacijenti (intermedijarni output u okviru bolničkog liječenja) ali i vanjski pacijenti.

Tabela 6.1. **Klasifikacija davalaca zdravstvenih usluga u SHA 2011**

Kod	Opis	SHA 1.0 kod
HP.1	Bolnice	HP.1.0
HP.1.1	Opće bolnice	HP.1.1
HP.1.2	Psihijatrijske bolnice	HP.1.2
HP.1.3	Specijalizirane bolnice osim psihijatrijskih bolnica	HP.1.3
HP.2	Ustanove za dugotrajnu njegu i boravak	HP.2
HP.2.1	Ustanove za dugotrajnu njegu	HP.2.1
HP.2.2	Ustanove za mentalno zdravlje i liječenje ovisnosti	HP.2.2
HP.2.9	Sve druge ustanove za dugotrajnu njegu i borava	HP.2.3, HP.2.9
HP.3	Davaoci usluga ambulantne zdravstvene zaštite	HP.3
HP.3.1	Ljekarske ordinacije	HP.3.1
HP.3.1.1	Ordinacije ljekara opće prakse	HP.3.1
HP.3.1.2	Ordinacije specijalista za mentalne bolesti	HP.3.1
HP.3.1.3	Ordinacije specijalista (osim specijalista za mentalno zdravlje)	HP.3.1
HP.3.2	Stomatološke ordinacije	HP.3.2
HP.3.3	Ustanove drugih davaoca zdravstvenih usluga	HP.3.3
HP.3.4	Centri za ambulantnu zdravstvenu zaštitu	HP.3.4
HP.3.4.1	Centri za planiranje porodice	HP.3.4.1
HP.3.4.2	Centri za ambulantnu zaštitu mentalnog zdravlja i liječenje ovisnosti	HP.3.4.2
HP.3.4.3	Samostalni ambulantni hirurški centri	HP.3.4.3
HP.3.4.4	Centri za dijalizu	HP.3.4.4
HP.3.4.9	Svi drugi ambulantni centri	HP.3.4.5, 3.4.9
HP.3.5	Davaoci usluga kućne zdravstvene zaštite	HP.3.6
HP.4	Davaoci pomoćnih usluga	
HP.4.1	Davaoci usluga prevoza i hitne medicinske pomoći	HP.3.9.1
HP.4.2	Medicinske i dijagnostičke laboratorije	HP.3.5, 3.9.2
HP.4.9	Ostali davaoci pomoćnih usluga	HP.3.9.9
HP.5	Maloprodaja i drugi dobavljači medicinskih sredstava	HP.4
HP.5.1	Apoteke	HP.4.1
HP.5.2	Maloprodaja i drugi dobavljači trajnih medicinskih dobara i medicinske opreme	HP.4.2, 4.3, 4.4
HP.5.9	Ostali prodavci i drugi dobavljači farmaceutskih i medicinskih sredstava i farmaceutskih proizvoda	HP.4.9
HP.6	Davaoci usluga preventivne zaštite	HP.5
HP.7	Upravljanje zdravstvenim sistemom i zdravstvenim osiguranjem	HP.6
HP.7.1	Vladine institucije za upravljanje zdravstvenim sistemom	HP.6.1
HP.7.2	Fondovi/zavodi zdravstvenog osiguranja	HP.6.2
HP.7.3	Privatne agencije za zdravstveno osiguranje	HP.6.3, 6.4

HP.7.9	Ostale administrativne institucije	HP.6.9
HP.8	Ostali davaoci	HP.7
HP.8.1	Privatna domaćinstva kao davaoci usluga kućne zdravstvene zaštite	HP.7.2
HP.8.2	Ostali sektori kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite	HP 2.3, 2.9, 7.1, 7.9
HP.8.9	Ostalo (neraspoređeno)	
HP.9	Strani davaoci usluga	HP.9

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Tabela 6.1 odgovara tabeli 6.2 u SHA 2011

Ilustrativni primjeri:

- Opšte bolnice za liječenje akutnih slučajeva;
- Mjesne, oblasne i regionalne bolnice (koje nisu specijalizirane bolnice);
- Vojne, veteranske, zatvorske i policijske bolnice ako su osnovane kao posebne ustanove (koje nisu specijalizirane bolnice, npr. forenzičke bolnice);
- Obrazovne bolnice, univerzitetske bolnice (koje nisu specijalizirane bolnice);
- Opće bolnice poslovnih subjekata (npr. bolnice u vlasništvu naftnih kompanija) ako se nalaze u posebnoj nezavisnoj ustanovi;
- Opće bolnice privatnih neprofitnih organizacija (koje nisu specijalizirane bolnice).

Napomena: uključeni su integrirani lokalni zdravstveni centri koji pružaju usluge i bolničke i vanbolničke zaštite ali koji se primarno bave pružanjem bolničkih usluga.

Unakrsne reference

- Univerzitetske bolnice obuhvataju licencirane tercijarne bolnice koje se bave pružanjem akademskog medicinskog obrazovanja, kliničkim istraživanjem i zdravstvenom zaštitom pacijenata kao obrazovne bolnice. U slučaju da postoje specijalizirane univerzitetske bolnice čije se aktivnosti odnose na određene vrste tretmana ili bolesti, one se trebaju evidentirati ili pod HP.1.2 *Bolnice za mentalno zdravlje* ili pod HP.1.3 *Specijalizirane bolnice (koje nisu bolnice za mentalno zdravlje)*.
- Forenzičke bolnice treba klasificirati pod HP.1.2 *Bolnice za mentalno zdravlje*.

HP.1.2 Psihijatrijske bolnice

Ova stavka obuhvata licencirane ustanove koje se primarno bave pružanjem usluga dijagnostičkih i medicinskih tretmana i monitoringa bolničkim pacijentima koji pate od teških mentalnih oboljenja ili poremećaja nastalih usljed zloupotrebe droga. Tretman često zahtijeva

duži boravak u bolničkom okruženju, uključujući intenzivan farmaceutski tretman. U zavisnosti od specifičnosti raznih bolničkih terapija, dostupne su psihijatrijske, psihološke ili fizikalne terapije u samoj ustanovi kao i druge vrste usluga uključujući obrazovne i profesionalne usluge s ciljem osiguranja sveobuhvatnog liječenja, koje će voditi ka konačnom oporavku pacijenta. Da bi se odgovorilo kompleksnosti ovih zadataka, bolnice za mentalno zdravlje obično pružaju usluge izvan bolnice, kao što su vanbolnička zaštita mentalnog zdravlja, klinički laboratorijski testovi, dijagnostička rendgenska snimanja i elektroencefalografija, koje su obično dostupne i za unutrašnje i vanjske bolničke pacijente, kao i za vanbolničko liječenje. Bolnice za mentalno zdravlje isključuju mjesno-organizirane psihijatrijske bolničke jedinice općih bolnica.

Ilustrativni primjeri za mentalno zdravlje uključuju: psihijatrijske bolnice; forenzičke bolnice, bolnice za liječenje bolesti nastalih zloupotrebom droga.

Unakrsne reference.

- Ustanove koje se primarno bave pružanjem tretmana za mentalno zdravlje i bolesti zloupotrebe droga na vanbolničkoj osnovi klasificiraju se pod HP.3.1.2 *Ordinacije specijalista za mentalne bolesti* ili HP.3.4.2 *Ambulantni centri za mentalno zdravlje i liječenje ovisnosti od droga*;
- Ustanove koje se tretiraju kao bolnice a koje se primarno bave pružanjem usluga rezidencijalne njege za osobe sa dijagnozom mentalne retardacije ili koje se bave pružanjem bolničkih usluga zaštite mentalnog zdravlja i liječenja bolesti nastalih zbog zloupotrebe droga sa naglaskom na dužem boravku/njezi i savjetovanju, a ne medicinskom tretmanu klasificiraju se pod HP.2.2 *Ustanove za mentalno zdravlje i liječenje bolesti zloupotrebe droga*

HP.1.3 Specijalizirane bolnice (osim psihijatrijskih bolnica)

Ova stavka obuhvata licencirane ustanove koje se primarno bave pružanjem dijagnostičkih i medicinskih tretmana kao i usluga monitoringa za bolničke pacijente sa *specifičnom vrstom bolesti ili zdravstvenog stanja*.

Ilustrativni primjeri

- Specijalizirane bolnice ili univerzitetske bolnice sa fokusom na specifičnim disciplinama (onkologija, gastroenterologija, pedijatrija, ortopedija, kardiologija, itd.); ortopedske bolnice; specijalizirane bolnice za zarazne bolesti (bolnice za liječenje tuberkuloze; bolnice za liječenje tropskih bolesti);
- Specijalizirani hitni centri;
- Porodiljske klinike;
- Specijalizirani sanatorijumi (koji se primarno bave pružanjem usluga medicinske post-akutne, rehabilitacione i preventivne zaštite);
- Termalni zdravstveni centri i banjska liječilišta koja se fokusiraju na medicinsku qrehabilitaciju;
- TCAM bolnice ili bolnički centri/klinike (npr. bolnice specijalizirane za orijentalnu medicinu).

Unakrsne reference

- Ustanove koje su licencirane kao bolnice koje se primarno bave pružanjem dijagnostičkih i terapijskih bolničkih usluga za razna medicinska stanja, kako hirurgijskih tako i nehirurških, klasificiraju se pod HP.1.1. *Opće bolnice*;
- Bolnice za mentalno zdravlje, bolnice koje pružaju bolničku njegu za akutna stanja za mentalne bolesnike, klasificiraju se pod HP.1.2 *Bolnice za mentalno zdravlje*;
- Ustanove koje se tretiraju kao bolnice ali se primarno bave pružanjem bolničke dugoročne njege i rehabilitacije za osobe kojima je potreban oporavak klasificiraju se pod HP.2.1 *Ustanove za dugoročnu njegu bolesnika*;
- Ustanove koje su specijalizirane za dugoročnu njegu osoba sa dijagnozom mentalne retardacije ili mentalnih zdravstvenih problema ili vode programe liječenja za osobe koje zloupotrebljavaju droge klasificiraju se pod HP.2.2 *Ustanove za mentalno zdravlje i liječenje bolesti zloupotrebe droga*

HP.2 Ustanove za dugotrajnu njegu i boravak

Kategorija *Ustanove za dugotrajnu njegu i boravak* obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem dugotrajne rezidencijalne njege koja kombinira sestrinsku njegu, nadzor i druge vrste njege prema potrebi rezidenata. U ovim ustanovama, značajan dio proizvodnog procesa injege koja se pruža predstavlja mješavinu zdravstvenih i socijalnih usluga, gdje su zdravstvene usluge uglavnom na nivou njege, u kombinaciji sa uslugama lične njege. Medicinske komponente njege sumnogo manje intenzivne od onih koje se pružaju u bolnicama.

HP.2.1 Ustanove za dugotrajnu njegu

Ova potkategorija obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem bolničke sestrinske njege i rehabilitacionih usluga za pacijente na dugotrajnoj njezi. Njega se generalno pruža na duži period osobama koje imaju potrebu za takvom vrstom njege. Ove ustanove imaju stalno ključno osoblje registriranih ili licenciranih medicinskih sestara i tehničara, koji, zajedno sa ostalim osobljem, pružaju njegu u kombinaciji sa ličnom negom. Oni uglavnom osiguravaju dugoročnu njegu, ali također povremeno i njegu u akutnim slučajevima i njegu u vezi sa smještajem i drugim vrstama socijalne podrške, kao što je pomoć u vršenju svakodnevnih životnih zadataka i pomoć u uspostavljanju nezavisnog življenja. Ova kategorija uključuje razne ustanove koje pružaju dugoročnu njegu koja obuhvata redovnu osnovnu njegu hroničnih bolesnika, slabih, invalidnih ili osoba koje se oporavljaju ili senilnih osoba koje se nalaze u bolničkoj ustanovi. Precizna klasifikacija odgovarajućih tipova institucija (ustanove sa kvalificiranim osobljem za njegu, rezidencijalne ustanove za mentalnu retardaciju, ostale rezidencijalne ustanove za dugoročnu njegu) zavisi od podjele rada u procesu pružanja njege, posebno kod dugoročne njege i rehabilitacije.

Ilustrativni primjeri uključuju: domove za oporavak ili bolnice za oporavak (koje nisu bolnice za mentalno zdravlje i liječenje od zloupotrebe droga); domovi za stare osobe sa sestrinskom negom; hospisi sa bolničkom negom; ustanove za palijativnu njegu bolesnika sa terminalnom bolešću; domovi za njegu i obrazovni domovi za njegu; odmarališta sa negom; i ustanove sa kvalificiranim osobljem za njegu.

Unakrsne reference:

- Ustanove u kojima su intervencije u oblasti njege više slučajnog karaktera ili se izvode od strane povremenog osoblja kao što su patronažne sestre vjerovatno su ustanove za socijalnu zaštitu i treba ih klasificirati kao HP.8.2 *Sve ostale grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite*. To se također odnosi na organizacije u kojima je lekar direktor, na primjer, u domu za hendikepirane osobe, gdje na medicinske i njegovateljske usluge otpada samo mali dio sveukupnih aktivnosti institucije. Drugi primjer ovog tipa institucije jeste rezidencijalni dom za stare osobe sa patronažnim sestrama. Sestre koje obilaze ove institucije treba da se evidentiraju posebno kao odgovarajuća kategorije ambulantne zdravstvene zaštite, u ovom slučaju kao *Ostali davaoci usluga zdravstvene zaštite* HP.3.3;
- Hostesla samo ograničenom medicinskom pomoći, kao što je nadzor nad poštivanjem terapije, treba klasificirati pod HP.8.2 *Sve ostale grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite*.

HP.2.2 Ustanove za mentalno zdravlje i liječenje ovisnosti

Ova stavka obuhvata ustanove (npr. domovi za grupe, ustanove za socijalnu brigu) koje se primarno bave pružanjem – u bolničkom okruženju – domicilnih usluga za osobe sa dijagnozom mentalne retardacije. Ove ustanove pružaju usluge mentalne zdravstvene njege, iako je fokus na smještaju i hrani, zaštitnog nadzora i savjetovanja. Rezidencijalne institucije za mentalno zdravlje i liječenje zloupotrebe droga obuhvataju ustanove koje se primarno bave pružanjem rezidencijalne njege i tretmana za pacijente sa mentalnim bolestima i pacijentima koji zloupotrebljavaju droge. Iako zdravstvene usluge mogu biti dostupne u ovim ustanovama, one proizlaze iz savjetovanja, mentalne rehabilitacije i podrške.

Ilustrativni primjeri

- Rezidencijalne ustanove za mentalnu retardaciju;
- Ustanove za mentalno zdravlje i liječenje ovisnosti o drogama;
- Ustanove za rehabilitaciju za alkoholičare i ovisnike o drogama (koje nisu licencirane bolnice);
- Domovi ili bolnice za oporavak od mentalne bolesti;
- Institucije za dnevnu i noćnu negu koje pružaju u ograničenom vremenskom roku dugoročnu negu uključujući ličnu negu za osobe sa mentalnom bolešću, kao što je demencija, itd.

Unakrsne reference:

- Hosteli koji pružaju samo ograničenu medicinsku pomoć, kao što je nadzor nad poštivanjem terapije ili penzionerske zajednice sa trajnom negom i domovi za stare osobe bez njege ili zdravstvene zaštite klasificiraju se pod HP.8.2 *Sve ostale grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite*.
- Dnevni centri sa kurativnom i rehabilitacionom negom koja se fokusira na pojedince koji nemaju dijagnozu mentalne retardacije klasificiraju se pod HP.3.4.9 *Svi drugi ambulantni centri*;
- Ustanove koje se primarno bave pružanjem rezidencijalne njege i rehabilitacionih usluga za pojedince koji nemaju dijagnozu mentalne retardacije, na primjer za

onkološku rehabilitaciju, klasificiraju se pod HP.2.1 *Ustanove za dugotrajnu njegu* ili HP.2.9 *Sve druge ustanove za dugotrajnu njegu i boravak*.

HP.2.9 Sve druge ustanove za dugotrajnu njegu i boravak

Ova kategorija uključuje pružanje rezidencijalnih i zdravstvenih usluga u organizacijama koje nisu klasificirane ni kao ustanove za pružanje dugotrajne njege HP.2.1 niti kao ustanove za mentalno zdravlje i liječenje od ovisnosti od droga HP.2.2. Ova kategorija obuhvata specijalizirane rezidencijalne ustanove koje se ne bave mentalnim zdravljem, kao što su, na primjer, gerijatrijske ustanove za rehabilitaciju koje ne ispunjavaju kriterije za gerijatrijske bolnice.

HP.3 Davaoci usluga ambulantne zdravstvene zaštite

Ova stavka obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem usluga zdravstvene zaštite direktno vanbolničkim pacijentima koji ne zahtijevaju bolničke usluge. Ovo obuhvata urede općih medicinskih praktičara i medicinskih specijalista i ustanova specijaliziranih za tretman dnevnih slučajeva i pružanju usluga kućne njege. Zdravstveni praktičari u ambulantnoj praksi primarno pružaju usluge pacijentima koji posjećuju ordinaciju zdravstvenog profesionalca, ili praktičari posjećuju pacijenta kod kuće. Shodno tome, ove ustanove obično ne pružaju usluge bolničkog tipa. Ova stavka ima pet podkategorija, uključujući: medicinsku praksu, dentalnu praksu, ostale zdravstvene praktičare, ambulantne zdravstvene centre i davaoce zdravstvenih usluga kod kuće.

HP.3.1 Ljekarske ordinacije

Ova podkategorija obuhvata ordinacije ljekara opće prakse i ordinacije medicinskih specijalista (osim stomatološke prakse) u kojima se medicinski praktičari, koji imaju kvalifikacije doktora medicine (šifra 2210 ISCO-08, ISCED-97 nivo 5 i 6) primarno bave nezavisnom praksom opće ili specijalizirane medicine, uključujući psihijatriju, kardiologiju, osteopatiju, homeopatiju, hirurgiju i drugo. Ova grupa također obuhvata praksu TCAM profesionalaca sa odgovarajućim medicinskim obrazovanjem. Ovi praktičari mogu raditi kao pojedinci ili u grupnoj praksi u sopstvenim ili iznajmljenim prostorijama (npr. centri, klinike) ili nezavisno u prostorijama drugih, kao što su bolnice ili medicinski centri tipa HMO (organizacije za očuvanje zdravlja).

HP.3.1.1 Ordinacije ljekara opće prakse

HP.3.1.2 Ordinacije specijalista za mentalne bolesti

HP.3.1.3 Ordinacije specijalista (osim specijalista za mentalno zdravlje)

HP.3.2 Stomatološke ordinacije

Ova potkategorija obuhvata nezavisne ustanove zdravstvenih praktičara koji imaju univerzitetsku diplomu u oblasti dentalne medicine ili kvalifikacije na odgovarajućem nivou (Šifra 2261, ISCO-08) i koji primarno obavljaju nezavisnu opću ili specijaliziranju dentalnu praksu ili dentalnu hirurgiju. Ovi praktičari imaju privatne ili grupne prakse u sopstvenim ordinacijama (npr. centri, klinike) i pružaju ili sveobuhvatnu preventivnu, rekonstruktivnu ili hitnu zaštitu ili su se specijalizirali u posebnoj oblasti dentalne medicine. Oni mogu vršiti

aktivnosti dentalne prakse opće ili specijalizirane prirode, kao što je konzervativna stomatologija, endodoncija, oralna patologija i ortodoncija.

Ilustrativni primjeri su:

- Dentalni praktičari; stomatolozi; endodonti;
- Dentalni hirurzi; oralni i maksilofacijalni hirurzi;
- Oralni patolozi; ortodonti; pedodonti; periodonti; i protetičari.

Unakrsne reference

- Dentalne laboratorije koje pružaju usluge direktno pacijentima i primarno se bave izradom proteza, vještačkih zuba i ortodontskih naprava za zubare klasificiraju se pod HP.4.2 *Medicinske i dijagnostičke laboratorije* (uključujući zubne laboratorije);
- Ustanove dentalnih higijeničara koji se primarno bave čišćenjem zuba i desni ili ustanove zubnih tehničara koji se primarno bave uzimanjem otisaka za iradu proteza klasificiraju se pod HP.3.3 *Ostali zdravstveni praktičari*; npr. zubni tehničar u Nizozemskoj i zubni protetičar u Australiji imaju pravo da izrade punu zubnu protezu.

HP.3.3 Ustanove drugih davalaca zdravstvenih usluga

Ova potkategorija obuhvata grupu paramedicinskih i drugih nezavisnih zdravstvenih praktičara (osim medicinske profesije: ljekari opće prakse ili specijalisti i zubari), kao što su kiropraktičari, optometričari, psihoterapeuti, fizioterapeuti, radno-okupacioni terapeuti i logopedi i audiolozi koji se primarno bave pružanjem usluga vanbolničkim pacijentima. Ovi praktičari djeluju kao pojedinci ili grupno u sopstvenim ordinacijama (na primjer, centri i klinike) ili nezavisno u prostorijama drugih, kao što su bolnice ili medicinski centri HMO tipa. U mnogim zemljama, smatra se da je potrebnim preduslov postojanje nekog vida pravne registracije i licenciranja (što pretpostavlja minimum javne kontrole nad sadržajem pružene njege) da bi se ova aktivnost mogla evidentirati kao paramedicinska.

Ilustrativni primjeri su: uredi medicinskih sestara, tehničara i babica; uredi akupunkturista, homeopata, naturopata ili kiropraktičara (osim ljekara); fizioterapeuti i fizikalni terapeuti; radno-okupacioni terapeuti; audiolozi; uredi dentalnih higijeničara i zubnih protetičara; uredi dijetičara; uredi inhalacionih i respiratornih terapeuta; uredi podijatare; i TCAM praktičari sa manje opširnim znanjem (Šifra 3230 ISCO-O8).

Unakrsne reference

- Samostalna medicinska praksa (ljekar opće prakse, specijalista za mentalno zdravlje ili druge oblasti medicine) se, prema tome, klasificira pod HP.3.1.1 *Uredi medicinskih praktičara opće prakse*, HP.3.1.2 *Uredi specijalista za mentalno zdravlje* ili HP.3.1.3 *Uredi medicinskih specijalista (osim specijalista za mentalno zdravlje)*;
- Samostalna praksa stomatologije klasificira se pod HP.3.2 *Dentalna praksa*;
- Samostalna praksa pružanja zdravstvenih usluga kod kuće klasificira se pod HP.3.5 *Davaoci usluga zdravstvene zaštite kod kuće*.

HP.3.4 Centri za ambulantnu zdravstvenu zaštitu

Ova stavka obuhvata ustanove koje se bave pružanjem širokog opsega vanbolničkih usluga od strane tima medicinskog ili paramedicinskog osoblja, često sa pomoćnim osobljem, koje obično okupljaju nekoliko specijalnosti i/ili služe specifičnim funkcijama primarne i sekundarne zaštite. Ove ustanove obično tretiraju pacijente kojima ne treba bolnički tip liječenja. Oni se razlikuju od HP.3.1.3 *Uredi medicinskih specijalista* po svojim multi-specijalizacijama, kompleksnosti medicinsko-tehničke opreme koja se koristi i djelokrugu vrsta zdravstvenih profesionalaca koji su uključeni u ovaj vid rada.

HP.3.4.1 Centri za planiranje porodice

HP.3.4.2 Centri za ambulantnu zaštitu mentalnog zdravlja i liječenje ovisnosti

HP.3.4.3 Samostalni ambulantni hirurški centri

Ova potkategorija obuhvata specijalizirane ustanove sa ljekarima i drugim medicinskim osobljem koje se primarno bavi pružanjem hirurških usluga (npr. ortoskopske operacije i skidanje katarakte) kod vanbolničkih pacijenata. Vanbolničke hirurške ustanove imaju specijalizirane objekte, kao što su operacione sale i prostorije za oporavak i specijaliziranu opremu kao što je anestetička ili rendgenska oprema.

HP.3.4.4 Centri za dijalizu

HP.3.4.9 Svi drugi ambulantni centri

HP.3.5 Davaoci usluga kućne zdravstvene zaštite

Ova podkategorija obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem usluga kvalificiranih sestara ili medicinskih tehničara u domu pacijenta, uz niz sljedećih aktivnosti: usluge lične njege; medicinske socijalne usluge, podrška i lijekovi, korištenje medicinske opreme i zaliha, savjetovanje; 24-satna njega kod kuće; radno-okupaciona i profesionalna terapija; dijetalne i nutricionarne usluge; govorna terapija; audiologija; njega sa korištenjem visoko sofisticirane opreme, kao što je intravenozna terapija. Usluge davalaca usluga njege u domu pacijenta često zamjenjuju dugoročne bolničke usluge koje se vrše pod stavkom HP.2 *Rezidencijalne ustanove za dugoročnu njegu* ili vanbolničke usluge koje se pružaju pod stavkom HP.3.3 *Ostali zdravstveni praktičari*.

Ilustrativni primjeri su: sestre/tehničari koje vode brigu o lokalnoj zajednici i njega u domu pacijenta (uključujući njegu djece u slučaju bolesti); agencije koje pružaju zdravstvenu zaštitu u domu pacijenta; usluge hospicijske njege u domu pacijenta; udruženja patronažnih sestara.

Unakrsne reference

- Isključuju se nemedicinski i neparamedicinski davaoci usluga koji nude pomoć i podršku u domu pacijenta i na taj način se pretežno bave pružanjem usluga koje se odnose na instrumentalne aktivnosti dnevnog života (IADL) kao što je pomoć pri čišćenju, kupovini, itd. Ove usluge koje nisu povezane sa zdravljem izvan su granica zdravstvene

njege i takvi davaoci koji samo nude IADL usluge obuhvaćeni su pod stavkom HP.8.9 *Druge grane industrije koje nisu obrađene na drugom mjestu.*

HP.4 Davaoci pomoćnih usluga

Ova kategorija obuhvata ustanove koje pružaju specifične pomoćne usluge direktno vanbolničkim pacijentima pod nadzorom zdravstvenih profesionalaca, koje nisu pokrivene tretmanom u bolnicama, ustanovama za sestrinsku njegu, ambulantnim davaocima usluga i drugim davaocima usluga. Obuhvata davaoce usluga prevoza i hitnog spašavanja pacijenta, medicinske i dijagnostičke laboratorije, zubne laboratorije i druge davaoce pomoćnih usluga. Ovi specijalizirani davaoci usluga mogu direktno od pacijenata naplaćivati svoje usluge ili mogu pružati pomoćne usluge kao usluge u naturi u okviru specijalnih ugovora.

HP.4.1 Davaoci usluga transporta i hitne medicinske pomoći

Ova potkategorija obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem usluga transporta pacijenta kopnenim ili vazdušnim putem u hitnim situacijama koje nastanu u domu pacijenta ili vani (na ulici) kao i u slučaju bolesti kao komponenta tretmanskog procesa (npr. transfer pacijenata između davalaca zdravstvenih usluga, transport pacijenta na dijalizu ili kemoterapiju). Ambulantna vozila su obično opremljena opremom za spašavanje života na kojoj rade medicinski obučeno osoblje. Transport pacijenta mogu vršiti različiti davaoci usluga. Transport u posebno opremljenim vozilima ili u najmenjskoj vazdušnoj ambulanti do ustanove i iz ustanove u svrhu primanja medicinske i hirurške njege često vrše ambulantna vozila kao što su vozila Crvenog krsta/križa ili Crvenog polumjeseca, ali u nekim područjima i u vatrogasnim vozilima ili privatnim vozilima, zavisno od propisa konkretne zemlje. U tom slučaju, vatrogasna brigada koja je odgovorna za ambulantne usluge smatra se primarnim davaocem usluga.

Ilustrativni primjeri su:

- Usluge ambulantnog transporta za pacijente sa ili bez hitnog spašavanja;
- Ustanove koje se primarno bave pružanjem usluga specijaliziranog transporta pacijenata koje nisu usluge spašavanja, a u sklopu zdravstvene zaštite, npr. usluge transporta radi dijalize ili kemoterapije;
- Transport pacijenata (kopnenim ili zračnim putem) u vezi sa specifičnim medicinskim uslugama kao što je transplantologija;
- Transport pacijenata konvencionalnim vozilima posebno prilagođenim u medicinske svrhe;
- Usluge ambulatnog vozila koje se pružaju u stanju mira ili situacijama bez vanrednog stanja od strane vojske, policije ili vatrogasne brigade.

Napomena: Transport tjelesnih organa/tečnosti ili drugih medicinskih proizvoda se isključuje jer se tretira kao intermedijarni proizvod u cijeloj epizodi tretmana.

Unakrsne reference

- Transport konvencionalnim vozilima od strane nespecijaliziranih davalaca usluga, kao što su taksi vozila, kada je to autorizovano i troškovi su nadoknađeni od strane zdravstvenog osiguranja (npr. za transport pacijenata radi hemodijalize ili hemoterapije),

klasificira se pod HP.8.2 *Sve ostale grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite.*

HP.4.2 Medicinske i dijagnostičke laboratorije

Ova stavka obuhvata ustanove koje se primarno bave pružanjem analitičkih i dijagnostičkih usluga, uključujući analizu tjelesnih tekućina ili genetičko testiranje, direktno za vanbolničke pacijente sa ili bez uputnice od zdravstvenog praktičara.

Ilustrativni primjeri su: centri za dijagnostičko snimanje; laboratorije za rendgensko snimanje zuba i drugih organa; medicinske/kliničke laboratorije; medicinske patološke i forenzičke laboratorije; genetske banke podataka.

Napomena: Isključuju se svi davaoci dijagnostičkih usluga, forenzičke laboratorije, centri za genetske podatke ili banke krvi ili organa koje svoje usluge pružaju samo kao intermedijarni proizvod drugim davaocima zdravstvene zaštite u okviru epizode medicinskog tretmana.

Unakrsne reference

- Ustanove kao što su optičke i ortopedske laboratorije koje se primarno bave izradom leća prema ljekarskom receptu ili izradom ortopedskih ili protetičkih pomagala prema ljekarskom receptu klasificiraju se pod HP.5 *Maloprodaja i drugi dobavljači medicinskih sredstava* ;
- Ustanove kao što su zubne laboratorije koje izrađuju zubne proteze, vještačke zube i ortodontska pomagala prema receptu ljekara obično pružaju svoje usluge direktno zubarskim ordinacijama, a ne pacijentima. U ovom slučaju, vrijednost njihovih usluga treba biti uključena u HP.3.2 *Stomatološke ordinacije*. Ali postoje primjeri: npr. zubni protetičari u Nizozemskoj i u Australiji imaju pravo izrađivati zubne proteze u potpunosti; oni također mogu raditi u samostalnim ordinacijama. U ovom zadnjem slučaju, treba ih klasificirati pod HP.3.3 *Ustanove drugih davalaca zdravstvenih usluga*.

HP.4.9 Ostali davaoci pomoćnih usluga

Ova potkategorija obuhvata ostale davaoce pomoćnih usluga koji nisu eksplicitno navedeni gore.

Ilustrativni primjeri su: davaoci usluga testiranja sluha (osim u ordinacijama audiologa); usluge monitoringa pacemakera; usluge procjene fizičke spremnosti (osim u ordinacijama zdravstvenih praktičara).

HP.5 Maloprodaja i drugi dobavljači medicinskih sredstava

Ova stavka obuhvata specijalizirane ustanove čija je primarna aktivnost maloprodaja medicinskih roba širokoj javnosti za individualnu ili kućnu potrošnju ili korištenje. Ustanove čija je primarna aktivnost proizvodnja medicinskih dobara, kao što je izrada leća, ortopedskih ili protetičkih pomagala za direktnu prodaju širokoj javnosti za individualnu ili kućnu upotrebu, također su uključene, ako se namještanje i popravka istih obavljaju u kombinaciji sa prodajom. Ova kategorija se sastoji od tri potkategorije.

Napomena: Zbog posebnih propisa o medicinskoj sigurnosti i kvalitetu, trgovci na malo koji prodaju medicinske proizvode koji se prodaju bez ljekarskog recepta i drugi snabdjevači medicinskih roba podliježu licenciranju i/ili dobijanju farmaceutskog ovlaštenja da bi imali pravo na vršenje svoje djelatnosti. Proizvodi koji nisu namjenjeni za zdravstvo, kao što je kozmetika, dijetetski proizvodi i prirodni proizvodi isključeni su iz zdravstvenih izdataka.

HP.5.1 Apoteke

Ova potkategorija obuhvata ustanove koje se primarno bave maloprodajom farmaceutskih proizvoda (uključujući i industrijske proizvode i one koje na licu mjesta pripravlja farmaceuti) stanovništvu, na recept i bez recepta. Apoteke djeluju unutar striktno nadležnosti/licence nacionalnog farmaceutskog nadzora. Obično ili vlasnik apoteke ili njegovi uposlenici moraju biti registrirani farmaceuti, hemičari ili doktori farmacije.

Ilustrativni primjeri su: apoteke; apoteke u zajednici; samostalne apoteke u samoposlugama; apoteke u bolnicama koje uglavnom opslužuju pacijente.

Unakrsne reference

- Apoteke integrirane u bolnice koje uglavnom opslužuju bolničke pacijente dio su ustanova klasificiranih u HP.1;
- Specijalizirani dispanzeri gdje stalni monitoring poštivanja terapijskog protokola i tretmana igra važnu ulogu (kao, recimo, za pacijente sa dijabetesom) klasificiraju se kao HP.3.4 *Ambulantni zdravstveni centri* (tj. HP.3.4.4 *Centri za dijalizu*, HP.3.4.9 *Svi ostali ambulantni centri*);
- Lijekovi koji se izdaju u doktorskim ordinacijama se evidentiraju kao HP.3.1 *Medicinska praksa*;
- Promet lijekova bez ljekarskog recepta u samoposlugama se klasificira kao HP.8.2 *Sve druge grane industrije kao sekundarni davaoci zdravstvenih usluga*.

HP.5.2 Maloprodaja i drugi dobavljači trajnih medicinskih dobara i medicinske opreme

Ova stavka obuhvata ustanove koje se primarno bave maloprodajom trajnih medicinskih dobara i medicinskih naprava kao što su slušni aparati, optičke naočale, drugi proizvodi za vid i proteze širokoj javnosti za individualnu ili kućnu upotrebu. Ova stavka obuhvata namještanje i popravku koja se obavlja u kombinaciji sa prodajom trajnih proizvoda, na primjer, u slučaju slušnih aparata, čišćenje, podešavanje i snabdijevanje baterijama. Također su uključene i ustanove koje se primarno bave proizvodnjom medicinskih naprava kao što su proteze, koje se distribuiraju širokoj javnosti, namještanje i popravka koja se obično izvodi u kombinaciji sa proizvodnjom medicinskih naprava.

Ilustrativni primjeri su: maloprodaja naočala, proizvoda za vid, slušnih aparata, invalidskih kolica, ortopedske obuće, snabdjevači vještačkih udova; i prodavnice medicinskih zaliha.

Napomena: Primjeri specijaliziranih profesija koje su snabdjevači proizvoda za vid su optičari, oftalmološki optičari, optometričari i ortooptičari. Profesije snabdjevača slušnih aparata uključuju audiologe, tehničare za slušne aparate. Obično su profesionalci za zdravlje sluha integralni dio odabira i isporuke odgovarajućih slušnih instrumenata. Snabdijevanje proteza uključuje profesije kao što su medicinski i zubni protetičari, tehničari za ortodonciju i izrađivači ortopedskih pomagala.

HP.5.9 Ostali prodavci i drugi dobavljači farmaceutskih i medicinskih sredstava i farmaceutskih proizvoda

Ova potkategorija obuhvata sve druge snabdjevače čija je osnovna djelatnost maloprodaja medicinskih roba širokoj javnosti za individualnu ili kućnu upotrebu ili korištenje koji nisu klasificirani pod drugim stavkama.

Ilustrativni primjeri

- Snabdjevači patrona, ili tekućina (npr. za kućnu dijalizu);
- Svi drugi snabdjevači medicinskih roba koji nisu drugdje pomenuti i koji isporučuju medicinske robe direktno potrošačima;
- Kuće za elektronsku kupovinu i narudžbe putem pošte koje se specijaliziraju za medicinske robe.

HP.6 Davaoci usluga preventivne zaštite

Ova kategorija obuhvata organizacije koje primarno provode kolektivne preventivne programe i kampanje/programe javnog zdravstva za specifične grupe pojedinaca ili cjelokupno stanovništvo, kao što su agencije za promociju zdravlja i zaštite ili instituti za javno zdravstvo kao i specijalizirane ustanove koje pružaju primarnu preventivnu zaštitu kao svoju osnovnu djelatnost. Ovo obuhvata promociju zdravih uslova života i životnih stilova u školama od strane specijaliziranih vanjskih zdravstvenih profesionalaca, agencija ili organizacija (vidjeti također HP.8.2).

Ilustrativni primjeri su:

- Zavodi medicine rada;
- Lokalne mreže/centri medicine rada i sigurnosti na radu
- Zavodi/odjeli za javno zdravstvo (u slučaju velikih preventivskih aktivnosti);
- Centri za epidemiološki nadzor i kontrolu bolesti; zavodi za prenosive bolesti;
- Zavodi koji vode zdravstvene evidencije koje se odnose na programe kontrole bolesti;
- Agencije za promociju zdravlja;
- Edukacioni centri za javno zdravstvo;
- Odjeli lokalnih zdravstvenih organa koji provode preventivne zdravstvene programe.

Unakrsne reference

- Preventivni programi koji se provode u školama od strane uposlenih zdravstvenih profesionalaca klasificiraju se kao HP.8.2 *Sve druge grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite*;
- Osiguranje individualnih preventivnih pregleda kao što je mamografija evidentira se kao, npr. HP.3.1 *Medicinska praksa* ili HP.4.2 *Medicinske i dijagnostičke laboratorije*. Ako se usluge pružaju bolničkim pacijentima onda se ovo mora klasificirati kao HP.1 *Bolnice*;
- Osiguranje usluga medicine rada može se evidentirati pod *Davaoci ambulantnih usluga zdravstvene zaštite*, npr. HP.3.1.3 *Ordinacije medicinskih specijalista (osim specijalista*

za mentalno zdravlje) ako ih naručuju preduzeća od specijalnih medicinskih davalaca usluga, ili kao HP.8.2 *Sve druge grane industrije kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite*, ako ih pružaju unutrašnja preduzeća kao pomoćne usluge;

- Agencije i laboratorije koje su uključene u aktivnosti koje se odnose na kontrolu pitke vode i hrane izvan zdravstvene industrije (npr. proizvodnja flaširane vode) treba evidentirati kao HP.8.9 *Ostale grane industrije*;
- Programi vakcinacije za djecu evidentiraju se kao odgovarajući HP.3 *Davaoci ambulantnih usluga zdravstvene zaštite*, ali pod HP.6 u slučaju kada ih osiguravaju zavodi za prenosive bolesti.

Napomena: Iako operativne administrativne troškove preventivnih programa treba evidentirati kao dio funkcije “preventivne zaštite”, generalni propisi preventivnih programa ili odgovarajućih zakonodavnih mjera koje priprema Ministarstvo zdravlja trebaju biti obuhvaćeni pod HP.7.1. *Vladine agencije za zdravstvenu administraciju*

HP.7 Upravljanje zdravstvenim sistemom i zdravstvenim osiguranjem

Ova stavka obuhvata ustanove koje se primarno bave regulacijom aktivnosti agencija koje pružaju usluge zdravstvene zaštite i općom administracijom zdravstvenog sektora, uključujući administraciju zdravstvenog finansiranja. Dok se prvi dio odnosi na aktivnosti vlade i njenih agencija u upravljanju i vođenju sistema zdravstvene zaštite kao cjeline, drugi dio se odnosi na administraciju koja se tiče prikupljanja sredstava i nabavke zdravstvenih roba i usluga od strane javnih i privatnih agencija. Osnovni razlog za uključenje finansijskih agenata u HP klasifikaciju jest da se očuva balans i konsistentnost kompilacije troosovinskog sistema transakcija. Tako da izdaci obuhvaćeni u okviru HP.7 za zdravstvenu administraciju i finansiranje pokrivaju administrativne troškove finansijskih modela, prezentiranih od strane njihove institucionalne strukture kao finansijskih agenata. Finansijski agenti mogu biti uključeni u upravljanje nekolicinom finansijskih modela u HF klasifikacije.

Napomena: Administrativni izdaci davalaca usluga primarne zdravstvene zaštite (bolnice, ljekari, itd.) kao i dio administrativnih troškova koji se odnose na pružanje zdravstvenih usluga sekundarne zdravstvene zaštite trebaju biti uključeni u odgovarajuću kategoriju davalaca usluga.

HP.7.1 Vladine institucije za upravljanje zdravstvenim sistemom

Ova potkategorija obuhvata vladinu administraciju (isključujući socijalnu osiguranje) koja se primarno bavi formuliranjem i provođenjem vladine zdravstvene politike, upravljanjem zdravstvenim finansiranjem i postavljanjem preduslova za provedbu standarda za medicinsko i paramedicinsko osoblje i bolnice, klinike itd. uključujući reguliranje i licenciranje davalaca zdravstvenih usluga. Zdravstveni odjeli regionalnih i općinskih vlasti trebaju biti uključeni. Ova stavka obuhvata i ustanove kao što su statistički zavodi Ministarstva zdravlja (ali ne zavodi koji vode populacijski zasnovane zdravstvene registre) i javni registri davalaca zdravstvenih usluga jer su oboje dio administracije zdravstvenog sistema.

Ilustrativni primjeri su: ministarstva zdravlja i njihovi lokalni i regionalni odjeli; zdravstveni odbori; agencije za regulaciju lijekova, uključujući provedbu zakona; agencije za regulaciju sigurnosti na radu; zavodi za zdravstveno informiranje ili zavodi povezani sa ministarstvima

zdravlja; lokalni odjeli zdravstvenih organa (u slučaju velikih administrativnih aktivnosti, kao što je provedba zakona, licenciranje i registracija dalvalaca usluga zdravstvene zaštite); centri za inspekcije kontrole droga; i administracija za finansiranje zdravstva.

Unakrsne reference

- Vladine zdravstvene agencije koje se uglavnom bave pužanjem javnih zdravstvenih usluga, čak i ako su pretežno kolektivne prirode (nadzor, higijena), klasificiraju se kao HP.6 *Davaoci usluga preventivne zaštite*

Napomena: Vladino upravljanje modelima za uposlenike. Ova potkategorija također obuhvata administraciju obaveznog zdravstvenog osiguranja za uposlene, koje pokriva razne grupe državnih usposlenika (vojska, veterani, željeznica i drugi vidovi javnog transporta, policija, državni zvaničnici i tako dalje, u slučaju posebnih finansijskih planova za ove grupe.) Isključuje se univerzalna administracija socijalnog zdravstvenog osiguranja.

HP.7.2 Fondovi zdravstvenog osiguranja

Ova potkategorija obuhvata fondove zdravstvenog osiguranja (sredstva za slučaj bolesti) koji upravljaju modelima zdravstvenog osiguranja. Fondovi zdravstvenog osiguranja mogu upravljati modelima zdravstvenog osiguranja poslodavca koje ne nudi vlada. Uključena je i administracija obaveznog zdravstvenog osiguranja koje pokriva različite grupe državnih uposlenika (vojska, veterani, željeznica i drugi vidovi javnog transporta, policija, državni zvaničnici i tako dalje). Fond zdravstvenog osiguranja može također upravljati i dobrovoljnim privatnim zdravstvenim osiguranjem. Organizacije koje su potčinjene fondovima zdravstvenog osiguranja, kao što su medicinski savjetodavni odbori, također su uključeni.

Ilustrativni primjeri

- Upravljanje modelima zdravstvenog osiguranja
- Upravljanje modelima osiguranja od nesreće (zdravstveni dio)
- Upravljanje modelima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Unakrsne reference

- Obavezni medicinski štedni računi pod upravom vlade trebaju se klasificirati pod HP.7.1 *Vladine institucije za upravljanje zdravstvenim sistemom*, a obavezni medicinski štedni računi u okviru administracije privatnog osiguranja trebaju se klasificirati pod HP.7.3 *Privatne agencije za upravljanje zdravstvenim sistemom*.
- Dobrovoljno zdravstveno osiguranje bazirano na zajednici koje vode neprofitne institucije koje opslužuju domaćinstava (NPISH) treba klasificirati pod HP.7.9 *Ostale agencije za upravljanje zdravstvenim sistemom*

HP.7.3 Privatne agencije za zdravstveno osiguranje

Ova potkategorija obuhvata privatne osiguravajuće korporacije koje mogu upravljati saviše od jedne vrste zdravstvenog osiguranja istovremeno (na primjer, obavezno privatno zdravstveno osiguranje i dobrovoljno zdravstveno osiguranje). Ova potkategorija obuhvata ustanove koje se

primarno bave aktivnostima koje se sastoje od ili su u tijesnoj vezi sa upravljanjem osiguranja (aktivnosti agenata osiguranja, procjenitelja havarije i štete, aktuari i administracija spašavanja). Obuhvata administraciju svih vrsta obaveznog i dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja.

Ilustrativni primjeri su:

- Privatne osiguravajuće korporacije koje vrše administraciju obaveznog privatnog osiguranja;
- Privatni fondovi zdravstvenog osiguranja;
- Agencije koje vrše administraciju komplementarnog zdravstvenog osiguranja (na primjer, francuski *mutualite*) u slučaju nefinansijskih korporacija;
- Agencije koje vrše administraciju privatnih modela zdravstvenog osiguranja poslodavca (osim vladinog socijalnog osiguranja i vladinih modela zdravstvenog osiguranja za državne uposlenike).

Unakrsne reference

- Agencije koje vrše administraciju komplementarnog zdravstvenog osiguranja u slučaju NPISH treba klasificirati pod HP.7.9 *Ostale administrativne institucije*

HP.7.9 Ostale administrativne institucije

Ova potkategorija je važna za organizacije ili administrativne jedinice koje se ne mogu jasno klasificirati u gore navedene kategorije, na primjer, one koje se bave sticanjem finansijskih resursa kao što je slučaj sa medicinskim štednim računima. Ova kategorija obuhvata i neprofitne institucije koje opslužuju domaćinstva (osim socijalnog osiguranja). Zdravstvena administracija NPISH ovdje mora biti pokrivena samo ako administracija finansiranja zdravstva ili usluga nije pokrivena drugim kategorijama davalaca zdravstvenih usluga.

Ilustrativni primjeri su: NPISH koji upravlja vladinim modelom zdravstvenog osiguranja za specijalne grupe stanovništva, kao što su studenti; dobrovoljno zdravstveno osiguranje bazirano na zajednici koje vodi NPISH.

Napomena: Isključuje doktorska udruženja; bolnička udruženja; udruženja medicinskih profesija; sindikate koji se finansiraju iz članarine, jer oni pružaju intermedijarne usluge članovima a ne direktno pacijentima.

Unakrsne reference

• *HMO administrativne jedinice* (osim onih koje pružaju zdravstvene usluge) primarno uključene u osiguranje zdravstvenih i medicinskih polica osiguranja klasificiraju se pod HP.7.3 *Privatne agencije za upravljanje zdravstvenim osiguranjem* ili HP.7.2 *Fondovi zdravstvenog osiguranja*, u zavisnosti od institucionalne klasifikacije modela.

HP.8 Ostali davaoci usluga

HP.8.1 Domaćinstva kao davaoci usluga kućne zdravstvene zaštite

Granica zdravstvene zaštite povučena u SHA uključuje i usluge lične kućne zdravstvene zaštite koje se pružaju unutar domaćinstva od strane članova porodice, u slučajevima gdje one

odgovaraju socijalnim transferima koji se izdvajaju za ovu svrhu. Stoga ova stavka obuhvata privatna domaćinstva kao davaoce usluga kućne zdravstvene zaštite. Neplaćena njega koju vrše članovi domaćinstva nije uključena u osnovne zdravstvene račune SHA. Problemi sa uporedivosti podataka između zemalja i u toku vremena mogu se pojaviti kada domaćinstva imaju izbor između novčanog i nenovčanog plaćanja, u kojem slučaju obje vrste pomoći (od strane neobučenih članova porodice i od strane posebno obučених sestara) se smatraju bliskim supstitucijama, ali se tretiraju različito u uobičajenoj nacionalnoj računovodstvenoj praksi (kao nenovćana zdravstvena usluga ili novćana socijalna davanja). Međutim, u SHA, dijelovi novćanih transfera privatnim domaćinstvima za davaoce kućnih usluga bolesnicima i invalidima tretiraju se kao plaćena domaća proizvodnja zdravstvenih usluga.

HP.8.2 Ostali sektori kao sekundarni davaoci usluga zdravstvene zaštite

Ova potkategorija obuhvata organizacije koje pretežno nude usluge zdravstvene zaštite kao sekundarnu aktivnost, npr. usluge zdravstvene zaštite na radu u okviru preduzeća, davaoci usluga socijalne zaštite sa povremenim zdravstvenim uslugama ili usluge prevoza pacijenta taksijem. Ova kategorija sekundarnih davalaca usluga varira velikim dijelom između različitih zemalja, zavisno od akreditacije i licenci. U ovim ustanovama, osiguranje zdravstvenih roba i usluga obično predstavlja manjinski dio izlazne vrijednosti. Ova stavka obuhvata sve druge organizacije i sektore koji osiguravaju zdravstvene robe i usluge kao sekundarnu aktivnosti koja nije drugdje klasificirana.

Ilustrativni primjeri su:

- Usluge zdravstvene zaštite na radu koje se pružaju unutar radne ustanove a ne od strane zdravstvene ustanove;
- Taksi vozila koja pružaju usluge transporta pacijenata pod nadzorom zdravstvenog osoblja;
- Usluge zdravstvene zaštite u zatvoru koje ne pružaju nezavisne/posebne zdravstvene ustanove;
- Trgovci na veliko koji u okviru maloprodaje također isporučuju medicinsku robu direktno potrošačima;
- Škole u kojima rade zdravstveni profesionalci za liječenje bolesne djece ili za osiguranje zdravstvenog obrazovanja;
- Ustanove za socijalnu zaštitu koje u ograničenoj mjeri pružaju usluge koje se odnose na zdravlje i dugoročnu sestrinsku negu.

Unakrsne reference

- Ustanove koje se primarno bave pružanjem bolničkih dugoročnih sestrinskih i rehabilitacionih usluga klasificiraju se pod HP.2 *Rezidencijalne ustanove za dugoročnu negu*

HP.8.9 Ostalo (neraspoređeno)

Ova kategorija u HP klasifikaciji obuhvata ustanove koje su izvan sfere davalaca usluga zdravstvene zaštite i ne osiguravaju zdravstvena dobra i usluge niti pojedincima niti grupama stanovnika, ali koje su specijalizirane za aktivnosti u vezi sa zdravljem kao što su one

identificirane u okviru funkcionalne klasifikacije: i) *dugoročna zaštita (socijalna)* i ii) *promocija zdravlja u okviru multisektoralnog pristupa*.

Ustanove za pružanje *dugoročne socijalne zaštite* su one koje se primarno bave pružanjem pomoći i usluga u oblasti socijalne zaštite za starije i druge osobe 1) koje nisu u stanju da se u potpunosti brinu za sebe; i 2) koje ne žele da žive samostalno. Ova kategorija također obuhvata organizacije koje se fokusiraju na socijalne usluge koje pretežno imaju za cilj prevenciju i borbu protiv socijalne izolacije ili osobe sa tjelesnim ili funkcionalnim ograničenjima. Instrumentalne aktivnosti dnevnog života (IADL), kao što su vođenje kućanstva, pranje veša, odlazak u kopovinu, pripremanje hrane, pomoć sa finansijskim aktivnostima, itd. odražavaju opseg aktivnosti dugoročne socijalne zaštite i mogu se pružati i u rezidencijalnim okruženjima kao i kod kuće.

Ilustrativni primjeri su: ustanove koje pružaju pomoć za život bez sestrinske njege na licu mjesta, penzionerske zajednice sa trajnom njegom; domovi za stara lica bez sestrinske njege na licu mjesta; davaoci usluga socijalne zaštite u kući specijalizirani za IADL usluge, kao što su kućna njega i dostava obroka.

Unakrsne reference

- Usluge zdravstvene i dugoročne zaštite koje vrše primarni ili sekundarni davaoci zdravstvenih usluga HP.1-HP.8.2.

Ustanove koje su uključene u *promociju zdravlja sa multisektoralnim pristupom* mogu uključivati razne organizacije koje se bave širokim spektrom javnih sigurnosnih mjera, kao što su sigurnosne mjere za hranu i vodu, intervencije u oblasti kontrole životne sredine i mjere sigurnosti na putu.

Ilustrativni primjeri su: lokalne agencije za kontrolu hrane; preduzeća za upravljanje otpadom; agencije koje prate nivo buke ili zagađenja; i agencije za sigurnost u transportu.

Unakrsne reference

- Sanitarni zavodi, laboratorije koje se bave testiranjem kvaliteta vode za piće, rizici nošeni hranom i centri za epidemiološki nadzor i bolesti treba da budu evidentirani pod HP.6. *Davaoci usluga preventivne zaštite*

Napomena: Aktivnosti koje se tiču zdravstvenog istraživanja i razvoja kao i obuke i edukacije u sektoru zdravstvene zaštite nisu više uključene u stavke koje se tiču zdravstvene zaštite u okviru funkcionalne klasifikacije SHA 2011. Ovi izdaci, koji se smatraju nekom vrstom investicije, trebaju se re-šifrirati kao memorandumske stavke, odnosno kao Istraživanje i razvoj ili Edukacija osoblja u kapitalnim računima (vidjeti SHA 2011, Poglavlje 11). Shodno tome, ustanove kao što su škole za medicinske sestre/tehničare, zavodi za medicinska istraživanja i edukacioni centri mogu se evidentirati u kapitalnim računima (tj. širim računima) kao HP.8.9 *Ostalo* u svrhu unakrsnog klasificiranja klasifikacije davalaca usluga zdravstvene zaštite sa klasifikacijom finansijskih agenata.

HP.9 Strani davaoci usluga

Ova stavka obuhvata sve nerezidentne jedinice koje pružaju zdravstvena dobra i usluge kao i one koje su uključene u aktivnosti koje se odnose na zdravstvenu zaštitu. U oba slučaja, pružanje usluga je namijenjeno za finalno korištenje od strane rezidenata zemlje.

Poglavlje 6 punog SHA 2011 priručnika daje šira objašnjenja koncepta HP klasifikacije sa više opisa i smjernica za sastavljače.

POGLAVLJE 7.KLASIFIKACIJA MODELA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-HF)

Uvod

Ovo poglavlje sadrži sažetak konceptualnog računovodstvenog okvira za finansiranje zdravstva i jedne od njegovih osnovnih komponenti, nove klasifikacije finansijskih modela zdravstvenog osiguranja (ICHA-HF). Ono također suži i kao uvod za Poglavlje 8, gdje je prezentirana klasifikacija prihoda finansijskih modela (ICHA-FS). Osim toga, u SHA 2011, računovodstveni okvir za finansiranje zdravstvene zaštite također obuhvata koncept institucionalnih jedinica finansiranja zdravstva i odgovarajuću klasifikaciju finansijskih agenata (ICHA-FA) kao sredstva za detaljniju nacionalnu analizu (vidi Aneks D). Tri klasifikacije zajedno predstavljaju sredstva za sveobuhvatno računovodstvo finansija u zdravstvu i opisivanje toka finansijskih resursa u zdravstvenom sistemu. Relevantnost određenih klasifikacija i unakrsnih prikaza mogu varirati za zemlje koje se razlikuju po organizacijskoj strukturi i nivou resursa njihovih zdravstvenih sistema, kao i po nivou ekonomskog razvoja i njihove ovisnosti o stranim resursima.

Ovo poglavlje se bavi finansiranjem finalne potrošnje zdravstvenih roba i usluga; poglavlje 11 razmatra finansiranje akumulacije fiksnog kapitala. Što se tiče osnovnih funkcija finansiranja zdravstva, poglavlje 7 se fokusira na računovodstvene klasifikacije za alokaciju resursa; dok se poglavlje 8 fokusira na računovodstvo za sticanje sredstava.

Cilj računovodstvenog okvira za finansiranje zdravstva jeste pomoći zdravstvenim računovođama i analitičarima da dobiju jasnu i transparentnu sliku o sistemima zdravstvenog finansiranja, uključujući informacije koje su relevantne za zdravstvenu politiku o strukturi i tokovima sredstava (tranzakcijama). Ovo obuhvata indikatore – uporedive između zemalja i po vremenu – koji mogu doprinijeti procjeni učinka zdravstvenih finansijskih sistema.

Zdravstveni finansijski sistemi mobiliziraju i alociraju sredstva u okviru zdravstvenog sistema kako bi se ispunile trenutne zdravstvene potrebe stanovnika (pojedinačno i kolektivno), u cilju realizacije budućih očekivanih potreba. Pojedinci mogu imati pristup zaštiti putem direktnih isplata za usluge i robe ili putem finansijskih aranžmana trećih strana, kao što je Nacionalna zdravstvena služba, socijalno osiguranje ili dobrovoljno osiguranje.

Koncept finansijskih modela zdravstvene zaštite je primjena i proširenje koncepta modela socijalne zaštite definiranih od strane Evropskog sistema integrirane statistike socijalne zaštite (ESSPROS).

ESSPROS definira programe socijalne zaštite na sljedeći način: “Program socijalne zaštite je poseban skup propisa koji je podržan od strane jedne ili više institucionalnih jedinica, koje upravljaju osiguranjem beneficija socijalne zaštite i njihovog finansiranja ... Institucionalne jedinice mogu podržavati više od jednog modela socijalne zaštite, kada provode i osiguravaju veoma različite vrste socijalnih beneficija. S druge strane, jedan model socijalne zaštite može podržavati nekoliko institucionalnih jedinica ... *Skup propisa* koji se pominje u ovoj definiciji može se uspostaviti *de jure*, na osnovu zakona, propisa ili ugovora, ili *de facto*, na osnovu administrativne prakse”.

U ovom priručniku o zdravstvenom računovodstvu svaki od specifičnih finansijskih aranžmana koji postoji u finansijskom sistemu određene zemlje treba tretirati i definirati kao poseban model.

Struktura sistema finansiranja zdravstvene zaštite se sastoji od dvije vrste entiteta: *finansijskih modela* (kao što je nacionalna zdravstvena služba, zdravstveno osiguranje i dobrovoljno osiguranje, itd.) i *institucionalne jedinice* (finansijski agenti, kao što su vladine jedinice, agencije za socijalno osiguranje, privatne osiguravajuće korporacije, itd.) koje u praksi vode finansijske modele. *Funkcioniranje* sistema finansiranja zdravstvene zaštite podrazumijeva transakcije od strane tri osnovne funkcije finansiranja zdravstvene zaštite: prikupljanje sredstava, udruživanje sredstava i kupovina.

Osnovni koncept

Sažetak računovodstvenog okvira za finansiranje zdravstvene zaštite

Cilj računovodstvenog okvira za finansiranje zdravstvene zaštite je dati jasnu i transparentnu sliku ključnih transakcija finansiranja zdravstvene zaštite zemlje (tokova) i strukture njenog sistema finansiranja zdravstva. Sveukupno računovodstvo finansijskih tokova zahtijeva sredstva za vršenje računovodstva transakcija u okviru skupljanja prihoda i alokacije resursa, kao i uključene institucionalne jedinice.

Računovodstveni okvir za finansiranje zdravstva se sastoji od sljedećih osnovnih komponenti: koncepta i definicija; klasifikacija; računa (tabela); indikatora; i računa za sektorske analize.

Ključni koncepti

Okvir za finansiranje zdravstvene zaštite u SHA 2011 ne namjerava da prikaže svu kompleksnost i sve detalje sistema finansiranja zdravstvenog sistema. Umjesto toga, on se usredsređuje na najvažnija pitanja iz perspektive računovodstva zdravstvenih izdataka.

Ključni koncepti u okviru SHA 2011 za opisivanje strukture finansijskog sistema i njegovih ključnih transakcija su sljedeće:

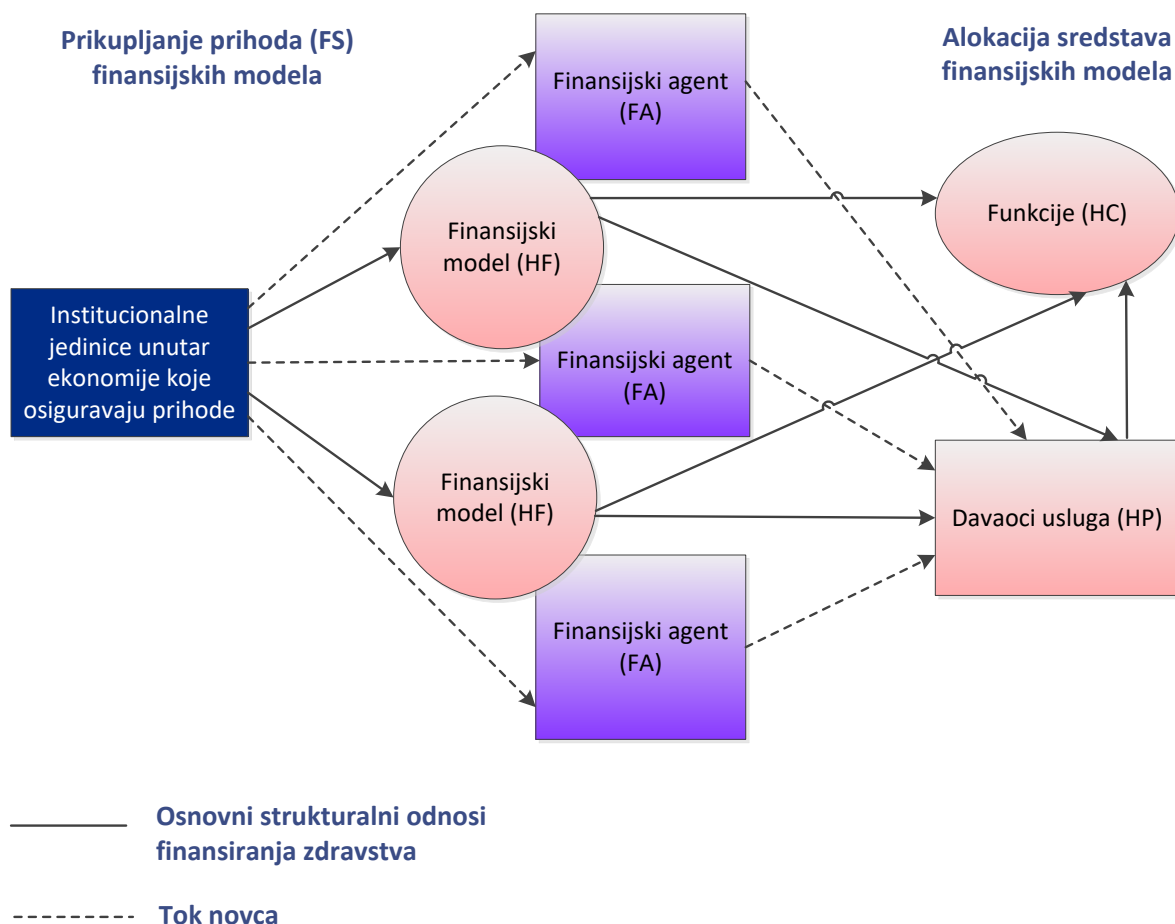
- *Modeli finansiranja zdravstvene zaštite* kao osnovni “konstruktivni elementi” funkcionalne strukture sistema finansiranja zdravstvene zaštite jedne zemlje: glavne vrste finansijskih aranžmana putem kojih ljudi plaćaju i dobijaju zdravstvene usluge. Primjeri uključuju direktna plaćanja od strane domaćinstava i finansijski aranžmani trećih strana, kao što su obavezno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno osiguranje, itd. Iako su finansijski modeli u ovom okviru ključni za kupovinu zdravstvene zaštite, oni također sadrže pravila za druge funkcije, kao što je prikupljanje i udruživanje resursa za dati finansijski model. Ovaj korak kupovine usluga je od prevashodnog značaja i predstavlja ključ za definiranje i razlikovanje raznih modela.
- *Vrste prihoda* za modele finansiranja zdravstvene zaštite: pristup koji se koristi za identifikaciju, klasifikaciju i mjerenje mješavine prihodovnih izvora za svaki finansijski model (na primjer, doprinosi za socijalno osiguranje koji se koriste za finansiranje nabavki u okviru programa socijalnog osiguranja za održavanje programa neprofitnih organizacija). Mjerenje prihodovnih izvora svih finansijskih modela kao i sistema kao

cjeline daju informacije posebno o mješavini javnih i privatnih izdataka (vidi Poglavlje 8).

- *Institucionalne jedinice* sistema finansiranja zdravstvene zaštite koje mogu igrati ulogu davalaca prihoda za finansijske modele (kao što su domaćinstva i korporacije); i/ili uloga finansijskih agenata koji vode jedan ili više finansijskih modela. *Finansijski agenti* su institucionalne jedinice koje upravljaju modelima finansiranja zdravstvene zaštite u praksi; oni implementiraju operacije prikupljanje prihoda i/ili kupovine usluga. Primjeri uključuju lokalne vlade, agencije za socijalno osiguranje, privatne osiguravajuće kompanije, neprofitne organizacije, itd. (Struktura finansijskih agenata ne odražava uvijek funkcionalne aranžmane za pokrivanje strategije nabavke i plaćanja u zdravstvenim sistemima).

Slika 7.1 pokazuje odnose između ovih ključnih entiteta u sistemu finansiranja zdravstva.

Slika 7.1 Grafički prikaz finansijskog okvira SHA 2011



Izvor: IHAT za SHA 2011

Ključni koncepti za opisivanje strukture sistema finansiranja zdravstvene zaštite u okviru SHA 2011 zasnivaju se na merenju *a) izdataka modela finansiranja zdravstvene zaštite* u okviru kojih se robe i usluge nabavljaju direktno od davalaca usluga zdravstvene zaštite, s jedne strane, i *b) vrste prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite*, s druge strane (kao što su vladini domaći prihodi, doprinosi za socijalno osiguranje, dobrovoljna pretplata, itd.). Ovdje se na modele finansiranja zdravstvene zaštite gleda kao na osnovne “konstruktivne elemente” strukture sistema finansiranja zdravstvene zaštite jedne zemlje: oni su glavni tipovi finansijskih aranžmana putem kojih ljudi mogu doći do zdravstvene zaštite, na primjer, vladini modeli, socijalno osiguranje i dobrovoljno osiguranje. Na finansijske agente se ovdje gleda kao na institucionalne jedinice koje upravljaju finansijskim modelima u praksi. Ne postoji nužno direktni pojedinačni odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata. U nekim zemljama, privatne osiguravajuće korporacije mogu voditi obavezne modele privatnog osiguranja i dobrovoljnog osiguranja istovremeno. U ovom slučaju, osiguravajuća korporacija slijedi dva različita tipa propisa. Na primjer, oni će možda morati prihvatiti sve unutar obaveznog zdravstvenog osiguranja ali mogu primjenjivati premije usklađene prema riziku i odbiti pojedince u okviru dobrovoljnog osiguranja.

Modeli finansiranja zdravstvene zaštite (HF) ključne su jedinice za analizu finansijske potrošnje zdravstvenih roba i usluga, a podaci koji se odnose na relevantne transakcije mogu se prikupljati ili od finansijskih agenata koji vode različite finansijske modele ili od davalaca usluga, u zavisnosti od statističkog sistema odgovarajuće zemlje.

Koncept i glavne kategorije modela finansiranja zdravstvenog osiguranja

Sistem finansiranja zdravstvenog osiguranja svake zemlje sastoji se od nekoliko “konstruktivnih elemenata” u obliku seta potsistema ili finansijskih aranžmana. Ključne karakteristike finansijskog potsistema su njegovo pokriće (ko ima pravo na koje usluge) i osobine osnovnih funkcija finansiranja zdravstva: prikupljanje sredstava, udruživanje sredstava i kupovina/plaćanje zdravstvenih usluga (tj. alociranje sredstava davaocima usluga i na usluge (Kutzin, 2001; Mossialost i Dixon, 2002; WHO, 2000). Finansijski potsistem može uključivati mješavinu mehanizama za davanje doprinosa i mješavinu kupovnih metoda i organizacija. Na primjer, modeli socijalnog osiguranja mogu uključivati ne samo obavezne doprinose za osiguranje nego i transfere iz vladinih općih prihoda.

Pravna osnova finansijskih modela

Važno je razmotriti pravnu osnovu finansijskih modela za razlikovanje obaveznog socijalnog osiguranja od obaveznog privatnog osiguranja. Finansijski modeli trećih lica mogu se osnovati i djelovati na sljedeći način: u okviru javnog prava i sa javnim djelovanjem; u okviru privatnog prava i sa privatnim djelovanjem ; ili u okviru javnog prava i sa privatnom djelovanjem.

- Finansijski modeli trećih strana mogu se osnovati u okviru javnog prava u svrhu pružanja zaštite protiv finansijskog rizika ili lošeg zdravlja za društvo kao cjelinu, ili za specifične grupe u društvu (zaposlene osobe, najugroženije grupe, itd.). Djelovanje finansijskog modela se također regulira javnim pravom i pravila rada institucija kojih se

ovo tiče razlikuju se u mnogim pogledima od djelovanja tržišne ekonomije (vladini modeli, socijalno osiguranje).

- Finansijski model treće strane može se kreirati od strane privatnih aktera i može djelovati u okviru privatnog prava. Primjer je dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- Finansijski model trećih strana može se osnovati u okviru specifičnog javnog prava u svrhu pružanja zaštite protiv finansijskih rizika ili lošeg zdravlja društva kao cjeline, ili za specifične grupe u društvu. Međutim, da li je potrebna kupovina ugovora odlučujuća je činjenica u razlikovanju između obaveznog privatnog osiguranja i socijalnog osiguranja. Svakodnevno djelovanje finansijskog modela (uključujući mnoge elemente odnosa između osiguranika i osiguravača regulirano je u okviru privatnog zakona.

Kriteriji za razlikovanje kategorija finansijskih modela

Sljedeća lista sadrži glavne kriterije za razlikovanje različitih modela finansiranja zdravstvene zaštite:

- Rezidentni ili nerezidentni (strani) modeli sa obaveznim ili dobrovoljnim pokrićem (način učešća);
- Pravo – doprinos ili nedoprinos (osnova za pravo);
- Obavezni ili dobrovoljni doprinosi;
- Doprinos uplaćen unaprijed ili u vrijeme korištenja usluge;
- Udruživanje sredstava interpersonalno ili isključivo za pojedinačne porodice;
- Kupovina police osiguranja potrebna ili ne

Ključne razlikovne karakteristike, iz perspektive police, su:

- Da li je učešće obavezno na osnovu zakona (ili vladine uredbe) ili dobrovoljno; i
- Da li je pravo zasnovano na doprinosu (koji daje ili se daje u ime pojedinaca) ili na drugom kriteriju, kao što je državljanstvo, prebivalište, status imovine/siromaštva, itd.

SHA 2011 koristi termin “obavezan” u smislu obaveze po osnovu zakona (ili vladine uredbe). Međutim, postoje neki kompleksni finansijski aranžmani koji zahtijevaju dalje kategorije učešća ili polaganja prava.

Način učešća odnosi se na odnos između pojedinaca (rezidenata zemlje) i različitih finansijskih modela, što vodi ka sljedećim kategorijama:

- Obavezan:
 - Pokrivenost stanovništva je automatsko, univerzalna za sve građane/rezidente (na primjer, nacionalna zdravstvena služba);
 - Učešće (doprinos) je obavezno po zakonu za cjelokupno stanovništvo ili za definirane grupe stanovništva (socijalno osiguranje ili obavezno privatno osiguranje).
- Dobrovoljno:
 - Pokrivenost pojedinaca ili grupa prema diskreciji pojedinaca ili firmi (npr. individualno ili grupno dobrovoljno zdravstveno osiguranje).

Osnova za polaganje prava na beneficiju odnosi se na opće uslove (osnovne uslove) za pristup zaštiti u okviru različitih finansijskih modela. Pristup pojedinca uslugama zdravstvene zaštite u okviru finansijskog modela može biti:

- Bez obaveze plaćanja doprinosa: definiran ustavom ili zakonom (građani/rezidenti, ili deirirani pojedinci ili grupe u zemlji) i bez povezanosti sa određenim plaćanjem doprinosa;
- Sa obavezom plaćanja doprinosa: definiran zakonom/vladinom propisom i zahtijeva plaćanje doprinosa od strane ili u ime pojedinca na koga se odnosi (npr. socijalno osiguranje);
- Discreciono: na osnovu *diskrecije* privatnog entiteta (dobrotvorna fondacija, poslodavac, strani entitet).

Metoda prikupljanja sredstava je mehanizam putem kojeg se utvrđuju i prikupljaju prihodi za određeni finansijski model. Osnovni tipovi su: vladini domaći prihodi, obavezni doprinosi za osiguranje iz dohotka, obavezne premije koje nisu povezane sa dohotkom, dobrovoljne premije za osiguranje (u vezi sa rizikom ili ne), ostali domaći dobrovoljni transferi, strani transferi, itd. Klasifikacija prihoda za modele finansiranja zdravstvene zaštite (vidjeti Poglavlje 8) sadrži samo osnovne tipove prihoda i ne pravi razliku između nekoliko pomenutih aspekata (npr. između premija za osiguranje koje su uslovljene dohotkom i koje nisu). Ključne razlike su:

- Obaveznost:
 - Porezi i drugi izvori općih vladinih prihoda;
 - Obavezna pretplata (npr. socijalno osiguranje, obavezno privatno osiguranje, obavezni medicinski štedni računi – CMSA).
- Dobrovoljnost:
 - Dobrovoljno zdravstveno osiguranje i lične uplate.

Mehanizam i djelokrug udruživanja i realokacije sredstava definirani su propisima određenog modela. Osnovni tipovi mogu biti doprinosi iz dohotka koji se udružuju na nacionalnom nivou; obavezne premije za zajednicu na nacionalnom nivou; premije za zajednicu na lokalnom nivou (finansiranje nivoa agenta); i doprinosi uslovljeni rizikom. U slučaju decentraliziranih potsistema (zdravstveno osiguranje i sistemi koji se finansiraju iz poreza), mogu postojati mehanizmi za realokaciju prikupljenih prihoda. U slučaju ličnih doprinosa domaćinstava, ne postoji udruživanje. Ključne razlike su:

- Udruživanje sredstava na nivou pojedinaca:
 - Geografski nivo, kao što je nacionalni ili subnacionalni;
 - Nivo modela, kao što je po fondu osiguranja ili “programu”.
- Bez inerpersonalnog udruživanja:
 - Lične uplate, obavezni medicinski štedni računi.

Tabela 7.1 daje zbirni prikaz glavnih karatkteristika finansijskih modela prema kriterijima datim gore u tekstu. Slika 7.2 predstavlja “šemu kriterija” i pokazuje kako kombinacija ovih kriterija definira glavne kategorije modela finansiranja zdravstvene zaštite. “Šema kriterija” nudi

precizan algoritam kako bi se pomoglo ekspertima da kategoriziraju komponente sistema finansiranja zdravstvene zaštite u zemlji.

Klasifikacija finansijskih modela također ispunjava ključne statističke zahtjeve klasifikacije, tj. da su kategorije međusobno isključive.

Oznaka HF.1.2.1 i šema kriterija sadrže određena pojednostavljenja: oznaka HF.1.2.1 *Modeli socijalnog osiguranja* ne pokazuje da modeli socijalnog osiguranja uključuju one modele socijalnog osiguranja u kojima je plaćanje zdravstvenih usluga komplementarno osnovnim tipovima beneficija, kao što su penzije i beneficije za nezaposlene. Programi socijalnog osiguranja nisu označeni kao zdravstveno osiguranje u nacionalnoj praksi konkretnih zemalja (više detalja u dijelu o HF.1.2.1).

Tabela 7.1.Osnovni kriteriji modela finansiranja zdravstvene zaštite

	Način participacije	Pravo na beneficiju	Osnovni metod prikupljanja sredstava	Udruživanje
HF.1.1. Vladini modeli	Automatski: za sve građane/rezidente; ili posebnu grupu stanovništva (npr. siromašne) u skladu sa definicijama iz zakona/vladine uredbe.	Bez doprinosa, tipično univerzalno ili dostupno određenoj grupi stanovništva ili kategoriju bolesti u skladu sa definicijom iz zakona (npr. TB, HIV, onkologija).	Obavezan: budžetski prihodi (primarno porezi)	Nacionalni, sub-nacionalni ili modelski nivo.
HF.1.2.1 Socijalno zdravstveno osiguranje	Obavežno: : za sve građane/rezidente; ili posebnu grupu stanovništva (npr. siromašne) u skladu sa definicijama iz zakona/vladine uredbe. U nekim slučajevima, pristup zahtijeva aktivnosti koje preduzimaju lica koja imaju pravo na ovaj vid osiguranja.	Uz doprinos: zasnovano na uplati osiguranika ili u njegovo/njeno ime.	Obavezan: doprinos zdravstvenom osiguranju nezvezan za rizik. Doprinos za osiguranje može plaćati vlada (iz državnog budžeta) u ime nekih grupa stanovništva koje ne plaćaju doprinose, a vlada također može dati i opće subvencije za ovaj model.	Nacionalni, sub-nacionalni ili po modelu; kod višestrukih sredstava, opseg udruživanja će ovisiti o mehanizmima izjednačavanja rizika između modela.
HF.1.2.2 Obavezno privatno osiguranje	Obavezno: za sve građane/rezidente; ili posebnu grupu stanovništva (npr. siromašne) u skladu sa definicijama iz zakona/vladine uredbe.	Uz doprinos: zasnovano na ugovaranju police osiguranja od izabrane kompanije koja daje usluge zdravstvenog osiguranja (ili druge odgovarajuće agencije)	Obavezne premije zdravstvenog osiguranja. Mogu biti uključene i poreske povlastice.	Nacionalni, sub-nacionalni ili po modelu; kod višestrukih sredstava, opseg udruživanja će ovisiti o mehanizmima izjednačavanja rizika između modela. Također ovisi o opsegu reguliranosti premija i standardizaciji beneficija između modela.
HF.1.3 Obavezni medicinski štedni računi (CMSA)	Obavezno: za sve građane/rezidente; ili posebnu grupu stanovništva (npr. siromašne) u skladu sa definicijama iz zakona/vladine uredbe	Uz doprinos: zasnovano na otvaranju MSA; lica koja imaju MSA mogu samo koristiti uštedena sredstva bez obzira na to da li ta sredstva pokrivaju troškove zdravstvene usluge	Obavezno, definirano zakono (npr. procenat prihoda)	Bez interpersonalnog (osim možda za članove porodice)

HF.2.1 Modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja	Dobrovoljno	Uz doprinos. zasnovano na ugovaranju police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (obično na osnovu ugovora)	Obično premije nevezane za prihode (često direktno ili indirektno vezane za rizik). Vlada može učestvovati direktno ili indirektno (npr. poreske olakšice ili subvencije).	Nivo modela.
HF.2.2 Modeli finansiranja od strane neprofitnih institucija	Dobrovoljno	Bez doprinosa, diskreciono.	Donacije široke javnosti, vlada (budžeti nacionalne vlade ili strana pomoć) ili korporacija	Varira između programa, ali tipično na nivou programa.
HF.2.3 Modeli finansiranja od strane preduzeća (osim osiguranja po osnovu poslodavca)	Dobrovoljan izbor određene korporacije, a pokrivenost se zasniva na zaposlenju u takvoj firmi (npr. obavezna zaštita zdravlja na radu)	Bez doprinosa, diskreciono u pogledu tipa usluga, mada može ponekad biti određeno zakonom	Dobrovoljno: izbor firme da koristi sopstvene prihode u ovu svrhu	Na individualnom nivou preduzeća
HF.3 Izdaci domaćinstava iz džepa	Dobrovoljno: spremnost za plaćenje iz domaćinstva	Uz doprinos: usluga pružena ako osoba plati	Dobrovoljno: prihod domaćinstva i štednja	Bez interpersonalnog udruživanja
HF.4 Modeli vanjskog finansiranja	Obavezno ili dobrovoljno	Kriteriji koje postavljaju strani entiteti	Grantovi i drugi dobrovoljni transferi stranih entiteta	Varira između modela.

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Tabela 7.1 odgovara Tabeli 7.2 u SHA 2011

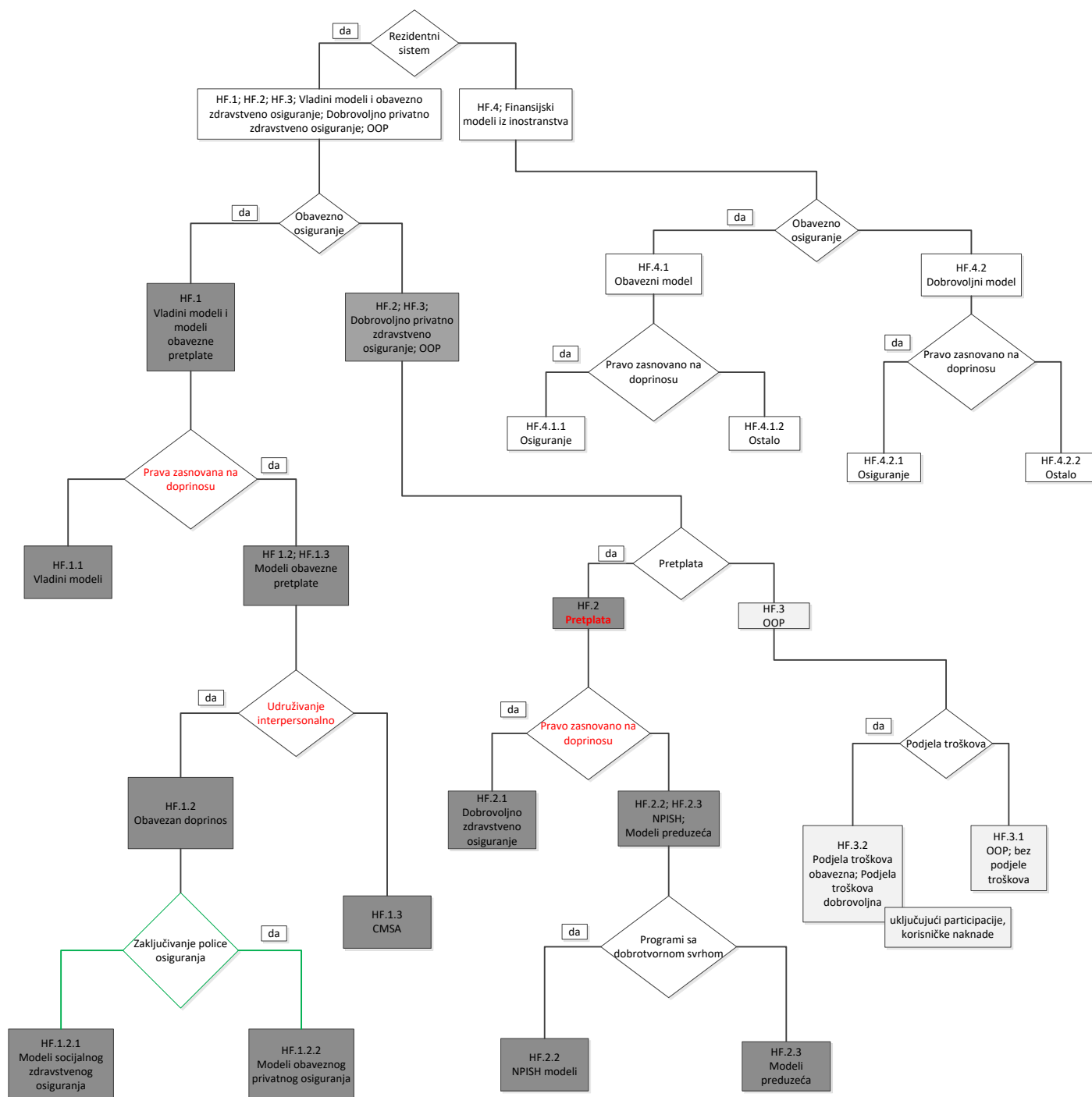
Da bi se olakšalo definiranje finansijskog modela, kriteriji i šema odlučivanja u vezi s njima dati su niže. Logika ove šeme je da se ispoštuje veoma relevantno pravilo: svaki model se može klasificirati samo jednom. Klasifikacioni kriteriji trebali bi biti što je moguće jasniji da bi se svaki model mogao klasificirati na samo jednoj poziciji.

- Inicijalno pitanje je da li je model baziran unutar zemlje ili vani. Finansijski modeli izvan države odnose se na modele koji su osnovani vani (generirani ili regulirani vani). Rezidentni modeli se klasificiraju bez obzira na porijeklo sredstava.
- U oba slučaja, tj. i kod rezidentnih i stranih (modeli izvan zemlje), sljedeći klasifikacijski kriterij je zasnovan na načinu participacije. Konkretno, obavezna pokrivenost se odnosi na vladine modele i obavezne pretplatničke modele. Njihova dalja

klasifikacija se zasniva na tome da li su karakteristike prava na beneficije zasnovane na doprinosima.

Dobrovoljna uključenost je klasificirana na osnovu pretplate i njene pokrivenosti, tj. veze sa doprinosima i sa podjelom troškova.

Slika 7.2. Šema kriterija za modele finansiranja zdravstvene zaštite



Izvor: IHAT za SHA 2011.

Definiranje modela finansiranja zdravstvene zaštite

Modeli finansiranja zdravstvene zaštite su strukturirane komponente sistema finansiranja zdravstvene zaštite: oni su osnovni tipovi finansijskih aranžmana putem kojih ljudi ostavaruju zdravstvene usluge. Modeli finansiranja zdravstvene zaštite uključuju direktne uplate domaćinstava za usluge i robe i finansijske aranžmane trećih strana. Finansijski modeli trećih strana su poseban skup propisa koji upravljaju načinom participacije u modelu, osnovom za ostvarenje prava na zdravstvenu zaštitu i pravilima za prikupljanje i udruživanje prihoda koji se ostvare u okviru zadatog modela.

Tabela 7.2 prikazuje punu HF klasifikaciju

Tabela 7.2. Klasifikacija modela finansiranja zdravstvene zaštite	
Kod	Opis
HF.1	Vladini modeli i modeli obaveznog zdravstvenog osiguranja sa uplatom doprinosa
HF.1.1	Vladini modeli
HF.1.1.1	Modeli centralne vlade
HF.1.1.2	Modeli državne/regionalne/lokalne vlade
HF.1.2	Modeli obaveznog zdravstvenog osiguranja sa uplatom doprinosa
HF.1.2.1	Modeli socijalnog zdravstvenog osiguranja
HF.1.2.2	Modeli obaveznog privatnog osiguranja
HF.1.3	Obavezni medicinski štedni računi (CMSA)
HF.2	Modeli dobrovoljnog plaćanja zdravstvene zaštite
HF.2.1	Modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
HF.2.1.1	Modeli primarnog/supstitutivnog zdravstvenog osiguranja
HF.2.1.1.1	Osiguranje zasnovano na uplatama poslodavca (osim modela sa uplatama preduzeća)
HF.2.1.1.2	Dobrovoljno osiguranje zasnovano na uplatama vlade
HF.2.1.1.3	Drugi modeli primarnog osiguranja
HF.2.1.2	Modeli komplementarnog/suplementarnog osiguranja
HF.2.1.2.1	Osiguranje zasnovano na zajednici
HF.2.1.2.2	Drugi modeli komplementarnog/suplementarnog osiguranja
HF.2.2	NPISH modeli finansiranja
HF.2.2.1	NPISH modeli finansiranja (isključujući HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Modeli rezidentnih stranih agencija
HF.2.3	Modeli finansiranja od strane preduzeća
HF.2.3.1	Modeli finansiranja od strane preduzeća (osim davalaca zdravstvene zaštite)
HF.2.3.2	Modeli finansiranja od strane davalaca zdravstvene zaštite
HF.3	Izdaci domaćinstava iz džepa
HF.3.1	Isključujući podjelu troškova ²
HF.3.2	Podjela troškova sa trećim stranama
HF.3.2.1	Podjela troškova sa vladinim modelima i modelima obaveznog zdravstvenog osiguranja sa uplatom doprinosa
HF.3.2.2	Podjela troškova sa modelima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
HF.4	Modeli vanjskog finansiranja (nerezidenti)
HF.4.1	Obavezni modeli (nerezidenti)
HF.4.1.1	Obavezni modeli zdravstvenog osiguranja (nerezidenti)
HF.4.1.2	Drugi obavezni modeli (nerezidenti)
HF.4.2	Dobrovoljni modeli (nerezidentni)

² Ova kategorija obuhvata neformalna plaćanja. *De facto* podjela troškova bi uključivala neformalna plaćanja. Međutim, neformalna ili plaćanja „ispod ruke“ se ne smatraju podjelom troškova, nego kao autentična plaćanja iz džepa.

HF.4.2.1	Dobrovoljni modeli zdravstvenog osiguranja (nerezidentni)
HF.4.2.2	Drugi modeli (nerezidentni)
HF.4.2.2.1	Filantropija/međunarodne NVO
HF.4.2.2.2	Modeli stranih razvojnih agencija
HF.4.2.2.3	Modeli enklava (npr. međunarodne organizacije ili ambasade)

Memorandumske stavke

Finansijski agenti koji upravljaju finansijskim modelima

HF.RI.1.1	Vlada
HF.RI.1.2	Korporacije
HF.RI.1.3	Domaćinstva
HF.RI.1.4	NPISH
HF.RI.1.5	Inostranstvo

Finansijski modeli i srodna podjela troškova zajedno

HF.RI.2	Vladini modeli i obavezno zdravstveno osiguranje sa doprinosom zajedno sa podjelom troškova (HF.1 + HF.3.2.1)
HF.RI.3	Modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zajedno sa podjelom troškova (HF.2 + HF.3.2.2)

Izvor: IHAT za SHA 2011

Tabela 7.2. odgovara Tabeli. 7.3 u SHA 2011

Obrazloženja ICHA-HF klasifikacije modela finansiranja zdravstvenog osiguranja

HF.1 Vladini modeli i obavezno zdravstveno osiguranje

Ova kategorija uključuje sve modele čiji je cilj osiguranje pristupa osnovnoj zdravstvenoj zaštiti za cjelokupno društvo, njegov veliki dio ili barem određene osjetljive grupe. Uključeni su: vladini modeli, socijalno zdravstveno osiguranje, obavezno privatno osiguranje i obavezni medicinski štedni računi.

Ključni razlog za intervenciju vlade u zdravstvenom sistemu jeste osigurati pristup osnovnoj zdravstvenoj zaštiti za cjelokupno društvo (ili osjetljive socijalne kategorije). Ova svrha se može ispuniti putem različitih modela osiguranja, što podrazumijeva različite nivoe preraspodjele između socijalnih grupa i pojedinaca. Od zdravstvenih računa se također očekuje da pruže informacije za procjenu koliko sistemi zdravstva ostvaruju ovaj ključni strateški cilj. Stoga, u smislu uporedivosti na međunarodnom nivou, važno je imati općenitu, agregatnu kategoriju koja obuhvata sve finansijske modele kojima se nastoji ispuniti ovaj cilj.

HF.1.1 Vladini modeli (finansiranja zdravstvene zaštite)

Karakteristike državnih modela finansiranja zdravstvene zaštite utvrđene su zakonom ili od strane vlade. Za model postoji poseban budžet, a vladina jedinica ima sveukupnu odgovornost za njega. Obično, ali ne i nužno, vladinim modelima upravlja vladina jedinica/jedinice. Vladinim modelima također mogu upravljati i NPISH ili neko preduzeće.

Vladini modeli (finansiranja zdravstvene zaštite) imaju sljedeće karakteristike:

- Način participacije: automatska za sve građane/rezidente, ili za određenu grupu stanovnika (npr. siromašni) prema zakonskoj definiciji/državnom propisu;

- Pravo na beneficiju: bez obaveze doprinosa, tipično univerzalan ili dostupan za određenu grupu stanovnika ili kategoriju bolesti definiranu zakonom (npr. TB, HIV, onkologija);
- Osnovna metoda prikupljanja sredstava: obavezan; domaći državni prihodi (primarno porezi). Strani prihodi mogu također igrati važnu ulogu u nekim zemljama sa nižim prihodima.
- Mehanizam i djelokrug udruživanja sredstva: nacionalni, sub-nacionalni ili modelski nivo.

Vladin model ne pokriva nužno ukupnu cijenu usluga i roba uključenih u njegovu korpu beneficija, tj. model može uključivati podjelu troškova sa pacijentima putem participacije, odnosno drugih vidova podjele troškova. Puna cijena određenih usluga se dijeli između finansijskih modela: vladinog modela i OOP-a (podjela troškova). (Isto važi i za modele obaveznog i dobrovoljnog osiguranja). Očito, samo troškovi koje pokriva vladin model obračunavaju se se pod HF.1.1. Budući da puni trošak za ove usluge također predstavlja važnu informaciju, sljedeće memorandumske stavke su uključene u klasifikaciju: vladini modeli i modeli obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu doprinosa zajedno sa podjelom troškova (HF.1+HF.3.2.1); i modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zajedno sa podjelom troškova (HF.2.1 + HF.3.2.2).

Jedno specifično računovodstveno pitanje je tretman naknada za korištenje kapitala. U nekim zemljama, u naporima da se poveća efikasnost, javne bolnice mogu imati obavezu da plaćaju naknadu vladi za korištenje fizičkih sredstava. Iako je plaćanje naknada za kapital troškovna komponenta bolnice, i kao takva treba biti evidentirana zajedno sa drugim faktorima (poglavlje 9), može se desiti da se ove naknade za korištenje kapitala odbijaju direktno iz budžeta koje bolnice primaju iz državnog budžeta. U tim okolnostima, naknade za korištenje kapitala treba dodati uplatama koje vlada vrši prema bolnici u cilju evidentiranja ukupnih izdataka vladinog modela.

Potkategorije vladinih modela

Potkategorije vladinih modela su:

- Vladini modeli na centralnom nivou (HF.1.1.1);
- Vladini modeli na regionalnom/lokalnom nivou (HF.1.1.2).

Modeli za državne službenike

Državni (ili javni) službenici mogu imati poseban aranžman: vlada može osigurati posebne zdravstvene modele za svoje uposlenike ili im plaćati privatno osiguranje. U nekim zemljama, vlada vrši nadoknadu zdravstvenih računa uposlenika i plaća im zdravstvenu zaštitu kada borave u inostranstvu. Opcione potkategorije u okviru vladinih modela mogu se koristiti za obračun ovih slučajeva na sljedeći način:

- HF.1.1.1.1 Vladini modeli na centralnom nivou (isključujući modele za državne službenike);
- HF.1.1.1.2 Vladini modeli za državne službenike

Finansijski agent (npr. vladina jedinica, privatna osiguravajuća korporacija, itd.) će dati precizan institucionalni oblik određenog modela za državne službenike.

Nije neophodno praviti razliku između državnih (ili javnih) službenika i drugih osiguranika u slučaju kada državni službenici učestvuju u općem modelu socijalnog osiguranja i kada vlada uplaćuje doprinos za socijalno osiguranje na isti način kao i ostali poslodavci.

HF.1.2 Obavezno zdravstveno osiguranje

Obavezno zdravstveno osiguranje uključuje finansijske aranžmane za osiguranje pristupa zdravstvenoj zaštiti za određene grupe stanovništva putem obaveznog učešća i ostvarenja prava na osnovu uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje od strane ili u ime određene osobe.

HF.1.2.1 Socijalni modeli zdravstvenog osiguranja

Socijalno zdravstveno osiguranje je finansijski aranžman kojim se osigurava pristup zdravstvenoj zaštiti na osnovu plaćanja doprinosa koji nije uslovljen rizikom od strane ili u ime odgovarajuće osobe. Program socijalnog zdravstvenog osiguranja uspostavlja se specifičnim javnim zakonom kojim se definira, između ostalog, pravo, paket beneficija i pravila za uplatu doprinosa.

Karakteristike socijalnih modela zdravstvenog osiguranja prikazane su u tabeli 7.1.

Samo potrošnja koja se odnosi za zdravstvenu zaštitu evidentira se pod HF.1.2.1.

HF.1.2.2 Modeli obaveznog privatnog osiguranja

Obavezno privatno osiguranje je finansijski aranžman u okviru kojeg rezidenti (ili velika grupa stanovnika) ima obavezu da ugovore privatno zdravstveno osiguranje kod zdravstvene osiguravajuće kompanije ili fonda zdravstvenog osiguranja, što znači da je ugovaranje privatnog osiguranja obavezno. Osiguranje se ugovara (tj. pravo na uslugu se zasniva na) preko ugovora/sporazuma o osiguranju između pojedinca i osiguravatelja.

Karakteristike modela obaveznog privatnog osiguranja prikazane su u tabeli 7.1.

Napomene

U zemljama u kojima osiguravajuća preduzeća finansiraju agente za obavezno osiguranje, osiguravajuće kompanije istovremeno također nude dobrovoljno komplementarno osiguranje. U tom slučaju, osiguravajuća kompanija djeluje kao finansijski agent za dva različita finansijska modela. Ovi modeli se realizuju prema različitim propisima.

HF.1.3 Obavezni medicinski štedni računi

Obavezni medicinski štedni računi (CMSA) imaju sljedeće karakteristike:

- Način participacije: obavezno za sve građane/rezidente, ili za određene grupe stanovnika definiranih zakonom/državnim propisom;
- Pravo na beneficiju: doprinos na osnovu kupovine MSA, osobe koje imaju MSA mogu, međutim, koristiti samo novac koji je ušteden, bez obzira na to da li ušteda pokriva troškove potrebne zdravstvene zaštite;
- Osnovna metoda prikupljanja sredstava: obavezan, definiran zakonom (npr. kao procentualni udio prihoda);
- Mehanizam i djelokrug udruživanja sredstva: nema udruživanja na nivou pojedinaca,

osim možda za članove porodice.

U okviru CMSA, zakonska je obaveza imati medicinski štedni račun; a minimalne uplate i neka pitanja koja se odnose na korištenje računa za plaćanje zdravstvenih usluga reguliraju vlada. Njegova karakteristika obaveznosti opravdava kategorizaciju pod HF.1.

Iako CMSA predstavlja oblik obavezne pretplate, odsustvo inerpersonalnog udruživanja znači da ga ne treba smatrati podkategorijom obaveznog osiguranja.

HF.2 Modeli dobrovoljnog plaćanja zdravstvene zaštite (koji nisu direktna plaćanja iz džepa domaćinstava)

Ova kategorija obuhvata sve domaće modele finansiranja zdravstvene zaštite zasnovane na prethodnoj uplati u okviru kojih je pristup zdravstvenim uslugama na diskreciji privatnih aktera (iako ova “diskrecija” može biti i često jeste pod uticajem zakona i propisa). Uključeno je: dobrovoljno zdravstveno osiguranje, NPISH finansijski modeli i finansijski modeli preduzeća.

Termin “obavezni model” odnosi se na modele u kojima obaveznost članstva propisuje vlada (zakon). Svi drugi modeli se smatraju dobrovoljnim. Na primjer, poslodavac može odlučiti da ugovori grupno osiguranje za sve uposlenike: to se smatra dobrovoljnim osiguranjem, iako učešće svakog uposlenika u osiguranju može biti nametnuto od strane poslodavca.

Postoji jedna važna razlika između ovih modela i OOP plaćanja domaćinstava koja je od kritične strateške relevantnosti: prisustvo ili odsustvo interpersonalnog i/ili intertemporalnog udruživanja, koje se također odražava i u razdvojenosti između plaćanja i vremena korištenja usluge. U slučaju OOP uplata, domaćinstva moraju plaćati cijeli ili djelimični iznos cijene zdravstvene zaštite u vrijeme realizacije usluge. OOP izdaci pokazuju *direktni* finansijski teret medicinske zaštite za domaćinstvo, što može imati katastrofalan efekat na njegovu finansijsku situaciju. To opravdava postojanje posebne kategorije na prvom nivou za dobrovoljne privatne modele (koji nisu OOP) i direktna plaćanja iz džepa.

HF.2.1 Modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Modeli dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (VHI) imaju sljedeće karakteristike:

- Način participacije: dobrovoljna, po diskreciji pojedinca ili firme;
- Pravo na beneficiju: po osnovu doprinosa: zasnovano na kupovini police dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (obično na osnovu ugovora);
- Osnovni metod prikupljanja sredstava: obično premije koje nisu zasnovane na dohotku (često direktno ili indirektno u vezi sa rizikom); mogu biti direktno ili indirektno subvencionirane od strane vlade (npr. putem odbitka poreza);
- Mehanizam i djelokrug udruživanja sredstava: individualni model.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se ugovara i plaća po diskreciji pojedinca ili firme. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje također može uplatiti i poslodavac.

Premije mogu biti ili po osnovu rizika ili utvrđene po zajednici, ali u nekim zemljama čak i po osnovu prihoda. Dobrovoljno osiguranje se obično ugovara kod privatnih osiguravajućih organizacija (i profitnih i neprofitnih), iako se u nekim slučajevima može ugovoriti i kod javnih

ili kvazi-javnih tijela. U nekoliko zemalja, preduzeća mogu također imati sopstvene aranžmane za osiguranje.

Potkategorije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Ima nekoliko mogućih aspekata za razlikovanje različitih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ovi aspekti se mogu preklapati ili se mogu kombinirati pri kreiranju potkategorija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Na primjer, i grupne police i individualne police mogu osigurati ili primarnu ili komplementarnu pokrivenost. Tip police, to jeste, da li dobrovoljno osiguranje osigurava primarnu ili komplementarnu pokrivenost za pojedinca najvažniji je faktor za definiranje potkategorija.

HF.2.1.1 Modeli primarnog/supstitutivnog osiguranja

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje je označeno kao primarno osiguranje ili “supstitutivno” ako se odnosi na ljude koji su isključeni ili im je dozvoljeno da se isključe iz javnog sistema, i koji nemaju obavezu da kupe privatno zdravstveno osiguranje, ili jednostavno ako ne postoji sistem sa javnim mandatom koji im je dostupan.

HF.2.1.1.1 Osiguranje bazirano na poslodavcu. Jedan osnovni tip grupnog osiguranja je osiguranje koje kupuju poslodavci, preko ugovora između poslodavca (preduzeća) i osiguravajućeg entiteta.

HF.2.1.1.2 Dobrovoljno osiguranje bazirano na vladi. Ovaj specifični tip programa osiguranja inicira i subvencionira vlada u cilju osiguranja primarne pokrivenosti za specifične grupe stanovnika.

HF.2.1.1.3 Ostali modeli primarne pokrivenosti

HF.2.1.2 Modeli komplementarnog ili suplementarnog dobrovoljnog osiguranja

Zdravstveno osiguranje može biti komplementarno na dva načina: ono može pokrivati usluge javnog sistema ili može pokrivati obaveze podjele troškova (tj. naknade za korisnike, uplata dijela iznosa, itd) koje se traže od strane obaveznog osiguranja ili vladinog modela osiguranja. Suplementarno zdravstveno osiguranje odnosi se na iste usluge kao i obavezno osiguranje, ali osigurava brži pristup i/ili naprijeđen izbor davalaca usluga za potrošača (Thomson i Mossialos, 2009). Komplementarni i suplementarni VHI može u nekim slučajevima postojati u istom modelu.

Komplementarno dobrovoljno osiguranje koje pacijentu vraća njegov dio uplaćenog iznosa može stvoriti računovodstveni problem. Ovaj slučaj se treba tretirati slično kao i slučajeve gdje se u okviru dobrovoljnog osiguranja vraća iznos računa koji nije pokriven obaveznim osiguranjem. Plaćanje se smatra izdatkom od strane dobrovoljnog osiguranja. Shodno tome, dio participacije koje dobrovoljno osiguranje vraća treba obračunati kao izdatak dobrovoljnog osiguranja, i ne treba ga uzimati u obzir kada se radi o plaćanjima domaćinstava iz džepa. Ovaj tretman osigurava ispravno pripisivanje zdravstvenih izdataka.

HF.2.1.2.1 Modeli zdravstvenog osiguranja zasnovani na zajednici

HF.2.1.2.2 Ostali komplementarni ili suplementarni modeli

HF.2.2 Finansijski modeli neprofitnih organizacija

NPISH finansijski aranžmani ili finansijski modeli sastoje se od “kvazi-seta” pravila koja definiraju način participacije, prava i metode prikupljanja sredstava, i stoga se mogu tretirati kao kategorije finansijskih modela.

NPISH finansijski modeli imaju karakteristike prikazane u tabeli 7.1.

Kvalitativna analiza aktivnosti nevladine organizacije je uvijek potrebna da bi se odlučilo da li se konkretna aktivnost može smatrati kao djelovanje finansijskog modela. Nekoliko primjera je dato za različite funkcije NPISH-a.

- NPISH organizacija može osigurati – pored svojih nezdravstvenih aktivnosti – resurse za druge NPISH koje vrše finansiranje specijalnih zdravstvenih modela. Konkretni NPISH nema direktan odnos sa davaocem usluga zaštite. U ovom slučaju, NPISH je davalac resursa i model NPISH-a je finansijski model.
- Neprofitna institucija može ustanoviti poseban fond, obično putem donacija, za finansiranje posebnih vrsta zdravstvenih usluga, na primjer, vođenje posebnih ustanova za beskućnike, ili pružanje zaštite za domaćinstva pogođena prirodnim katastrofama ili ratom. Donacije mogu biti novčane ili nenovčane od strane široke javnosti, korporacija ili vlada. U toku implementacije, NPISH može plaćati sopstveno osoblje i davaoce usluga zdravstvene zaštite i druge entitete. (Na primjer, dobrotvorna organizacija može platiti specijalnu operaciju za dijete u inostranstvu koja nije na raspolaganju u matičnoj zemlji). U ovim slučajevima, NPISH model se smatra finansijskim modelom.
- “Neprofitna” institucija može biti pravni oblik putem kojeg davaoci usluga primaju uplate, na primjer, od socijalnog modela zdravstvenog osiguranja kao naknadu za usluge koje pružaju. U tom slučaju, NPISH je davalac usluga, a socijalno zdravstveno osiguranje je finansijski model.

HF.2.3 Modeli finansiranja preduzeća

Ova kategorija primarno obuhvata aranžmane u kojima preduzeće direktno pruža ili finansira zdravstvene usluge za svoje uposlenike (kao što su usluge u oblasti medicine rada) bez uključenosti ikakvog osiguravajućeg modela. Stoga, ovo isključuje modele osiguranja zasnovane na poslodavcu.

Karakteristike finansijskog modela preduzeća su prikazane u tabeli 7.1.

Predlaže se razlikovanje dvije potkategorije: (HF 2.3.1) Finansijski modeli preduzeća (osim davalaca usluga zdravstvene zaštite) i (HF.2.3.2) Finansijski modeli davalaca usluga zdravstvene zaštite.

U okviru specijalne kategorije Finansijski modeli davalaca usluga zdravstvene zaštite (HF.2.3.2) davaoci usluga zdravstvene zaštite finansiraju dio usluga koje pružaju svojim pacijentima iz sopstvenih izvora (to su dodatni resursi na uplate koje dobijaju od finansijskih modela). Ovo su “imputirani” izdaci uključeni u zdravstvene račune u cilju postizanja adekvatne procjene vrijednosti usluga koje troše pojedinci. Da bi se dobila adekvatna procjena vrijednosti konkretnih usluga, ove specifične stavke se procjenjuju i obračunavaju kao izdaci od strane Finansijskih modela davalaca usluga zdravstvene zaštite (HF.2.3.2), a prihodi se obračunavaju kao FS.6.2 Ostali prihodi od korporacija (neraspoređeno).

HF.3 Izdaci domaćinstava iz džepa

Izdaci domaćinstava iz džepa, po definiciji, smatraju se finansijskim modelom. Njihova razlikovna karakteristika je što je to direktno plaćanje za usluge iz primarnih prihoda³ ili štednje domaćinstva (nema treće platne strane): plaćanje vrši korisnik u vrijeme korištenja usluge. Uključeni su podjela troškova i neformalne uplate (novčana i nenovčana).

Uplate iz džepa (OOP) pokazuju direktno opterećenje medicinskim troškovima koje snose domaćinstva u vrijeme korištenja usluge. (Ovo je razlog za kategorizaciju OOP-a kao kategorije na prvom nivou ICHA-HF). OOP igra važnu ulogu u svakom sistemu zdravstvene zaštite. U zemljama sa nižim prihodima, uplate iz džepa su često osnovni vid finansiranja zdravstvene zaštite.

OOP izdatke (modele) karakterizira:

- Način participacije: dobrovoljan, zasnovan na volji i mogućnosti pojedinca ili domaćinstva za plaćanje, mada vlada ili model dobrovoljnog osiguranja mogu odrediti iznos plaćanja koji je potreban;
- Pravo na beneficiju: zasnovan na učešću: usluga se pruža ako pojedinac plati;
- Osnovni metod za prikupljanje sredstava: dobrovoljan, zasnovan na odluci domaćinstva da koristi usluge, i stoga da plati za njih. Vlada može indirektno da subvencionira neke OOP troškove putem poreznih odbitaka;
- Mehanizam i djelokrug udruživanja sredstava: nema interpersonalnog udruživanja.

Neformalne uplate se smatraju plaćanjem iz džepa i evidentiraju se kao HF.3.1. Napomena: samo formalna podjela troškova se evidentira kao HF.3.2 (Podjela troškova sa trećim platnim stranama).

Napomene

Plaćanje od strane pojedinca ne obračunava se uvijek kao OOP, jer se taj iznos može vratiti od strane dobrovoljnog osiguranja ili ga može pokriti vlada (uslovni novčani transfer) ili domaća ili strana NVO. U tim slučajevima, plaćanje usluga zdravstvene zaštite tehnički vrši domaćinstvo, ali ne iz “džepa” domaćinstva, tj. ne iz primarnog prihoda ili štednje domaćinstva. Stoga je prvi korak odbiti one stavke koje treba obračunati kao “stavke koje nisu OOP”, kao što su državni modeli (uslovne novčane naknade), dobrovoljno osiguranje, NPISH finansijski modeli i ostali (RoW) finansijski modeli.

Također treba uzeti u obzir i porezne odbitke i odbitke poreza na dohodak koje generiraju zdravstveni izdaci kada se procjenjuje OOP.

Jedini mogući izvori OOP-a su prihodi domaćinstva (uključujući i doznake iz inostranstva) ili štednja ili zajmovi koji su uzeti. (SHA 2011 Poglavlje 8 sadrži tabelu za razlikovanje OOP-a od uplata domaćinstava ali koji se ne obračunavaju kao plaćanja iz džepa).

³ Prema SNA, primarni prihod je prihod koji rezidente jedinice ostvaruju po osnovu njihovog učešća u procesu proizvodnje, kao i prihod koji ostvaruju vlasnici finansijskih ili drugih sredstava za stavljanje tih sredstava na raspolaganje drugim institucionalnim jedinicama.

Isplate iz dobrovoljnog medicinskog štednog računa za usluge zdravstvene zaštite ili dobra u datom računovodstvenom periodu smatraju se posebnim tipom plaćanja iz džepa, ali se ne obračunavaju posebno od OOP-a. *Napomena:* Uplate u dobrovoljne medicinske štedne račune u datom računovodstvenom periodu nisu uključene u HF tabele, jer nisu plaćanja za usluge i robe zdravstvene zaštite.

Domaćinstva kao institucionalni sektor, su finansijski agenti za plaćanja domaćinstava iz džepa. Važno je razlikovati domaćinstva kao institucionalni sektor i domaćinstva OOP kao finansijski model. Domaćinstva kao institucionalni sektor igraju nekoliko uloga u zdravstvenom sistemu: kao korisnici, kao davaoci sredstava finansijskim modelima trećih strana (plaćanjem poreza i/ili doprinosa za osiguranje i/ili premija za osiguranje); kao neformalni davaoci zaštite; i posljednje ali ne i manje važno, kao finansijski agent za OOP.

Specijalni slučaj podjele troškova za domaćinstvo koje pokriva dobrovoljno osiguranje razmotreno je gore u tekstu u okviru komplementarnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

HF.4 Modeli finansiranja izvan zemlje

Ova stavka obuhvata finansijske aranžmane koji uključuju institucionalne jedinice (ili kojima upravljaju institucionalne jedinice) koje su rezidentne u inostranstvu ali koji prikupljaju, udružuju sredstva ili kupuju robe i usluge u okviru zdravstvene zaštite u ime rezidenata, bez tranzita svojih sredstava kroz rezidentni model. Na primjer, osoba koja je rezident u zemlji A može kupiti dobrovoljno osiguranje u zemlji B i može koristiti to osiguranje za plaćanje usluga ili u zemlji A ili u zemlji B.

Rezidentni model prevashodno ima ekonomski interes u zemlji za koju su računi otvoreni. On ima fizičko prisustvo u zemlji i nalazi se unutar jurisdikcije lokalne vlade (npr. obavezne aktivnosti izvještavanja). Nerezidentni modeli također mogu djelovati u zemlji za koju je račun otvoren, ali ovi modeli potiču od i kontroliraju ih agencije koje podliježu jurisdikcijama stranih vlada, uključujući, na primjer, agencije za pružanje pomoći i vojne agencije.

Finansijski aranžmani izvan zemlje definišu se prema sljedećim karakteristikama:

- Način participacije: 1) obavezna, npr. zasnovana na uslovima zaposlenja (kao što je strano osiguranje), ili 2) dobrovoljna;
- Osnova za pravo: 1) ugovor između nosioca osiguranja i pojedinca, ili 2) diskrecija privatnog entiteta (dobrotvorna fondacija, poslodavac, strani entitet);
- Metod prikupljanja sredstava: sredstva se prikupljaju i udružuju u inostranstvu;
- Pokrivenost: strani entiteti obično imaju slobodu da definišu beneficije.

Napominjemo da se iz inostranstva može dati doprinos finansiranju zdravstvene zaštite u vidu međunarodne pomoći i drugih tokova, kanalisanjem sredstava preko vlade ili rezidentnih NPISH agencija. Ovo je tipičan slučaj sa RoW prihodima za rezidencijalne finansijske modele, i tako se može klasificirati kao HF.1 ili HF.2 potrošnja i prihodi.

Međunarodni sporazumi nastoje da osiguraju da vanjske finansijske agencije rade sa rezidentnim agencijama za zdravstvo kako bi se osiguralo da vanjski resursi (finansijska sredstva) budu usmjereni prema nacionalnim prioritetima na koordiniran način. Postoji potreba za izvještavanje nacionalnim organima i koordinaju sa nacionalnim naporima da se ostvari taj cilj i njeguje komplementarnost zdravstvenih akcija. Agencije koje upravljaju vanjskih sredstvima za pomoć tada bi radile kao rezidenti (rezidentne jedinice i modeli). Ako se SHA

prilagodi sporazumima o međunarodnoj pomoći, vanjski resursi bi se evidentirali kao vanjski izvori (prihodi) i u većini slučajeva bi se izvršavali od strane rezidentnih modela, grupiranih kao NVO i korporacije.

Nije uvijek jasno da li se strani program pomoći treba voditi kao i) RoW finansijski izvor (FS), ili ii) i kao RoW finansijski izvor i RoW finansijski model.

U slučaju enklava, ovo su nerezidencijalne jedinice koje su fizički smještene na teritoriji domaćina ali imaju imunitet od zakona zemlje domaćina (npr. međunarodne organizacije i ambasade). Kada zdravstvena zaštita za osoblje enklava ne zahtijeva nikakve naknade ili jurisdikciju rezidentne zemlje, onda se strani zdravstveni model treba klasificirati kao RoW finansijski model (HF.4). Međutim, entitet koji je uspostavila vlada unutar zakona druge jurisdikcije je rezidentna jedinica u jurisdikciji zemlje domaćina, a ne dio općeg vladinog sektora ni u jednoj ekonomiji (SNA 2008, 26.43). Prema tome, strani program pomoći koji uspostavi vanjska organizacija za pomoć da upravlja resursima u stranoj zemlji treba se smatrati kao rezidentna NVO ili korporacija u toj zemlji.

Strana pomoć može se dati i za određenu svrhu (npr. AIDS program), a posebna organizacija, koja je isto tako dio stranog entiteta, može se osnovati da upravlja fondom, koji ne mora nužno biti uključen u pružanje usluga.

Kada je model dio globalnog multinacionalnog entiteta ali djeluje unutar zemlje kao “filijala” onda se smatra rezidentnim, npr. osiguravajuća agencija koja radi u domaćem okruženju je rezidentna. Ključna osobina je da ona dijeli trajni ekonomski interes sa lokalnim entitetima, kao i njeno fizičko prisustvo; individualno računovodstvo i veze sa pravilima lokalnih vlada, kao što je izvještavanje, također su osobine rezidentnih modela.

Međutim, kada se model ne može razlikovati kao specifična “filijala” ali se održava kao jedinstven model jer djeluje kao nedjeljiva operacija bez posebnih računa, onda se tretira kao RoW model. Vrijednost multinacionalnih modela koji se evidentiraju kao RoW modeli ne može se smatrati ukupnom vrijednošću svih multinacionalnih modela, ali bi se bazirala na proporcionalnom odnosu količini aktivnosti u zemlji.

Memorandumske stavke

Da bi se osigurao kontinuitet sa SHA 1.0 i iskazao značaj finansijskih agenata u finansijskom sistemu, HF.RI.1 pokriva finansijske agente koji upravljaju finansijskim modelima. Finansijski agenti se grupišu u institucionalne sektore SNA: HF.RI.1.1 Vlada; HF.RI.1.2 Korporacije; HF.RI.1.3 Domaćinstva; HF.RI.1.4 NPISH; i HF.RI.1.5 Ostalo.

Postoje tri komponente osiguranja u okviru finansijskih modela trećih strana (osiguranje ili državni model); pokrivenost stanovništva, pokriveni paket usluga i dio troškova datih usluga i roba za zdravstvenu zaštitu u okviru modela. Podjelu troškova sa pacijentom treba smatrati komponentom plaćanja domaćinstava iz džepa i ne treba je smatrati izdacima u okviru finansijskog modela treće strane.

Međutim, puni troškovi za usluge i robe od strane određenog finansijskog modela treće strane važna su informacija, pa prema tome, sljedeće memorandumske stavke su uključene u klasifikaciju: vladini modeli i obavezni modeli obaveznog zdravstvenog osiguranja, zajedno sa participacijom (HF.RI.2=HF.1+HF.3.2.1); i dobrovoljni modeli za zdravstveno osiguranje, zajedno sa partipacijom (HF.RI.3=HF.2+HF.3.2.2).

Odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata

Finansijski agenti su institucionalne jedinice koje upravljaju jednim ili više finansijskih modela: oni prikupljaju prihode i/ili kupuju usluge prema pravilima datih finansijskih modela za zdravstvenu zaštitu. Ovo obuhvata domaćinstva kao finansijske agente za plaćanja iz džepa.

SHA 2011 tumači finansijske modele kao ključne komponente finansijskog sistema zdravstva sa stanovišta pristupa zaštiti, i stoga ih povezuje sa davaocima usluga i funkcijama zdravstvene zaštite u SHA-ovom troosovinskom sistemu.

Istovremeno, sa stanovišta odgovornosti institucija u sistemu finansiranja zdravstva, također je važno razmotriti finansijske agente. Sve veća odgovornost na nivou zemlje kroz unaprijeđeno upravljanje i efikasnost ključno je strateško pitanje. Za to je potrebno razumijeti ko upravlja finansijskim modelima (finansijski resursi) i koliko dobro oni to rade. Drugim riječima, na nivou zemlje, finansijski agenti mogu biti kritični element analize. Tabela 7.3 sadrži sredstvo za ilustraciju institucionalnih aranžmana finansijskih modela zemlje.

Tabela 7.3. Mogući finansijski agenti za osnovne kategorije finansijskih modela

Finansijski modeli	Finansijski agenti	
	Agencije koje prikupljaju prihode	Agenti koji plaćaju
Vladini modeli	Vladina jedinica/jedinice	Vladine jedinice; ministarstva; lokalne vlade NPISH Korporacije
Modeli socijalnog zdravstvenog osiguranja	Vladine jedinice Nacionalna agencija za zdravstveno osiguranje Socijalni fondovi za zdravstveno osiguranje Privatne osiguravajuće korporacije	Nacionalna agencija za zdravstveno osiguranje Socijalni fondovi za zdravstveno osiguranje Privatne osiguravajuće korporacije
Modeli obaveznog privatnog osiguranja	Vladine jedinice Privatne osiguravajuće korporacije	Privatne osiguravajuće korporacije Javne korporacije
Modeli dobrovoljnog privatnog osiguranja	Vladine jedinice Privatne osiguravajuće korporacije NPISH	Privatne osiguravajuće korporacije Javne korporacije NPISH
NPISH model	NPISH	NPISH
Model finansiranja od strane preduzeća	Korporacije	Korporacije
Strani finansijski modeli	Strani	Strani

Izvor: IHAT za SHA 2011

Tabela 7.3 odgovara Tabeli 7.7 u SHA 2011

Kao što je već rečeno, postoje velike varijacije u organizacionim postavkama osnovnih finansijskih modela zdravstvene zaštite u raznim zemljama. U slučaju zemalja sa kompleksnim institucionalnim postavkama, od velikog je značaja praviti jasnu razliku između finansijskih modela i finansijskih agenata, i pojasniti nedvosmisleno različite moguće uloge ključnih institucionalnih jedinica uključenih u finansiranje zdravstva (npr. vlada, inostranstvo).

U nekoliko zemalja postoji direktan odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata (slika 7.3). Na primjer, u zemlji A sa jednostavnim organizacijskim aranžmanima, ukupna zdravstvena zaštita koju finansira vlada može biti pod upravom lokalnih vladinih jedinica, dobrovoljno osiguranje se nudi od strane osiguravajućih kompanija, a domaćinstva plaćaju direktno iz džepa za određene usluge.

Slika 7.3.Odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata: odnos jedan prema jedan

Zemlja A. Odnos jedan prema jedan između finansijskih modela i finansijskih agenata					
Finansijski modeli	Finansijski agenti (institucionalne jedinice)				
	Vladine jedinice (FA.1.1, FA.1.2)	Fondovi socijalnog osiguranja (FA.1.3)	Osiguravajuće korporacije (FA.2)	Domaćinstva (FA.5)	Inostranstvo (FA.6)
Vladini modeli (HF.1.1)					
Obavezno socijalno zdravstveno osiguranje (HF.1.2.1)					
Dobrovoljno zdravstveno osiguranje (HF.2.1)					
Plaćanje iz džepa (HF.3)					
Programi strane pomoći (HF.4)					

Međutim, ovaj direktni odnos nije neophodan sa teoretskog stanovišta. Štaviše, u stvarnosti, ima mnogo zemalja u kojima je odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata prilično kompleksan i koji se značajno mijenjao u toku nekoliko posljednjih godina (Slika 7.4.) Na primjer:

- Isti akter može služiti kao finansijski agent za više od jednog finansijskog modela (npr. privatne osiguravajuće korporacije, pored nuđenja dobrovoljnog osiguranja mogu biti uključene u upravljanje modelima socijalnog osiguranja);
- Akteri koji pripadaju različitim institucionalnim sektorima ekonomije mogu služiti kao finansijski agenti za iste finansijske modele (npr. obavezni socijalni modeli osiguranja mogu se voditi - istovremeno u datoj zemlji – i od strane agencije za socijalno osiguranje i privatne osiguravajuće korporacije);
- Isti akter (npr. porezna uprava) može djelovati kao organizacija koja prikuplja prihod za više od jednog finansijskog modela (npr. državni model na centralnom nivou i socijalno osiguranje, itd.).

Slika 7.4. Odnos između finansijskih modela i finansijskih agenata: primjer kompleksnijeg institucionalnog okruženja

Zemlja B. Kompleksni odnosi između finansijskih modela i finansijskih agenata					
Finansijski modeli	Finansijski agenti (institucionalne jedinice)				
	Vladine jedinice (FA.1.1, FA.1.2)	Fondovi socijalnog osiguranja (FA.1.3)	Osiguravajuće korporacije (FA.2)	Domaćinstva (FA.5)	Inostranstvo (FA.6)
Vladini modeli (HF.1.1)					
Obavezno socijalno zdravstveno osiguranje (HF.1.2.1)					
Dobrovoljno zdravstveno osiguranje (HF.2.1)					
Plaćanje iz džepa (HF.3)					
Programi strane pomoći (HF.4)					

Napomena: Domaćinstva kao finansijski agenti također igraju ulogu u modelima osiguranja putem učešća u aranžmanima za podjelu troškova. Ova uloga nije eksplicitno vidljiva na slikama 7.3 i 7.4.

Poglavlje 7 punog SHA 2011 priručnika sadrži više diskusije, a posebno o:

- Dodatnim objašnjenjima i primjerima iz zemalja
- Klasifikacijama i tabelama
- Odnosima između finansijskih modela i finansijskih agenata
- Specifičnim konceptualnim pitanjima:
 - o interpretacija “javnog” i “privatnog” finansiranja; i
 - o tretman podjele troškova
 - o tretman viška sredstava ili deficita u okviru SHA 2011.
- Odnos finansijskih modela prema SNA 2008, SHA 1.0 i *Vodiča* i glavni koraci za prilagođavanje SHA 1.0/PG prema SHA 1.0/PG prema SHA 2011.

DIO 2.

DALJE KLASIFIKACIJE, APLIKACIJE I METODOLOGIJA KOJA SE ODNOSI ZA ZDRAVSTVENE RAČUNE

POGLAVLJE 8. KLASIFIKACIJA PRIHODA MODELA FINANSIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-FS)

Uvod

Ovo poglavlje prezentira koncept prihoda finansijskih modela zdravstvene zaštite (FS) i njihove klasifikacije. Računovodstveni okvir za finansiranje zdravstva prezentiran u Poglavlju 7 sadrži konceptualnu osnovu za ovo poglavlje.

Osnovni koncept

Zdravstveni računi sadrže informacije i o i) mehanizmima doprinosa koje koriste konkretni finansijski modeli za prikupljanje prihoda, i ii) institucionalnim jedinicama ekonomije iz kojih se prihodi direktno generiraju.

Za analizu prikupljanja sredstava, mogu se uzeti u obzir tri stajališta: odakle tokovi potiču; gdje tokovi idu; i kakva je priroda tokova.

U isto vrijeme, razumijevanje ukupnog doprinosa svakog institucionalnog sektora ekonomije također je ključna informacija, jer to ukazuje na odgovarajuće finansijsko opterećenje svakog sektora. Iz tog razloga, institucionalni sektori (korištenje SNA kategorija) su memorandumske stavke u klasifikaciji FS-a.

Definicija prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite

Prihod je povećanje sredstava u okviru finansijskog modela zdravstvene zaštite putem posebnih mehanizama uplate doprinosa. Kategorije klasifikacije su posebni tipovi transakcija putem kojih finansijski modeli ostvaruju svoje prihode.

Tamo gdje je primjereno, kategorija prihoda ima potkategorije koje se definiraju prema tome ko (ili koji institucionalni sektor) osigurava dati prihod. (Na primjer, dobrovoljna pretplata kao kategorija prihoda finansijskih modela ima dvije potkategorije: dobrovoljna pretplata od strane domaćinstava, dobrovoljna pretplata od strane poslodavac, itd.). Prihodi mogu obuhvatiti i nenovčane transfere (na primjer, strana nenovčana pomoć za vladine finansijske modele).

Ukupan iznos ostvarenih prihoda po raznim modelima može odstupati od uplata koje vrše ovi modeli i, kao takav, može rezultirati suficitom ili deficitom. Preferirana opcija je da prihod bude identičan izdacima modela. Alternativa je koristiti dodatnu kolonu koja prezentira razlike između prihoda i plaćanja.

U nekoliko zemalja, agencije za socijalno osiguranje ili privatne osiguravajuće kompanije djeluju kao finansijski agenti ne samo za zdravstveno osiguranje nego i za, recimo, penzije, nezaposlene i smještaj. U ovim slučajevima, *u obzir treba uzeti samo njihove prihode koji su relevantni za zdravlje*.

Tabela 8.1 prezentira klasifikaciju prihoda finansijskih modela, i sljedeći paragrafi sadrže objašnjenja nekih većih kategorija.

Tabela 8.1. Klasifikacija prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite	
Kod	Opis
FS.1	Transferi iz domaćih prihoda vlade (u zdravstvene svrhe)
FS.1.1	Unutrašnji transferi i grantovi
FS.1.2	Transferi vlada u ime specifičnih grupacija
FS.1.3	Subvencije
FS.1.4	Drugi transferi iz domaćih prihoda vlade
FS.2	Transferi koje distribuira vlada iz stranih izvora
FS.3	Doprinosi za socijalno osiguranje
FS.3.1	Doprinosi za socijalno osiguranje koje plaća zaposlenik
FS.3.2	Doprinosi za socijalno osiguranje koje plaća poslodavac
FS.3.3	Doprinosi za socijalno osiguranje koje plaća samouposlenik
FS.3.4	Drugi doprinosi za socijalno osiguranje
FS.4	Obavezna pretplata (osim FS.3)
FS.4.1	Obavezna pretplata od pojedinaca/domaćinstava
FS.4.2	Obavezne pretplata poslodavaca
FS.4.3	Druga obavezna pretplata
FS.5	Dobrovoljna pretplata
FS.5.1	Dobrovoljna pretplata pojedinaca/domaćinstava
FS.5.2	Dobrovoljna pretplata poslodavaca
FS.5.3	Druga dobrovoljna pretplata
FS.6	Ostali domaći prihodi (neraspoređeno)
FS.6.1	Ostali prihodi od domaćinstava (neraspoređeno)
FS.6.2	Ostali prihodi od korporacija (neraspoređeno)
FS.6.3	Ostali prihodi NPISH (neraspoređeno)
FS.7	Direktni strani transferi
FS.7.1	Direktni strani finansijski transferi
FS.7.1.1	Direktni bilateralni finansijski transferi
FS.7.1.2	Direktni multilateralni finansijski transferi
FS.7.1.3	Drugi direktni strani finansijski transferi
FS.7.2	Direktna strana nenovčana pomoć
FS.7.2.1	Direktna strana pomoć u robama
FS.7.2.1.1	Direktna bilateralna pomoć u robama
FS.7.2.1.2	Direktna multilateralna pomoć u robama
FS.7.2.1.3	Druga direktna strana pomoć u robama
FS.7.2.2	Direktna strana nenovčana pomoć: usluge (uključujući TA)
FS.7.3	Drugi direktni strani transferi (neraspoređeno)
Memorandumske stavke	

Izveštajne stavke	
FS.RI.1	Institucionalne jedinice koje daju prihode za finansijske modele
FS.RI.1.1	Vlada
FS.RI.1.2	Korporacije
FS.RI.1.3	Domaćinstva
FS.RI.1.4	NPISH
FS.RI.1.5	Inostranstvo
FS.RI.2	Ukupno strani prihodi (FS.2+FS.7)
FS Srodne stavke	
FSR.1	Zajmovi
FSR.1.1	Zajmovi koje uzima vlada
FSR.1.2	Zajmovi koje uzimaju privatne organizacije
FSR.2	Nenovčana pomoć po donatorskim vrijednostima
Izvor: IHAT za SHA 2011	
Tabela 8.1. odgovara Tabeli. 8.2 u SHA 2011	

Obrazloženja za ICHA-FS klasifikaciju prihoda modela finansiranja zdravstvene zaštite

FS.1 Transferi iz vladinih domaćih prihoda

Ova stavka se odnosi na sredstva koja se alociraju iz vladinih domaćih prihoda u zdravstvene svrhe. Zemlje sa decentraliziranom javnom upravljačkom (i decentraliziranim prikupljanjem javnih sredstava) možda trebaju pokazati ulogu centralne i lokalnih vlada u osiguranju prihoda za modele finansiranja zdravstvene zaštite. Ove zemlje će možda, u nacionalne svrhe, kreirati potkategorije u okviru FS.1.1 do FS.1.4

FS1.1 Unutrašnji transferi i grantovi

Ova stavka se odnosi na transfere u okviru centralne vlade, i – u zemljama sa decentraliziranim poreznim sistemom (gdje regionalna/lokalna vlada također ubire poreze) – transfere u okviru regionalne/lokalne vlade, kao i grantove od centralne vlade ka lokalnoj vladi. Unutrašnji transferi su ključne komponente budžeta vladinih modela finansiranja zdravstvene zaštite (HF.1.1). Vladini modeli mogu imati i druge tipove prihoda, kao što su ostali domaći prihodi (FS.6, na primjer, donacije) i strani prihodi (FS.7).

- *Uključuje:* prihode koji su alocirani državnim modelima (FS.1.1), koji mogu biti unutrašnji transferi na istom nivou vlasti ili transfer između centralne i lokalne vlade. Uključuje: budžet nacionalnih zdravstvenih službi; sredstva alocirana modelima finansiranja zdravstvene zaštite centralne vlade u zemljama sa socijalnim osiguranjem.

Ova stavka uključuje grantove primljene od druge domaće vladine jedinice.

- *Uključuje:* grantove centralne vlade prema finansijskim modelima lokalnih vlada; prihode alocirane na posebne modele za državne službenike (vidjeti definiciju vladinih modela finansiranja u Poglavlju 7);
- *Isključuje:* doprinose za socijalno osiguranje koje plaća vlada kao poslodavac. (Ovo se obračunava pod FS.3.2).

FS.1.2 Transferi vlade u ime posebnih grupacija

Ova stavka se uglavnom odnosi na uplate socijalnog zdravstvenog osiguranja. U nekoliko zemalja, vlada plaća u ime nekih grupa stanovništva (na primjer, djece, starijih, određenih grupa nezaposlenih, itd.) i garantira osiguranje za ove grupe.

Vlada može ugovoriti dobrovoljno osiguranje koje pokriva jedan dio uplate za siromašne. U tom slučaju, iznosi dobrovoljnog osiguranja koje uplaćuje vlada također se obračunavaju u okviru ove kategorije.

- *Isključuje:* doprinose koje plaća vlada kao poslodavac.

FS.1.3 Subvencije

Ova stavka se odnosi na sredstva alocirana od strane vladinih dimaćih prihoda finansijskim modelima koje vode institucionalne jedinice koje nisu vladine jedinice ili NPISH. Ona uključuje subvencije za obavezne ili dobrovoljne modele zdravstvenog osiguranja (kojima upravljaju privatne osiguravajuće kompanije). Poreske olakšice koje se osiguravaju domaćinstvima koja ugovore privatno zdravstveno osiguranje mogu se obračunavati u okviru ove kategorije.

FS.1.4 Drugi transferi iz vladinih domaćih prihoda

Ova stavka uključuje vladine transfere finansijskim modelima NPISH-a. Ovi transferi su obično namijenjeni za pokrivanje troškova aktivnosti NPISH-a ili za osiguranje sredstava iz kojih NPISH može vršiti tekuće transfere domaćinstvima (npr. za tretman bolesne djece u inostranstvu). Ova kategorija također pokriva i nenovčane transfere.

FS.2 Transferi koje distribuira vlada iz stranih izvora

Transferi koji potiču iz inostranstva (bilateralna, multilateralna ili druge vrste stranih sredstava) koja se distribuiraju kroz vladu općenito evidentiraju se ovdje. Za finansijski model koji prima ova sredstva, davalac sredstava je vlada, ali sama sredstva su porijeklom strana. Porijeklo sredstava se samo može registrirati na nivou tranzakcije prihoda.

Tranzakcije koje uključuju prihode iz stranih entiteta i koje se kanališu preko vlade mogu uključivati:

- *Strani finansijski prihodi namijenjeni zdravstvu.* Ovi prihodi su obično grantovi međunarodnih agencija ili sredstva koja strane vlade doniraju vladi. Vlade mogu koristiti ove donacije za finansiranje vladinih ili NPISH modela zdravstvene zaštite, ili kao dobrovoljne transfere (donacije) stranih NVO-a ili pojedinaca vladi.
- *Nenamjenski strani prihodi.* Ovi prihodi su grantovi i dobrovoljni transferi (osim grantova) koje primi vlada bez detaljne specifikacije strane agencije za njihovo korištenje.

FS.3 Doprinosi za socijalno osiguranje

Doprinos za socijalno zdravstveno osiguranje jeste prihod ili od poslodavaca u ime njegovih uposlenika ili od uposlenika, osoba koje vrše samostalnu djelatnost ili nezaposlenih osoba u sopstveno ime čime osiguravaju pravo na beneficije socijalnog zdravstvenog osiguranja. Potkategorije doprinosa socijalnog osiguranja se klasificiraju po tipu institucionalnih jedinica koje uplaćuju doprinose za socijalno osiguranje u ime osiguranika.

Ova kategorija *isključuje* doprinose za socijalno osiguranje koje plaća vlada u ime određene grupe (evidentiraju se kao FS.1.2). Ona također isključuje “imputirane doprinose za zdravstveno osiguranje” (koji su pod FS.6).

FS.3.1 Doprinosi za socijalno osiguranje koje plaća uposlenik

Ova stavka pokriva doprinose za socijalno zdravstveno osiguranje koji se dobijaju od domaćinstava. U tehničkom smislu, doprinosi uposlenika se ili uplaćuju direktno od strane poslodavca ili se odbijaju od plata uposlenika i prenose u njihovo ime od strane poslodavca.

FS.3.2 Doprinosi za socijalno osiguranje koje plaća poslodavac

Ova stavka obuhvata doprinose za socijalno zdravstveno osiguranje koji se dobijaju od poslodavaca. Doprinosi poslodavaca se uplaćuju direktno od strane poslodavaca. Ovo obuhvata doprinose za osiguranje koje uplaćuje vlada *kao poslodavac, ako javni službenici učestvuju u općem modelu socijalnog zdravstvenog osiguranja* (ako nema posebnog modela za vladine uposlenike).

U makroekonomskom smislu, doprinosi i uposlenika i poslodavaca za socijalno osiguranje dio su naknada uposlenika. Međutim, za zdravu političku analizu, korisno je između njih praviti razliku.

FS.3.3 Doprinosi za socijalno osiguranje koje uplaćuje osoba koja vrši samostalnu djelatnost

Ova stavka pokriva doprinose za socijalno zdravstveno osiguranje koje uplaćuju osobe koje vrše samostalnu djelatnost.

FS.3.4 Drugi doprinosi za socijalno osiguranje

Ova stavka se odnosi ne prihode modela socijalnog zdravstvenog osiguranja (HF.2) koji nisu klasificirani kao FS.1.2 i FS.3.1 do 3.3. Ona obuhvata, na primjer, doprinose za zdravstveno osiguranje koje plaćaju fondovi penzijskog osiguranja u ime svojih penzionera.

FS.4 Obavezna pretplata (koja nije FS.3)

Ova stavka obuhvata premije obaveznog privatnog osiguranja i uplate za obavezne MSA. Premije obaveznog privatnog osiguranja su uplate koje se primaju od osiguranika ili drugih institucionalnih jedinica u ime osiguranika, a koje odobrava vlada, kojima se osiguravaju prava na beneficije obaveznog modela zdravstvenog osiguranja. U okviru obaveznog privatnog zdravstvenog osiguranja, svi rezidenti (ili definirane grupe rezidenata) obavezni su da otvore policu zdravstvenog osiguranja. Zakonom se također mogu definirati pravila za premije osiguranja, na primjer, da bi se obavezale osiguravajuće kompanije da primjenjuju iznose utvrđene za cijelu zajednicu.

Potkategorije obavezne pretplate (osim FS.3) se klasificiraju po tipu institucionalne jedinice koja uplaćuje sredstva, kako slijedi:

- Obavezna pretplata pojedinaca/domaćinstava (FS.4.1);
- Obavezna pretplata poslodavaca (FS.4.2);
- Ostali obavezni pretplaćeni prihodi (FS.4.3), na primjer, premije obaveznog privatnog osiguranja koje uplaćuju institucionalne jedinice osim domaćinstava i poslodavaca.

FS.5 Dobrovoljna pretplata

Ova stavka obuhvata premije dobrovoljnog privatnog osiguranja. Premije dobrovoljnog osiguranja su uplate koje vrši osiguranik ili druga institucionalna jedinica u ime osiguranika kojom se osigurava pravo na beneficiju iz modela dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Potkategorije dobrovoljne pretplate se klasificiraju po tipu institucionalne jedinice koja vrši uplatu, kako slijedi:

- Dobrovoljna pretplata pojedinaca/domaćinstava (FS.5.1);
- Dobrovoljna pretplata poslodavaca (FS.5.2);
- Ostali dobrovoljno pretplaćeni prihodi (FS.5.3).

Postoji niz tipova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u raznim zemljama. Prema tome, pravila za utvrđivanje premija također se razlikuju. Osnovni tipovi su: pojedinačne premije utvrđene prema riziku; premije utvrđene za određenu grupu; premije utvrđene za zajednicu. Državama bi bilo korisno da za svoje nacionalne zdravstvene račune definiraju potkategorije premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prema ovim tipovima.

FS.6 Ostali domaći prihodi (neraspoređeno)

Ova kategorija uključuje domaće prihode finansijskih modela koji nisu uključeni u FS.1 do FS.5. Potkategorije se definiraju prema institucionalnim jedinicama koje osiguravaju dobrovoljne transfere:

- Ostali prihodi od domaćinstava (neraspoređeno) (FS.6.1);
- Ostali prihodi od korporacija (neraspoređeno)(FS.6.2);
- Ostali prihodi od neprofitnih institucija (neraspoređeno)(FS.6.3).

FS.6.1 Ostali prihodi od domaćinstava (neraspoređeno)

Ova kategorija obuhvata izvore direktnih plaćanja iz džepa domaćinstava, kao i sve dobrovoljne transfere od domaćinstava za zdravstvene finansijske modele, koji nisu klasificirani pod FS.5, na primjer, donacije za NPISH zdravstvene modele.

FS.6.2 Ostali prihodi od korporacija (neraspoređeno)

Ova kategorija obuhvata resurse korporacija koji su namijenjeni u zdravstvene svrhe, osim onih koji su uključeni u FS.3 do FS.5. Ova kategorija je glavni izvor finansiranja za modele finansiranja od strane preduzeća (HF.2.3). Programi finansiranja od strane preduzeća primarno uključuju aranžmane u kojima preduzeća pružaju ili direktno finansiraju usluge zdravstvene zaštite za uposlenike (kao što su usluge u oblasti medicine rada), bez uključenosti modela osiguranja.

SNA koristi termin “imputirani socijalni doprinosi” za socijalne beneficije koje se pružaju direktno od strane poslodavaca bez stvaranja posebnog fonda. Ovi prihodi se obračunavaju u ovoj kategoriji FS.

Ova kategorija uključuje dobrovoljne donacije korporacija. Specijalan primjer je sljedeći. Neki davaoci usluga zdravstvene zaštite (npr. bolnice) mogu zarađivati novac (kamata) čuvanjem sredstava u bankama. Davaoci usluga zdravstvene zaštite mogu trošiti ovaj višak prihoda na pružanje zdravstvene zaštite. U tom slučaju, finansijski model je: HF.2.3.2 Finansijski modeli davalaca usluga zdravstvene zaštite (što je potkategorija Modela finansiranja od strane preduzeća); prihodovna kategorija je: FS.6.2 Ostali prihodi od korporacija.

Slično tome, privatne osiguravajuće korporacije mogu koristiti prihod od kamata za aktivnosti koje se odnose na zdravstveno osiguranje. Ovi prihodi moraju biti uključeni kao prihod za zdravstvenu zaštitu samo kada se koriste za finansiranje usluga zdravstvene zaštite (uključujući administraciju zdravstvenog osiguranja). SHA ne razlikuje eksplicitno finansirane i nefinansirane sisteme, jer finansirane sisteme mogu da karakteriziraju razne vrste modela, uključujući socijalno osiguranje.

FS.7 Direktni strani transferi

Glavni načini na koji se mogu vršiti tranzakcije sa prihodima dobijenih direktno od stranih entiteta (putem transfera) su:

- Direktni strani finansijski prihodi namijenjeni za zdravstvo. Ovi prihodi su obično grantovi međunarodnih agencija ili stranih vlada, ili dobrovoljni transferi (donacije) stranih NVO-ova ili pojedinaca koji daju direktan doprinos finansiranju domaćih modela zdravstvenog osiguranja;
- Direktna strana nenovčana pomoć (zdravstvene robe i usluge).

Tekući novčani i nenovčani transferi za međunarodnu saradnju uključuju hitnu pomoć nakon prirodnih katastrofa. Ovo treba razlikovati od kapitalnih transfera slične vrste, koji bi spadali u akumulaciju kapitala.

Definirane su dvije potkategorije direktnih stranih prihoda:

- Finansijski transferi ili nenovčana strana pomoć (robe i usluge);
- Bilateralni, multilateralni ili drugi transferi.

Potkategorije stranih prihoda su: direktni bilateralni finansijski transferi, direktni multilateralni finansijski transferi, ostali direktni strani finansijski transferi; direktna bilateralna pomoć u robama, direktna multilateralna pomoć u robama, ostala direktna strana pomoć u robama; i direktna strana pomoć u uslugama (uključujući i TA).

Napomena: Ako donacije ili vrste pomoći iz stranog izvora budu kanalisane kroz vladu ili vladine agencije, ovi tokovi se evidentiraju kao FS.2, a ne kao FS.7. FS.7 je ograničen na direktne strane doprinose koje se uplaćuju u razne modele. [Direktni (namjenski) strani transferi u vladine finansijske modele zdravstvenog osiguranja se također evidentiraju kao FS.7]

Memorandumske stavke

FS.RI.1 Institucionalne jedinice koje osiguravaju prihode za finansijske modele. Ova grupa izvještajnih stavki se sastoji od institucionalnih jedinica koje osiguravaju prihode za finansijske modele. Postoji pet kategorija: vlada; korporacije; domaćinstva; NPISH; inostranstvo. Ove kategorije omogućavaju procjenu i analizu tranzakcija za prikupljanje prihoda iz perspektive institucionalnih jedinica ekonomije iz koje finansijski modeli zdravstvene zaštite ostvaruju prihode.

Ovu ulogu (davaoca prihoda) institucionalnih jedinica treba razlikovati od uloge institucionalnih jedinica kao agencija koje jednostavno prikupljaju sredstva kao što su porezni organi.

FS.RI.2 Ukupni strani prihodi. Ukupni strani prihodi su zbir FS.2 i FS.7.

FSR.1 Tretman zajmova

Po definiciji, zajmovi su promjene u aktivi ili pasivi (to jeste, zajmovi se ne računaju u prihode). Zajmovi se općenito uzimaju za pokrivanje troškova iz državnog budžeta koji nisu balansirani domaćim prihodima. Postoje također i specifični zajmovi koji se odnose samo na sektor zdravstva, obično za investiranje u sektor zdravstva. Predlaže se da se prezentira iznos zajmova “iskorištenih” u određenom računovodstvenom periodu kao memorandumske stavke. (Ovaj iznos očito može biti različit od zajmova “uzetih” u istom periodu). Za neke zemlje sa nižim nivoom prihoda može biti važno da pokažu ulogu stranih zajmova u finansiranju zdravstvenog sistema. U tim slučajevima, predlaže se da se primjeni “Izvještaj o radu vlade” prezentiran u Priručniku za finansijsku statistiku o radu vlade (GFSM) za zdravstveni sektor.

Sektoralni računi osiguravaju moguće instrumente za obračun deficita ili suficita modela zdravstvenog osiguranja (i finansijskih agenata) i zajmova ili drugih finansijskih instrumenata koji se koriste za balansiranje deficita. Sektoralni računi pokazuju kako su deficiti ili neto zaduživanje pokriveni neto zajmovima koje daju drugi sektori ekonomije ili dolaze izvan granica zemlje. Deficiti i suficiti kod institucionalnih jedinica istog sektora se konsolidiraju.

I domaćinstva mogu uzeti zajmove za plaćanje zdravstvene zaštite. Međutim, ovo se zanemaruje i ne uključuje se u memorandumske stavke, jer njihova procjena se ne čini ostvarivom.

Vrednovanje nenovčane pomoći i tehničke pomoći

Prema GFSM-u, nenovčane grantove treba vrednovati po tekućim tržišnim cijenama. Ako tržišne cijene nisu dostupne, onda vrijednost treba da budu eksplicitni troškovi koji su načinjeni u osiguranju resursa ili iznosi koji bi bili primljeni kad bi se resursi prodali. U nekim slučajevima, donator i prilamac mogu gledati na vrijednost sasvim različito. SHA 2011 odstupa od GFSM-a i bilježi vrijednost koju primjenjuju primatelji kao zdravstvene izdatke. U tim slučajevima, vrednovanje sa stanovišta donatora je, međutim, uključeno kao memorandumska stavka (FSR.2).

Poglavlje 8 SHA 2011 sadrži dalja objašnjenja, neka dodatna računovodstvena sredstva koja se tiču prihoda finansijskih modela koji se odnose na vladu i domaćinstva, zajedno sa diskusijom o konceptualnim pitanjima i primjerima.

POGLAVLJE 9. KLASIFIKACIJA FAKTORA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (ICHA-FP)

Uvod

Informacije o tome koliko davaoci usluga zdravstvene zaštite troše na inpute koji su potrebni za nabavku roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite (faktori nabavke) može imati mnoge upotrebe u cilju utvrđivanja politike. Ovo poglavlje sadrži klasifikaciju faktora zdravstvene zaštite (ICHA-FP).

Očekuje se da ukupna distribucija izdataka po faktorima pružanja zdravstvene zaštite bude jednaka tekućim izdacima za zdravstvo. Iz operativnih razloga, uvezene usluge nisu razvrstane po faktorima, ali bi se inputi koji se koriste za izvezene usluge trebali isključiti što je više moguće.

U smislu izvora podataka, većina vladinih izvještaja uključuje revizijske vrijednosti sa pristupom “linijskih stavki” koji se često sreće kod vladinih sektora zdravstvenog sistema. Klasifikacija faktora je također dio drugih javnih izvještajnih sistema, i to je standardno sredstvo analize za vladinu finansijsku statistiku na međunarodnom nivou. Za privatne davaoce usluga, preduzeća također imaju izvjesne obaveze da izvještavaju o troškovima za interne računovodstvene svrhe. Klasifikacija po faktorima pružanja usluga je također potrebna za izvještaje poreznim organima (npr. u slučaju PDV-a i poreza na dohodak). Prema tome, da bi se razvili sveobuhvatniji računi zdravstvene zaštite neke zemlje mogu razmotriti i implementaciju FP-a.

Osnovni koncept

Opseg klasifikacije po faktorima

Faktori pružanja zaštite definirani su u okviru SHA kao vrednovani inputi koji se koriste u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Granice zdravstvene zaštite (kako su postavljene u Poglavlju 4) utvrđuju granice pružanja usluga zdravstvene zaštite i implicitno i faktore za pružanje zaštite po davaocu usluga. Pružanje usluga obuhvata mješavinu faktora proizvodnje – radna snaga, kapital i materijali i vanjske usluge – za osiguranje roba i usluga za zdravstvenu zaštitu.

Da bi mogli funkcionirati, davaoci usluga također moraju pokriti i druge troškove na inpute, kao što je plaćanje poreza (npr. PDV). Prema tome, faktori pružanja zdravstvene zaštite odnose se na ukupnu vrijednost resursa, u gotovini ili u naturi, koja se koriste za osiguranje roba i usluga u oblasti zdravstvene zaštite, i jednaki su iznosu koji se plaća davaocima usluga zdravstvene zaštite po finansijskim modelima za robe i usluge u oblasti zdravstvene zaštite potrošene u obračunskom periodu. Potrošnja za kapital koji će se koristiti u nabavci u budućim periodima treba da bude odvojena od korištenja resursa za tekuće osiguranje zdravstvene zaštite, kao i u drugim ICHA klasifikacijama.

Tabela 9.1 Klasifikacija faktora u pružanju zdravstvene zaštite

Kod	Opis
FP.1	Naknade uposlenicima
FP.1.1	Plate
FP.1.2	Socijalni doprinosi
FP.1.3	Svi drugi troškovi koji se odnose na uposlenike
FP.2.	Nagrađivanje profesionalnog samouposlenika
FP.3	Maerijali i usluge koji su korišteni
FP.3.1	Usluge zdravstvene zaštite
FP.3.2	Robe za zdravstvenu zaštitu
FP.3.2.1	Farmaceutski proizvodi
FP.3.2.2	Druga roba za zdravstvenu zaštitu
FP.3.3	Usluge koje nisu zdravstvene prirode
FP.3.4	Robe koje nisu za zdravstvenu zaštitu
FP.4	Potrošnja fiksnog kapitala
FP.5	Druge stavke potrošnje i inputa
FP.5.1	Porezi
FP.5.2	Druge stavke potrošnje

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Obrazloženja za ICHA-FP klasifikaciju faktora pružanja zdravstvene zaštite

FP.1 Naknade uposlenicima

Naknade uposlenicima se odnose na ukupno nagrađivanje, novčano ili nenovčano, koje isplaćuje preduzeće uposleniku u zamjenu za rad koji obavljaju u računovodstvenom periodu. One obuhvataju plate i sve oblike socijalnih beneficija, plaćanje za prekovremeni rad ili rad noću, bonuse, naknade, kao i vrijednost nenovćanih isplata kao što je nabavka uniformi za medicinsko osoblje.

Naknade uposlenicima sadrže ukupno nagrađivanje svih osoba koje zapošljava davalac usluga bez obzira na to da li su oni profesionalni zdravstveni radnici ili ne.

Važno je napomenuti da se sve ugovorene usluge, kao što su čišćenje i restoranske usluge u bolnicama, smatraju kupovinom, i plate osoblja koje je uključeno u ove usluge ne treba evidentirati u okviru ove stavke.

Kada dioničari ili vlasnici također rade za korporaciju i primaju plaćenu naknadu za taj rad osim dividendi, dioničari se tretiraju kao uposlenici.

Studenti koji daju doprinos u radnoj snazi kao input u proces proizvodnje u preduzeću, na primjer, kao pripravnici na obuci, učenici koji se obučavaju za rad kao medicinske sestre/tehničari, bolnički stažisti, tretiraju se kao uposlenici, bez obzira da li primaju ikakvu novčanu nagradu za rad koji vrše pored obuke koju primaju kao nenovćanu naknadu.

FP.1.1 Plate uposlenika

Plate uposlenika uključuju nagrađivanje, i novčano i nenovčano, kao redovne intervalske isplate ili kao plaćanje po obavljenom poslu, prekovremeni rad, noćni rad, rad vikendom ili u

druge neradne sate, naknade za rad daleko od kuće ili u neprijatnim ili opasnim okolnostima, kao i naknade u vezi sa smještajem, putovanjem ili bolešću, ad hoc bonuse, provizije, poklone i robe i nenovčane usluge koje su potrebne za vršenje dužnosti ili kao jelo i piće, unifroma i prevoz. Isključuje se socijalno osiguranje koje plaća poslodavac. Socijalni doprinosi koji se plaćaju u ime uposlenika su stvarne ili imputirane uplate u socijalne modele da bi se osiguralo pravo na socijalne beneficije kao što je socijalno osiguranje.

FP.1.2 Socijalni doprinosi (vidjeti SNA 2009 7.56 za više detalja)

Socijalni doprinosi su uplate, stvarne ili imputirane, u modele socijalnog osiguranja u cilju sticanja prava na socijalne beneficije za uposlenike, uključujući penzije i druge penzijske beneficije. Uključene su uplate socijalnog osiguranja u ime uposlenika (kao i doprinosi za penzijsko osiguranje).

Budući da se socijalno doprinosi poslodavca uplaćuju u ime uposlenika, njihova vrijednost se evidentira kao jedna od komponenti naknade uposlenicima. Socijalni doprinosi se tako evidentiraju kao uplate uposlenika u obliku tekućih transfera u modele socijalnog osiguranja ili druge radno zasnovane modele socijalnog osiguranja.

FP.1.3 Svi ostali troškovi koji se odnose na uposlenike

U mnogim zemljama su uspostavljene i posebne stimulacione politike kako bi se osiguralo vršenje usluga od strane zdravstvenih radnika u teškim uslovima. Ovi uslovi mogu varirati sa socijalnim situacijama, geografskim uslovima, uslovima postojanja bolesti, kao što su prenosive bolesti poput HIV/AIDS, i sa ekstremnim vremenskim uslovima, niskim platama, itd. Posebne stimulativne mjere u novčanom smislu i u naturi mogu se evidentirati ovdje.

Ovdje treba evidentirati i posebne pogodnosti kao što je osiguranje automobila uposlenicima, ili osiguranje beneficija tako da uposlenici mogu dobiti automobil sa velikim popustom.

FP.2 Nagrađivanje profesionalnih radnika koji vrše samostalnu djelatnost⁴

Klasa FP.2 je namijenjena da se koristi za nezavisne profesionalne radnike koji vrše samostalnu djelatnost u oblasti zdravstvene zaštite. Ova klasa se odnosi na nagrađivanje u vršenju samostalne profesionalne zdravstvene prakse, na prihode profesionalaca koji vrše samostalnu djelatnost a koji ne primaju platu i na komplementarni ili dodatni dohodak koji se generira putem samostalne prakse zdravstvenog osoblja koje prima platu, što je čest slučaj u sistemima zdravstva većine država. Uprkos frekvenciji, relevantnosti i važnosti rada koji obavljaju kvalificirani nezavisni praktičari u zdravstvenoj zaštiti, puni mjerni standardi nisu predloženi i postignuti u mnogim vodičima. Mjerenju se pristupilo putem anketa i putem evidencija od strane davalaca usluga, uglavnom koje se odnose na SNA. U stvari, ova vrsta prihoda se može naći kod svih ureda praktičara i kvazikorporacija.

Prihod profesionalnih radnika u zdravstvu koji vrše samostalnu djelatnost i koji ne primaju platu jeste nagrada koju dobiju za rad minus ostali troškovi njihovog rada.

U slučaju da se domaćinstvo tretira kao kvazikorporacija i ima kompletan set računa, prihodovna komponenta vlasnika može se odvojiti od profita koji je ostvaren kao poduzetnik i

⁴ Nagrađivanje profesionalnog samouposlenika je stavka koja obuhvata više od proste cijene vršenja samostalne djelatnosti. Vrlo je teško odvojiti platu samouposlenika od profita. Profit je obično uključen u ovu "troškovnu" stavku.

klasificira se kao naknada uposlenika. Preostali iznos (ukupna zarada minus ukupni troškovi) se u ovom slučaju tretira kao bruto operativni višak, kao što bi bio u slučaju korporacija.

Nabavke zaliha (FP.3) i kapitalnu potrošnju (FP.4) ne bi trebalo uključivati, kao ni cijenu kapitala (finansijskog i nefinansijskog). Cijena finansijskog kapitala se evidentira pod stavku FP.5.2: ostale stavke potrošnje na inpute.

FP.3 Iskorišteni materijali i usluge

Ova kategorija se sastoji od ukupne vrijednosti roba i usluga koje su iskorištenje za pružanje usluga i roba u okviru zdravstvene zaštite (koje nisu proizvedeni interno) kupljene od drugih snabdijevača i drugih grana industrije. Svi materijali i usluge trebaju biti u potpunosti potrošeni u toku perioda proizvodne aktivnosti.

Materijali se odnose na sve inpute unutar zdravstvene zaštite i van nje koji su potrebni za vršenje višestrukih proizvodnih aktivnosti u zdravstvenom sistemu. Oni se kreću od krajnje specifičnih, kao što su farmaceutski proizvodi i inputi za klinička laboratorijska ispitivanja, do onih sa univerzalnijom svrhom, kao što su olovke i papir. Materijali čije se stanje pogoršalo, koji su izgubljeni, slučajno uništeni ili ukradeni su uključeni. Materijali koji su korišteni u toku više od jednog proizvodnog perioda klasificiraju se kao kapital (oprema i slično) i tako se isključuju iz ove klasifikacije. Materijali su obično jeftiniji od kapitalnih dobara kao što su mašine i oprema.

Korištene usluge odnose se na kupovinu usluga koje proizvodi drugi agent. Potrošene usluge se obično odnose na opće usluge koje se pružaju u okviru ostalih djelatnosti osim zdravstva, kao što je sigurnost, i plaćanje zakupa za zgrade i opremu kao i njihovo održavanje i čišćenje. Ove usluge također mogu obuhvatati usluge zdravstvene zaštite kao što je rad laboratorije, snimanje i prevoz pacijenta.

Iz perspektive utvrđivanja politike, jedna od najvažnijih vrsta materijala su farmaceutski proizvodi, za koje je uspostavljena posebna potkategorija.

FP.3.1 Usluge zdravstvene zaštite

Jedan od razloga zašto je pružanje usluga zdravstvene zaštite tako kompleksno jeste da ono može da se odnosi na značajan iznos podugovaranja usluga zdravstvene zaštite, kao što su dijagnostičke i monitoring usluge poput snimanja i laboratorijske usluge, ili direktno pružanje zdravstvene zaštite od strane specijaliziranog osoblja, kao što je rehabilitacija, dugoročna njega (zdravstvena), dijaliza i neke terapije za liječenje raka.

Ova klasa obuhvata usluge zdravstvene zaštite koje plaća davalac usluga kao nadopuna paketa usluga koje nudi taj davalac usluga i mogu se nuditi u okviru iste ili zasebne jedinice.

FP.3.2.1 Izdaci za farmaceutske proizvode;

FP.3.2.2 Izdaci za druge robe u oblasti zdravstvene zaštite

Ove stavke se razlikuju od odgovarajućih stavki u funkcionalnoj klasifikaciji, u tome što pokazuju medicinske robe potrošenih nezavisno (HC.51 u SHA 1.0 i SHA 2011) i za bolničku potrošnju, a koje nisu posebno opisane ali su sadržane u pružanju usluga (isto je moguće kod usluga dnevne njege i kod vanbolničke njege). U klasifikaciji po faktorima pružanja zaštite, očekuje se da ova stavka pokrije ukupni iznos lijekova i drugih medicinskih roba, bez obzira na

način pružanja. Prema tome, usluge koje se pružaju bolničkim pacijentima koji koriste medikamente, proteze, medicinske naprave i opremu i druge zdravstveno orijentirane proizvode također treba navesti ovdje.

Donacije materijala i zaliha treba tretirati tako da odražavaju tržišne vrijednosti, tako da evidentirani iznosi treba da budu po tržišnim cijenama i neto iznos subvencija minus indirektni porezi. Kada donacija materijala ili zaliha nema tržišnu cijenu jer ne postoji na lokalnom tržištu, cijena koja se koristi je cijena koju plaća entitet koji je ponudio donaciju.

- *Uključuje:* sve lijekove i farmaceutske proizvode kao što su vakcine i serumi i druge potrošne robe, kao što je vata, zavoji za rane i sredstva koja se koriste isključivo ili uglavnom za rad, na primjer, odjeća ili obuća koja se nosi isključivo ili uglavnom na poslu (kao što je zaštitna odjeća i uniforme).
- *Isključuje:* robe koje se nabavljaju za povećanje zaliha ne treba uključivati, kao što su lijekovi koji se skladište za buduću upotrebu. Isključuju se također i oprema i sredstva koja će se koristiti više puta, a koja su dio kapitala.

FP.3.3 Usluge koje se ne odnose na zdravstvenu zaštitu i FP.3.4 Robe koje se ne odnose na zdravstvenu zaštitu

Ove klase obuhvataju opće robe i usluge koje se koriste za proizvodnju zdravstvene zaštite ali koje nisu specifično zdravstvene prirode.

Primjeri roba koje nisu za zdravstvenu zaštitu su uredske potrepštine; zalihe za bolničku kuhinju (ako nisu usluge ugovorene izvan bolnice), transport (npr. gorivo i sredstva za upravljanje vozilima) ili električna energija, voda i slično.

Usluge koje se ne odnose na zdravstvenu zaštitu kao što su usluge za infrastrukturu također su potrebne (npr. održavanje zgrada i opreme). Tipično, sve usluge koje su kupljene, kao što je obuka osoblja, operativno istraživanje, transport, smještaj, jelo i piće i plaćanje zakupa opreme i zgrada, uključeni su ovdje. Usluge koje se koriste kao naknada za uposlenike je isključena.

Održavanje je jedna od usluga koje su često od interesa. Razlika između održavanja i popravke i bruto akumulacije fiksnog kapitala (vidjeti Poglavlje 11) nije jasno postavljena. Redovno održavanje i popravke, uključujući zamjenu pokvrenih dijelova, tipične su aktivnosti koje se odvijaju unutar institucije, ali takve usluge se također mogu kupiti i od drugih preduzeća. Bez obzira da li se ove usluge održavanja i popravke pružale unutar institucije ili se kupovale od drugih preduzeća, njih treba obuhvatiti kao troškovne faktore. Međutim, procjena u oba slučaja je različita, zavisno od načina na koji se vrše naplate:

- Održavanje unutar institucije omogućava poseban račun za ljudske resurse (u okviru FP.1) i sve korištene materijale (npr. FP.3.4);
- Održavanje naručeno izvana obično dobija puni račun, uključujući oba faktora.

Praktični problem je razlikovati uobičajeno održavanje i popravke od velikih renoviranja, rekonstrukcija ili proširenja koje značajno nadilaze ono što je potrebno samo za održavanje fiksnih sredstava ispravnim. Velika renoviranja, rekonstrukcije ili proširenja postojećih fiksnih sredstava koja mogu povećati njihovu efikasnost ili kapacitete ili produžiti očekivani životni

vijek, tretiraju se kao bruto akumulacija fisknog kapitala, jer dodaju vrijednost fiksnim sredstvima koja postoje.

FP.4 Potrošnja fiksnog kapitala

Potrošnja fiksnog kapitala je trošak proizvodnje. Može se definirati generalno kao cijena, u računovodstvenom periodu, opadanja tekuće vrijednosti proizvođačeve zalihe fiksnih sredstava kao rezultat fizičkog pogoršanja, predviđenog zastarijevanja ili normalne ili slučajne štete. Isključuje gubitke u vezi sa štetom uzrokovanom ratom ili prirodnim nepogodama (vidjeti SNA 2008, 6.244). U računovodstvu, potrošnja fiksnog kapitala je ekonomska konstrukcija koju treba razlikovati od amortizacije, što je pravna konstrukcija. U mnogo slučajeva, ove dvije konstrukcije vode ka različitim rezultatima. Potrošnja fiksnog kapitala treba odražavati inherentno korištenje kapitala kao faktora proizvodnje u vrijeme kada se proizvodnja odvija. Za više detalja, vidjeti Poglavlje 11 “Akumulacija kapitala u zdravstvenim sistemima”.

Uključene su procjene o korištenju zgrada, opreme i drugih kapitalnih roba kao što su vozila. Isključene su zakupnine koje se plaćaju na korištenje opreme ili zgrada, i naknade, provizije, autorske naknade, itd. koje se plaćaju u okviru licencnih aranžmana. Oni se uključuju kao kupovina usluga.

FP.5 Ostale stavke potrošnje na inpute

Ova stavka obuhvata sve finansijske troškove, kao što je plaćanje kamata na zajmove, poreze i tako dalje.

FP.5.1 Porezi

Prema definiciji SNA, porezi su obavezne, neregipročne uplate, novčane ili nenovčane, koje vrše ekonomski agenti prema vladinim jedinicama. Oni se opisuju kao neregipročne jer vlada ne daje ništa za uzvrat ekonomskom agentu koji vrši uplatu, iako vlada može upotrijebiti prikupljena sredstva u obliku poreza za pružanje usluga i osiguranje dobara drugim jedinicama, kolektivno prema zajednici kao cjelini ili individualno. Stavka FP.5.1: Porezi u obračunu troškova po faktorima obuhvataju poreze na proizvodnju i poreze na proizvode. Kako i samo ime navodi, porezi na proizvode se plaćaju po jedinici proizvoda. Porez može biti paušalan iznos u zavisnosti od fizičke količine proizvoda ili može biti procenat vrijednosti po kojoj se proizvod prodaje.

FP.5.2 Ostale stavke potrošnje

Ostale potrošačke stavke obuhvataju sve transakcije koje se odnose na stavke koje nisu klasificirane na drugim mjestima. Transakcije evidentirane ovdje obuhvataju, npr. imovinske troškove, kazne koje nameće vlada, kamatne stope i troškovi za korištenje zajma; premije i potraživanja u oblasti neživotnog osiguranja.

Kamate koje nastanu na zajmovima koje su uzeli različiti entiteti nisu zanemarive. Kamata se definira kao plaćanje dodatno na iznos glavnice koja je uzeta u zajam koja se mora isplatiti vjerovniku od strane dužnika u određenom vremenskom periodu i koja ne umanjuje iznos koji se duguje. Kamata može biti prethodno utvrđena suma novca ili procenat na glavicu koja se duguje. Kamata se dodaje na glavicu. Kada vladine jedinice plaćaju kamatu na dug u ime druge jedinice, kada je vlada koja se zadužuje primarni dužnik, kamata koja se plaća na postojeći dug

neke druge jedinice treba se evidentirati kao subvencija (kada je druga jedinica preduzeće) ili kao transfer (ako se radi o vladinoj jedinici).

Poglavlje 9 punog SHA 2011 priručnika sadrži dalja objašnjenja i razmatra unakrsnu klasifikaciju faktorskih troškova i ekonomsku klasifikaciju troškova (iz GFSM-a).

POGLAVLJE 10. POTROŠNJA U ZDRAVSTVU PO KORISNIČKIM KARAKTERISTIKAMA

Uvod

Ova kategorija sadrži ilustrativan primjer kako se SHA podaci mogu koristiti u vezi sa drugim izvorima podataka da bi se dalje razvili zdravstveni računi, u ovom slučaju alokacija tekućih zdravstvenih izdataka za određene analize prema klasifikacijama korisničkih karakteristika, kao što su bolest, starosna dob, spolna pripadnost, region i ekonomski status. Preporučuje se da se analize izdataka prema korisničkim karakteristikama ograniče po obimu na tekuće zdravstvene troškove (HC.1-HC.9), uz opciju da se također analiziraju i prezentiraju posebno kapitalni izdaci po korisniku.

Klasifikacija korisnika

Uzimajući u obzir nedavna iskustva i u svjetlu postojeće potrebe za analizama po karakteristikama pacijenata u međunarodnom kontekstu, slijede osnovne vrste karakteristika koje mogu biti potrebne za standardni okvir korisničke klasifikacije: starosna dob i spol; vrsta bolesti ili stanja; socioekonomski status; i geografsko područje.

Određene zemlje mogu usvojiti i druge vrste klasifikacija zasnovane na njihovoj potrebi za informacijama i njihovim posebnim strateškim potrebama. Na primjer, neke zemlje mogu biti zainteresirane za poređenja izdataka za zdravstvo između osiguranih i neosiguranih populacija. Za svaku od četiri predložene grupacije, smjernice date niže u tekstu sadrže više detalja.

Starosna dob i spol

Izdaci po starosnoj dobi i spolu vjerovatno su najbolje uspostavljen oblik distributivnih i korisničkih izdataka. Ovakve analize zahtijevaju da se izdaci klasificiraju sa dovoljno detalja u starosnoj kategoriji tako da pokazuju značajne varijacije u potrošnji koje postoje i da dozvoljavaju adekvatno modeliranje uticaja budućih promjena u starosnoj strukturi.

Zbog značaja uticaja starenja i bolesti na suprotnim krajevima skale, sugerira se da se uključe nove klase za veoma mlade i starije populacije. Prema tome, pri izvještavanju o izdacima po starosnoj dobi i spolu na međunarodnom nivou, sugerira se da bi 5-godišnje grupe do 95 godina (s tim da je starosna grupa od 0 godina zasebna) omogućavale punu pokrivenost većine vrsta politički relevantnih grupa širom svijeta. Međutim, zemlje ili regioni očito imaju slobodu da spoje ove klase, ili da ih raščlane još detaljnije, kako je najrelevantnije za njihove politike ili kako najbolje odgovara podacima koji se ne odose na izdatke sa kojima se proizvedeni rezultati mogu koristiti. Ova klasifikacija je primarno za upotrebu u unutrašnjim poređenjima, ali zemlje ili grupe zemalja trebaju koristiti i druge klasifikacije koje odgovaraju posebnim potrebama te zemlje ili se dotiču pitanja ostvarivosti, ili trebaju omogućiti poređenje sa odgovarajućim zemljama, zavisno od slučaja.

Bolest

U proteklim godinama urađeno je dosta posla na procjenama izdataka po vrsti bolesti u okviru SHA okvira, kako na nacionalnom nivou tako i komparativnim analizama zemalja.

OECD smjernice za procjenu zdravstvenih računa po starosti, spolu i bolesti i iskustva zemalja sadrže osnovu iz koje treba razvijati standardnu klasifikaciju za analizu izdataka po bolesti.

U odsustvu jedinstvene standardne klasifikacije za prikupljanje podataka, dvije alternative se preporučuju: klasifikacija prema Globalnom opterećenju bolesti (GBD) (malo prilagođena) na visokom nivou agregacije podataka i Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-10) – osnovna poglavlja. Kategorizacija bolesti zasnovana na GBD sistemu klasifikacije smatra se najprimjerenijom za međunarodna poređenja izdataka po bolesti. Ipak, važno je ponoviti da GBD predstavlja agregatnu grupaciju ICD klasa, tako da se u potpunosti može mapirati na ICD klase.

U tabelama niže, dvije klasifikacije su prikazane: Tabela 10.1 prikazuje GBD grupacije na dva nivoa; Tabela 10.2 prikazuje ICD- 10 glavna poglavlja. Više informacija o klasifikacijama GBD-a može se naći u Aneksu F 2011.

Tabela 10.1. Klasifikacija kategorija bolesti/stanja prema Global Burden of Disease (GBD)

GBD kod	Uzrok	ICD-10 kod
GBD.1	Prenosive bolesti, materinstvo, perinatalna i nutricionla stanja	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64
GBD.1.1 ⁵	Infektivne i parazitske bolesti	A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73
GBD.1.2	Respiratorne infekcije	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
GBD.1.3	Materinstvo	O00-O99
GBD.1.4	Perinatalna stanja	P00-P96
GBD.1.5	Nutriciona stanja	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
GBD.1.9	Prenosive bolesti, materinstvo, perinatalno i nutricionno stanje	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (minus D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-
GBD.2	Neprenosive bolesti	

⁵ Infektivne i parazitske bolesti obuhvataju bolesti kao što su tuberkuloza, HIV/AIDS i malarija na trećem nivou klasifikacije, za koje su procjene o izdacima veoma politički relevantne u velikom broju zemalja.

		Q99
GBD.2.1	Maligne neoplazme	C00-C97
GBD.2.2	Druge neoplazme	D00-D48
GBD.2.3	Diabetes mellitus	E10-E14
GBD.2.4	Endokrilni poremećaji	D55-D64 (minus D64.9), D65-D89, E03-E07, E15- E16, E20-E34, E65-E88
GBD.2.5	Neuropsihijatrijski poremećaji	F01-F99, G06-G98
GBD.2.6	Poremećaji senzornih organa	H00-H61, H68-H93
GBD.2.7	Kardiovaskularne bolesti	I00-I99
GBD.2.8	Bolesti respiratornog trakta	J30-J98
GBD.2.9	Bolesti probavnog trakta	K20- K92
GBD.2.10	Bolesti urogenitalnog sistema	N00-N64, N75-N98
GBD.2.11	Oboljenja kože	L00-L98
GBD.2.12	Bolesti muskuloskeletnog sistema	M00-M99
GBD.2.13	Kongenitalne anomalije	Q00-Q99
GBD.2.14	Bolesti usne šupljine	K00-K14
GBD2.99	Sva druga stanja neprenosivih bolesti	
GBD.3	Povrede	V01-Y89
GBD.3.1	Nenamjerne	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
GBD.3.2	Namjerne	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
GBD.3.9	Sve druge povrede	
GBD.nsk.	Nespecificirani abnormalni klinički i laboratorijski nalazi i druga loše definirana stanja i kontakti sa zdravstvenim službama; faktori koji utiču na zdravstveni status i kontakti sa zdravstvenim službama.	R00-R99, Z00-Z99
Izvještajne stavke		
GBD.RI.1	Povrede glave	S00-S09
GBD.RI.2	Povrede vrata	S10-S19
GBD.RI.3	Povrede grudnog koša, povrede abdomena, donjeg dijela leđa, lumbalne kičme i karlice	S20-S39
GBD.RI.4	Povrede ramena i nadlaktice, povrede laktova i podlaktice, povrede zgloba i šake	S40-S69
GBD.RI.5	Povrede kuka i bedra, povrede koljena i potkoljenice, povrede članka i stopala	S70-S99
GBD.RI.6	Povrede koje se odnose na višestruke regije na tijelu, povrede nespecificiranih dijelova trupa,	T00-T14

udova i regija na tijelu

Izvor: Global Burden of Disease 2008, studija u izradi

Tabela 10.2. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema (ICD-10)10. revizija

ICD Poglavlje	Blokovi	Opis
I	A00-B99	Određene infektivne i parazitske bolesti
II	C00-D48	Neoplasme
III	D50-D89	Bolesti krvi i krvotvornih organa i određeni poremećaji koji se odnose na imuni sistem
IV	E00-E90	Endokrilne, nutricionne i metaboličke bolesti
V	F00-F99	Mentalni i bihevioristički poremećaji
VI	G00-G99	Bolesti nervnog sistema
VII	H00-H59	Bolesti oka i adnexa
VIII	H60-H95	Bolesti uha i mastoidni proces
IX	I00-I99	Bolesti krvotoka
X	J00-J99	Bolesti respiratornog sistema
XI	K00-K93	Bolesti probavnog sistema
XII	L00-L99	Boleseti kože i potkožnog tkiva
XIII	M00-M99	Bolesti muskuloskeletalnog sistema i vezivnog tkiva
XIV	N00-N99	Bolesti urogenitalnog sistema
XV	000-099	Trudnoća, porođaj i puerperium
XVI	P00-P96	Određena stanja koja potiču iz perinatalnog perioda
XVII	Q00-Q99	Kongenitalne malformacije, deformacije i kromozomne abnormalnosti
XVIII	R00-R99	Simptomi, znaci i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi, koji nisu klasificirani na drugom mjestu
XIX	S00-T98	Povrede, otrovne i određene druge posljedice vanjskih uzroka
XX	V01-Y98	Vanjski uzroci morbiditeta i mortaliteta
XXI	Z00-Z99	Faktori koji utiču na zdravstveni status i kontakte sa zdravstvenim službama
XXII	U00-U99	Kodovi za specijalne svrhe

Izvor: WHO (2004).

Dodatna kategorija bi se trebala uvesti u GBD da bi se obuhvatili i izdaci koji se odnose na *nespecifične abnormalne kliničke i laboratorijske nalaze, simptome, znake i loše definirane uslove i kontakte sa zdravstvenim službama; faktore koji utiču na zdravstveni status i kontakte sa zdravstvenim službama* (GBD.nsk). Također treba razmotriti i klasifikaciju povreda.

Ko-morbiditet

Generalno postoji sporazum oko toga da standardni pristup treba da klasificira izdatke prema primarnoj dijagnozi, osim u onim slučajevima gdje se primarna dijagnoza ne može razlikovati od drugih dijagnoza u raspoloživim podacima, u kojem slučaju izdatke treba proporcionalno rasporediti jednako na sve relevantne uslove.

Socioekonomski status

Zdravstveni ishodi variraju u svim zemljama po nivou socioekonomskog statusa pojedinaca, i takvi dispariteti su jedna od većih strateških bojazni i u zemljama i na globalnom planu. WHO-ova Komisija o socijalnim determinantama zdravlja (WHO, 2008a) pozvala je sve vlade da rutinski mjere takve disparitete.

U kontekstu proširenja SHA okvira za analizu distribucije potrošnje po socioekonomskom statusu, poželjan je pristup unutar kojeg se izdaci direktno raspoređuju po različitim populacijskim grupama i prezentiraju se u tabelarnom obliku. Da bi se to desilo, korisnici treba da budu rangirani i grupirani prema njihovom relativnom socioekonomskom statusu.

Uzimajući u obzir iskustvo stečeno u prošlim studijama i njihove relativne konceptualne vrijednosti, kao i često izražene potrebe donosilaca odluka, preporučuje se, u međunarodnom izvještavju o distribuciji izdataka po socioekonomskom statusu, da korisnici budu klasificirani prema kvantilima njihovog relativnog socioekonomskog nivoa, kako je predstavljeno nivoima životnog standarda.

Preferirana opcija koja se koristi kao instrument za klasifikaciju osobnog socioekonomskog statusa je potrošnja, nakon čega slijede izdaci, prihodi i konačno index bogatstva. Međutim, u svjetlu poteškoća u procjeni *osobne* potrošnje, podatke o potrošnji i prihodima, umjesto toga koriste se grupacije po *domaćinstvima*.

Geografsko područje

WHO je izradio detaljne smjernice za procjenu distribucije izdataka po geografskom području (WHO, 2008b). U praksi, klasifikacija područja se mora uraditi zasebno u svakoj zemlji, uzimajući u obzir i potrebe za utvrđivanje politike i dostupnost podataka i ostvarivost. Shodno tome, nije ostvariva jedna standardna klasifikacija regiona.

Ipak, konstatirana su dva važna pitanja. Prvo pitanje se tiče osnove na kojoj se izdaci mogu pripisati pojedincu. Dvije alternative su na raspolaganju. Prva je pripisivanje izdataka regionima prema lokacijama gdje se pruža medicinska usluga, a druga je pripisivanje izdataka prema području prebivališta korisnika. Ove smjernice predlažu drugu alternativu zbog konsistentnosti sa sveukupnim granicama i principima zdravstvene zaštite (više informacija se može naći o prvoj varijanti u smjernicama WHO-a). Međutim, u praksi, izvori podataka koji se koriste za raspoređivanje izdataka često se odnose na to gdje su izdaci nastali. U tim situacijama, često je potrebno praviti kompromis i zauzeti pragmatičan pristup.

Drugo pitanje je tretman kolektivnih izdataka zdravstvene zaštite. Preporučuje se da sve takve studije u potpunosti analiziraju ove izdatke (HC.6-HC.7), raspoređujući ih jednako u okviru relevantnih geografskih populacija.

Poglavlje 10 punog SHA 2011 priručnika sadrži više informacija o potrebama u utvrđivanju politike, analitičkim pitanjima, indikatorima i mogućim metodološkim pristupima.

POGLAVLJE 11. AKUMULACIJA KAPITALA U ZDRAVSTVENIM SISTEMIMA

Uvod

Podaci o tome koliko zdravstveni sistem ulaže u infrastrukturu, mašineriju i opremu vrlo su relevantni za utvrđivanje politike i analizu. Iako su zdravstveni sistemi i dalje veoma radno intenzivan sektor, kapital je sve važniji kao faktor proizvodnje zdravstvenih usluga u proteklom decenijama. Ovo poglavlje prezentira definiranje kapitalnih agregata u zdravstvenim sistemima, identifikaciju njihovih granica i kriterije za procjenu. SHA 2011 Poglavlje 11 sadrži primjer kapitalnog računa za SHA. Istraživanje i razvoj u zdravstvu i obrazovanju i obuci zdravstvenog osoblja uključeni su kao memorandumske stavke za kapitalni račun.

Definicija bruto akumulacije kapitala u SHA

Agregatna “bruto⁶ akumulacija kapitala” se mjeri sumom tri komponente:

- Bruto akumulacija fiksnog kapitala (npr. bolničke zgrade ili vozila hitne pomoći);
- Promjene u inventaru (npr. vakcine koje se drže na zalihama); i
- Sticanje umanjeno za otuđenje vrijednosti (npr. umjetnička djela).

Bruto akumulacija fiksnog kapitala je generalno najrelevantnija komponenta. Ona se definira na sljedeći način:

Bruto akumulacija fiksnog kapitala

Bruto akumulacija fiksnog kapitala u zdravstvenom sistemu se mjeri ukupnom vrijednošću fiksnih sredstava koje su davaoci zdravstvenih usluga *pribavili* u računovodstvenom periodu (umanjeno za vrijednost otuđenih sredstava) i koja se koriste ponovljeno ili kontinuirano više od jedne godine u proizvodnji zdravstvenih usluga.

Sredstva se definiraju kao “zalihe vrijednosti” ili način za prenošenje vrijednosti iz jednog perioda u drugi. Držanjem ili korištenjem sredstava, vlasnik može steći beneficije. Fiksna sredstva su nastala kao rezultat procesa proizvodnje. Sredstva se mogu zvati “fiksni” samo ako se mogu koristiti ponovno ili kontinuirano u proizvodnji više od jedne godine. Dobra koja se mogu koristiti samo jednom (npr. ugalj), čak i ako je fizički veoma trajno dobro, ne smatraju se fiksnim dobrima. Primjeri fiksnih sredstava u zdravstvenom sektoru uključuju, između ostalog, bolničke zgrade, vozila hitne pomoći i aparate za medicinska snimanja.

Davaoci usluga zdravstvene zaštite, prema definiciji u Poglavlju 6, mogu sticati ili raspolagati fiksnim sredstvima kupovinom/prodajom ili razmjenom ili transferom u naturi. Napominjemo da je moguće da bruto akumulacija fiksnog kapitala bude i negativne. Do

6 Termin “bruto” znači da gubitak vrijednosti zbog korištenja ili zastarijevanja nije uzet u obzir. Može se doći do malo rafiniranije mjere koja se zove “neto” akumulacija kapitala ako oduzmemo vrijednost potrošnje kapitala od bruto akumulacije kapitala.

ovoga bi došlo kad bi vrijednost otuđenih sredstava bila veća od vrijednosti stečenih sredstava.

Granice

Vlasništvo

Vodeći princip za evidentiranje bruto akumulacije kapitala u zdravstvenih računima jeste pravno vlasništvo nad sredstvima od strane davalaca usluga zdravstvene zaštite. Samo sredstva koja su u pravnom vlasništvu davalaca usluga zdravstvene zaštite uključena su u akumulaciju kapitala.

SHA evidentira vrijednost stečenih sredstava, kao i onih koja su otuđena, od strane svih davalaca usluga zdravstvene zaštite osim davalaca usluga zdravstvene zaštite koji se klasificiraju u kategoriju izvan zemlje. Isključivanjem inostranstva izbjegava se evidentiranje istih sredstava u dvije zemlje. Posebna pažnja se treba posvetiti sredstvima koja su stečena od strane onih davalaca zdravstvenih usluga čija osnovna aktivnost nije pružanje zdravstvenih usluga. Sredstva koja se koriste ponovljeno ili kontinuirano za pružanje usluga zdravstvene zaštite trebaju biti uključena bez obzira na činjenicu da je pružanje usluga zdravstvene zaštite osnovna djelatnost vlasnika. Sredstva u vlasništvu davalaca usluga koje nisu zdravstvene ne obračunavaju se unutar SHA.

Vrijeme evidentiranja

Sticanje i raspolaganje fiksnim sredstvima se evidentira kada se vrši prenos vlasništva na davaoca usluga zdravstvene zaštite koji namjerava da ih koristi u proizvodnji (u slučaju sticanja) ili sa davaoca usluga zdravstvene zaštite koji ih je prethodno koristio u proizvodnji (u slučaju raspolaganja). Generalno, ovo nije isto kao vrijeme kada su fiksna sredstva proizvedena. Niti je to nužno vrijeme kada su sredstva stavljena u upotrebu u proizvodnji zdravstvenih dobara ili usluga.

Izuzeci

Izuzeci u pogledu vlasništva i promjene principa pravnog vlasništva su mogući u slučaju finansijskog lizinga ili kada izgradnja fiksnih sredstava traje dugačak vremenski period, kao što je često slučaj sa bolničkim zgradama (tipično nekoliko godina).

Okvir 11.1 Terminologija

Potrošnja fiksnog kapitala (CFC)

Sa protokom vremena kapitalna dobra progresivno gube svoju vrijednost. Razlog može biti ili fizičko korištenje ili zastarjelost. Razmotrimo, na primjer, lični kompjuter koji je kupljen u određenom vremenskom trenutku za EUR 1000: nakon tri godine njegova tržišna vrijednost bi bila znatno smanjena, a nakon pet godina postala bi skoro zanemariva. Gubitak vrijednosti kapitalnog dobra zbog redovnog korištenja ili zastarjelosti naziva se *potrošnja fiksnog kapitala* ili *potrošnja kapitala*. Potrošnja kapitala je *imputirani*, a ne stvarni trošak. Drugim riječima, to je negotovinski trošak. Potrošnja kapitala se dodaje svim ostalim proizvodnim troškovima da bi se

indirektno procijenila vrijednost netržišne proizvodnje. Indirektna mjera je aproksimacija koja je potrebna da se prevaziđe nedostatak ekonomski značajnih cijena za netržišni sektor.

Razlika između akumulacije kapitala i potrošnje fiksnog kapitala (CFC)

Akumulacija kapitala identificira vrijednost sredstava koja su stečena u računovodstvenom periodu (npr. nabavka novih bolničkih vozila ili izgradnja nove bolnice u tom periodu), dok se potrošnja fiksnog kapitala odnosi na gubitak vrijednosti (usljed normalne upotrebe ili zastarjelosti) ukupnih postojećih zaliha kapitala (što obuhvata ne samo novostečena sredstva, nego i ona koja su još uvijek na raspolaganju bez obzira na vrijeme kada su prvobitno nabavljena).

Razlika između bruto i neto akumulacije kapitala

Razrađena mjera količine vrijednosti koja je dodana postojećim kapitalnim rezervama u računovodstvenom periodu treba uzeti u obzir gubitak vrijednosti postojećih kapitalnih dobara koja je izgubljena zbog korištenja ili zastarjelosti. Takva razrađena mjera, zvana akumulacija neto kapitala, dobija se oduzimanjem vrijednosti potrošnje kapitala od bruto akumulacije kapitala.

Investicije

Iako je bruto akumulacija kapitala investicija, ne mogu se sve investicije klasificirati kao bruto akumulacija kapitala. Na primjer, kupovina finansijskog proizvoda je investicija, mada nije uključena u bruto akumulaciju kapitala.

Vrednovanje

Vrijednost raznih komponenti bruto akumulacije kapitala data je zbirom sticanja umanjenim za otuđivanje. Sticanje obuhvata ukupnu vrijednost nabavljenih fiksnih sredstava, stečenih putem razmjene ili primljenih kao kapitalni transferi u naturi uvećano za vrijednost fiksnih sredstava koje proizvodi davalac usluga zdravstvene zaštite i koji su zadržani za njihovu sopstvenu upotrebu (kao što je softver). Otudenje obuhvata vrijednost postojećih fiksnih sredstava koja su prodana ili predana unutar razmjene i kapitalne transfere u naturi. Vrijednost fiksnih sredstava kupljenih ili proizvedenih od strane davalaca usluga zdravstvene zaštite i zadržanih za sopstvenu upotrebu uključujući nova sredstva, postojeća sredstva, vrijednost poboljšanja sredstava i cijenu prenosa vlasništva u pogledu ovih sredstava. Otudenje uključuje sredstva koja mogu prestati da se koriste kao fiksna sredstva od strane novih vlasnika (npr. bolnica koja je prodana od strane lokalne vlade centralnoj vladi), sredstva koja su rashodovana ili uništena od strane novih vlasnika (npr. zastarjela bolnička vozila) i sredstva koja su izvezena.

Sredstva koja su stečena (ili su izvršena poboljšanja) vrednuju se po kupovnoj cijeni, što obuhvata sve transportne i instalacijske troškove kao i troškove prenosa vlasništva.

Vrste sredstava

Lista kategorija sredstava čija vrijednost se uključuje u agregatnu bruto akumulaciju fiksnog kapitala data je u tabeli 11.1. Klasifikacija vrsta sredstava je namijenjena primarno za identifikaciju kapitalnih dobara i usluga koje se evidentiraju.

HK.1.1.1	Infrastruktura
HK.1.1.1.1	Rezidencijalni i nerezidencijalni objekti
HK.1.1.1.2	Ostale strukture
HK.1.1.2	Mašinerija i oprema
HK.1.1.2.1	Medicinska oprema
HK.1.1.2.2	Transportna oprema
HK.1.1.2.3	ICT oprema
HK.1.1.2.4	Mašinerija i oprema (neraspoređeno)
HK.1.1.3	Intelektualno vlasništvo
HK.1.1.3.1	Kompjuterski softver i baze podataka
HK.1.1.3.2	Drugo intelektualno vlasništvo (neraspoređeno)

Tabela 11.1. Klasifikacija bruto akumulacije kapitala u zdravstvenim sistemima po vrsti sredstava
--

Izvor: IHAT za SHA 2011

HK.1.1.1 Infrastruktura

Infrastruktura u sistemu zdravstvene zaštite obuhvata dvije komponente: “rezidencijalne i nerezidencijalne zgrade” i “ostale strukture”.

HK.1.1.1.1 Rezidencijalne i nerezidencijalne zgrade

Rezidencijalne i nerezidencijalne zgrade stečene (umanjeno za one koje su otuđene) od strane davalaca usluga zdravstvene zaštite uključene su u ovu kategoriju. Primjeri obuhvataju objekte za sestrinsku i rezidentnu njegu, bolnička okruženja, ambulatne objekte, itd. Rezidencijalne i nerezidencijalne zgrade davalaca usluga zdravstvene zaštite obuhvaćene su potklasama: rezidencijalni objekti sa više stanova, komercijalni objekti i drugi nerezidencijalni objekti.

HK.1.1.1.2 Ostale strukture

Ostale strukture obuhvataju strukture koje nisu stečeni objekti (umanjeno za otuđene) od strane davalaca usluga zdravstvene zaštite, na primjer, prostor za hitno slijetanje helikopera, avionski hangari, itd., kad god nisu inkorporirani u objekat.

HK.1.1.2 Mašinerija i oprema

Mašinerija i oprema pokrivaju medicinsku opremu, transportnu opremu, informatičku, komunikacijsku i telekomunikacijsku (ICT) opremu, i drugu mašineriju i opremu koja nije

klasificirana na drugim mjestima. Kako je objašnjeno gore, mašinerija i oprema uzeti pod lizing se evidentiraju kao akumulacija kapitala davalaca usluga zdravstvenog osiguranja samo u slučaju finansijskog lizinga (tj. davalac usluga će u konačnici postati vlasnik sredstava). U suprotnom, sredstva koja koriste davaoci usluga zdravstvene zaštite u okviru operativnog lizinga ne bilježe se kao akumulacija kapitala korisnika, jer je vlasništvo nad sredstvima osnovni princip za uključivanje ili isključivanje sredstava. Alati koji su relativno jeftini i koji se nabavljaju po relativno stabilnim cijenama, kao što su ručni instrumenti, smatraju se intermedijarnom potrošnjom i stoga su isključeni iz akumulacije kapitala. Također su isključene mašine i oprema koji su sastavni dio zgrade.

HK.1.1.2.1 Medicinska oprema

Medicinska oprema se sastoji od sredstava koja se koriste za dijagnosticiranje, monitoring ili tretman medicinskih stanja. Primjeri obuhvataju: dijagnostička oprema (npr. ultrazvuk i MRI mašine, PET i CT skeneri i rendgen aparati), terapijska oprema (npr. infuzione pumpe, medicinski laseri i hirurške mašine), oprema za održavanje života (npr. medicinski ventilatori, mašina srce-pluća i aparati za dijalizu), medicinski monitori (npr. ECG, EEG, krvni pritisak) ili minijaturni roboti koji se upotrebljavaju u vršenju kompleksnih operacija; laboratorijska oprema (aparati za testiranje krvi) i kreveti bolničkog tipa mogu se također uključiti u ovu kategoriju.

HK.1.1.2.2 Transportna oprema

Transportna oprema se sastoji od opreme za premještanje pacijenta, organa i zdravstvenog osoblja. Primjeri uključuju putna vozila (putna bolnička vozila, transportna vozila za pacijente, vozila za brzu reakciju i vozila koja koristi zdravstveno osoblje u okviru programa vakcinacije) i vazdušne ambulante (sa fiksnim ili rotacionim krilom). U nekoliko specifičnih slučajeva ovo bi također moglo obuhvatati vodene ambulante (čamce) ili specijalne motocikle za brzu reakciju i bicikle u urbanim područjima. Mobilne zdravstvene klinike također su uključene u ovu stavku.

HK.1.1.2.3 ICT oprema

Informatička, kompjuterska i telekomunikacijska (ICT) oprema se sastoji od naprava koje koriste elektronske kontrole kao i elektronske komponente koje su sastavni dio ovih naprava. U zdravstvenom sistemu, ICT naprave mogu se koristiti za pružanje usluga zdravstvene zaštite gdje je udaljenost kritičan faktor, kao što je slučaj kada zdravstveni profesionalci razmjenjuju informacije za dijagnozu, tretman i prevenciju bolesti i povreda, za istraživanje i evaluaciju, i za stalno edukovanje davalaca usluga zdravstvene zaštite. Pored toga, ICT naprave se mogu koristiti i u administraciji davalaca usluga zdravstvene zaštite.

HK.1.1.2.4 Mašinerija i oprema koji nisu klasificirani na drugom mjestu

Ostala mašinerija i oprema koji nisu klasificirani na drugom mjestu obuhvataju, na primjer, kuhinjsku opremu koja se koristi u bolnicama za pripremu obroka za pacijente i osoblje ili kablovska televizija (CCT) koja se koristi za sigurnost objekata zdravstvene zaštite.

HK.1.1.3 Proizvodi u oblasti intelektualnog vlasništva

Proizvodi u oblasti intelektualnog vlasništva rezultat su istraživanja, razvojaili inovacija koje vode ka znanju koje autori mogu staviti na tržište ili koristiti u sopstvenu korist u proizvodnji, jer je korištenje znanja ograničeno sredstvima pravne ili druge vrste zaštite.

Proizvode u oblasti intelektualnog vlasništva mogu proizvoditi davaoci usluga zdravstvene zaštite za sopstveni račun. Primjeri proizvoda intelektualnog vlasništva su kompjuterski softver i baze podataka, i rezultati istraživanja i razvoja.

HK.1.1.3.1 Kompjuterski softver i baze podataka

Kompjuterski softver se sastoji od kompjuterskih programa, programskih opisa i pomoćnog materijala i za sistemski i aplikacioni softver. Baze podataka se sastoje od datoteka koje su organizirane na takav način da omogućavaju resursno efikasan pristup podacima i njihovim podacima.

Zbog specifične prirode istraživanja i razvoja i zbog metodoloških poteškoća koje se odnose na procjenu ove specifične stavke, SHA 2011 ne smatra izdatke za istraživanje i razvoj kao investiciju, i stoga nisu uključeni u akumulaciju kapitala u zdravstvu. Istraživanje i razvoj u oblasti zdravstva treba evidentirati posebno kao memorandumsku jedinicu. To predstavlja odstupanje od SNA 2008.

Kapitalni račun

Pored informacija o tome koliko je potrošeno za sticanje zdravstvenih kapitalnih sredstava, može biti od interesa za utvrđivače politike i interesne strane da znaju koji su finansijski mehanizmi korišteni za pokrivanje kapitalnih troškova. Ovakvi podaci se mogu bilježiti u kapitalne račune (vidjeti SHA 2011, tabela 11.2), gdje se izvještava o transakcijama kojima se stiču ili otuđuju nefinansijska sredstva i pokazuju promjene u neto vrijednostima zbog ušteda i kapitalnih transfera kao balansne stavke.

U SHA 2011, izdaci za „istraživanje i razvoj u zdravstvu“ i „edukacija i obuka zdravstvenog osoblja“ smatraju se investicijama i kao takvi se bilježe kao dodatne memorandumске stavke za kapitalni račun.

Poglavlje 11 punog SHA 2011 priručnika sadrži dalju diskusiju o metodološkim smjernicama o procjeni kapitalnih izdataka u zdravstvenom sistemu kao i o konstrukciji kapitalnog računa.

POGLAVLJE 12. TRGOVINA U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Uvod

SHA mjeri krajnju potrošnju zdravstvenih roba i usluga po *rezidentnom* stanovništvu, bez obzira gdje se odvija i ko je finansira. Ovo znači uključenost uvoza i isključenost izvoza u cilju utvrđivanja ukupne potrošnje u zdravstvu.

Dodatne tabele za izvještavanje o trgovini zdravstvenih roba i usluga u okviru SHA date su u tabelama 12.1 i 12.2.

Tabela 12.1. Izdaci za uvoz u zdravstvenoj zaštiti po funkciji i finansijskom modelu

Finansijski modeli		HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2	HF.3	HF.4	
<i>Miliona u domaćoj valuti</i>		Vladini modeli i obavezno zdravstveno osiguranje doprinosom	Vladini modeli	Obavzeno zdravstveno osiguranje doprinosom	Obavezni medicinski štedni računi (CMSA)	Dobrovoljno plaćanje zdravstvene zaštite	Plaćanje domaćinstava iz džepa	Modeli finansiranja iz inostranstva (nerezidenti)	TOTAL
<i>HC.M.1-4</i>	<i>Kurativna/rehabilitaciona/dugotrajna zaštita (zdravstvena) i pomoćne usluge</i>								
<i>od čega:</i>									
HC.M.1.1/2.1/3.1	Bolnička zaštita								
HC.M.1.3/2.3/3.3	Vanbolnička zaštita								
<i>od čega:</i>									
HC.M.1.3.2	Stomatološka zaštita								
HC.M.5	Medicinska sredstva (nespecificirana po funkciji)								
HC.M.6	Preventivna zaštita								
HC.M.7	Upavljanje, rukovođenje i administracija zdravstvenog sistema								
HC.M.9	Druge zdravstvene usluge (nerasporedene)								
TOTAL									

Memorandumske stavke:

HC.RI.M.2	Tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina (TCAM)
-----------	--

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Tabela 12.2. Izdaci za izvoz u zdravstvenoj zaštiti po funkciji i davaocu usluga

Davaoci usluga		HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	
Funkcije		Bolnice	Ustanove za dugotrajnu njegu	Davaoci usluga ambulantne zdravstvene zaštite	Davaoci pomoćnih usluga	Maloprodaja i drugi dobavljači medicinskih sredstava	Davaoci usluga preventivne zaštite	Davaoci administr. i finansijskih usluga zdravstvene zaštite	Strani davaoci usluga	TOTAL
HC.X.1-4		Kurativna/rehabilitaciona/dugotrajna zaštita (zdravstvena) i pomoćne usluge								
	od čega:									
HC.X.1.1/2.1/3.1		Bolnička zaštita								
HC.X.1.3/2.3/3.3		Vanbolnička zaštita								
	od čega:									
HC.X.1.3.2		Stomatološka zaštita								
HC.X.5		Medicinska sredstva (nespecificirana po funkciji)								
HC.X.6		Preventivna zaštita								
HC.X.7		Upavljanje, rukovođenje i administracija zdravstvenog sistema								
HC.M.9		Druge zdravstvene usluge (nerasporedene)								
	TOTAL									
	Memorandumske stavke:									
HC.RI.X.2		Tradicionalna, komplementarna i alternativna medicina (TCAM)								

Izvor: IHAT za SHA 2011

Poglavlje 12 punog SHA 2011 priručnika dalje razmatra pitanje trgovine u odnosu na izdatke u zdravstvu. U njemu se razmatraju smjernice za izvještavanje o uvozu i izvozu kao dio SHA tabela kao i o idejama za moguće izvore podataka.

POGLAVLJE 13. MJERENJE CIJENE I OBIMA

Uvod

Ostvarenje veće vrijednosti za novac je opći interes donosilaca politike i potrošača. Ovo poglavlje se bavi teškim pitanjem mjerenja cijena i obima u zdravstvenoj zaštiti i istražuje razvoj u ovom području.

Zdravstvena zaštita zapada u osnovne konceptualne poteškoće u smislu mjerenja cijena i obima što je uobičajeno za servisne industrije, na primjer, komunikacije i kompjuterske i informacione službe. Neke od njih se pojavljuju zbog dobro poznatih fundamentalnih mjernih problema u uslužnim djelatnostima, kao što je definicija outputa, odgovarajući izbor mjerne jedinice i monitoring kvalitetnih promjena.

SHA priručnik se fokusira na konačnu potrošnju zdravstvenih roba i usluga sa procjenom po kupovnoj cijeni. Agregat „tekućih izdataka za zdravstvo“ kombinuje u jednoj cifri monetarnu vrijednost konačne potrošnje svih zdravstvenih roba i usluga od strane rezidenata odgovarajuće zemlje u odgovarajućem periodu.

Ključni indikator interesa za interesne strane je rast vrijednosti potrošnje u zdravstvu u toku određenog vremenskog perioda. Ova promjena u uočenom monetarnom agregatu može se razdvojiti u dio rasta koji potiče iz promjene u obimu i dijela koji potiče iz promjena u cijeni.

Obim je u vezi sa količinom. U vremenskoj seriji, indeks obima sumira proporcionalne promjene količina određenog skupa roba ili usluga između dva vremenska perioda. Količine koje se porede u vremenu moraju biti homogene stavke, i rezultirajuće kvantitativne promjene za različite robe i usluge moraju se ponderisati po njihovoj ekonomskoj važnosti, mjerene njihovim relativnim vrijednostima u jednom ili drugom, ili u oba perioda. Iz tog razloga, obim je tačniji i adekvatniji termin za poređenja po vremenu od količine (SNA 2008, 15.13). Slično, u svrhe poređenja unutar zemlje, razlike u cijenovnim nivoima između zemalja se uklanjaju iz vrijednosti izdataka da bi se osiguralo poređenje između obima u konkretnim zemljama.

Poglavlje 13 punog SHA 2011 priručnika sadrži pregled metodološkog rada i razvoja u mjerenju cijena i obima u SHA okviru, poređenje cijena po vremenu, vrste cjenovnih indeksa, tržišne i netržišne situacije, klasifikacije proizvoda za mjerenje cijena i obima, poređenje cijena između zemalja, metode koje se fokusiraju na davaoce usluga, kvalitetne promjene u uslugama, paritet kupovne moći (PPP) i Međunarodni poredbeni program Svjetske banke.

POGLAVLJE 14. OSNOVNO RAČUNOVODSTVO I SMJERNICE ZA KOMPILACIJU

Uvod

Sistem zdravstvenih računa sadrži instrumentarij za opisivanje i sumiranje izdataka za potrošnju u zdravstvu koji omogućava analizu potrošnje, nabavku i finansijske dimenzije dobara i usluga u oblasti zdravstvene zaštite, mjereno po vremenu i između zemalja. Ovo poglavlje opisuje neke od osnovnih računovodstvenih smjernica za SHA i pruža određenu inicijalnu pomoć u procesu kompilacije, uključujući praktične smjernice o dobrim računovodstvenim praksama u odnosu na problematiku izabranog načina mjerenja.

Praktične smjernice za proces kompilacije koji je prezentiran ovdje navodi neke od osnovnih koraka u kreiranju zdravstvenih računa, kao što je razumijevanje nacionalnog zdravstvenog sistema, kreiranje inventure izvora podataka, utvrđivanje praznina, kreiranje baze podataka zdravstvenih računa i konačno popunjavanje tabela i prezentacija podataka. Problematika izabranih načina mjerenja ovdje je razmotrena, uključujući i proporcionalnost.

Osnovni računovodstveni kriteriji

Sveobuhvatna pokrivenost

SHA ima cilj da obradi cijeli niz transakcija u sistemu zdravstva, uvrđenih funkcionalnim granicama predstavljenim u poglavljima 4 i 5, tj. koje se odnose na potrošnju rezidentnog stanovništva za zdravstvenu zaštitu. On se ne ograničava na zdravstvene modele koje finansira ili osigurava vlada, neko obuhvata i privatne transakcije, bilo da su finansirane direktno od strane domaćinstava ili preko trećih uplatilaca. U principu, obuhvaćene su formalne kao i neformalne transakcije. Trokraka priroda samog središta osnovnog računovodstvenog okvira SHA zahtijeva da agregatna vrijenost ovih funkcionalnih transakcija bude jednaka pružanju ovih usluga i roba, i isto tako jednakasa ukupnim finansijama unutar finansijskih modela. Izvan ovog skupa, ukupni iznosi mogu biti različiti.

Konsistentnost i komparabilnost podataka

SHA, referirajući se na uobičajene granice i klasifikacije zdravstvene zaštite, omogućava izvještavanje o procjenama izdataka u zdravstvenoj zaštiti koje su konsistentne po vremenu. Interna konsistentnost računovodstvenih pravila SHA i konsistentnost između komponenti važni su za unakrsnu provjeru i validaciju procjena iz različitih zdravstvenih dimenzija.

Uobičajena granica i kategorije SHA za zdravstvene sisteme mogu se razlikovati u nekom pogledu od onih koji se koriste u nacionalnim zdravstvenim računima za nacionalne svrhe u određenoj zemlji.

Međunarodna kompatibilnost

Računovodstveni okvir SHA zasnovan na potrošnji, sa svojim skupom tabela sa izdacima, kreiran je tako da bude metodološki kompatibilan u osnovi sa SNA. Metodološka kompatibilnost sa SNA omogućava kalkulaciju nekoliko odnosa izdataka gdje se porede ukupne vrijednosti

zdravstvenih izdataka sa odgovarajućim ukupnim vrijednostima makroekonomije radi omogućavanja međunarodnih poređenja – za primjere, vidjeti SNA 2011 Poglavlje 15.

Blagovremenost i tačnost

Zdravstvene računovođe moraju uzeti u obzir dva druga kvalitativna kriterija kada pripremaju račune. Kriteriji blagovremenosti i tačnosti su od suštinskog značaja, ali su također i u konfliktu. Potrebno je uspostaviti minimalan nivo detaljnosti i tačnosti za redovno izvještavanje, istovremeno poštujući razumnu blagovremenost za rješavanje korisničkih potreba za podacima da bi se potkrijepio proces prilagođavanja budžeta ili politike.

Relevantnost

Podaci o zdravstvenim izdacima koje proizvodi SHA treba da budu u stanju odgovoriti na pitanja o zdravstvenoj politici i aktuelna pitanja, posebno u vremenima čestih promjena javne politike u zdravstvenoj zaštiti. U prošlosti, na primjer, monitoring ekonomskih posljedica po reformu zdravstvene zaštite često je bio opstruiran zbog nemogućnosti postojećih sistema izvještavanja da razlikuju promjene u pokrivenosti i načinima finansiranja i stvarne promjene. Okvir podataka bi trebao biti dovoljno fleksibilan da se može prilagođavati trenutnim i budućim analitičkim potrebama.

Kratak uvod u SHA proces kompilacije

Ovaj odlomak sadrži kratke smjernice u pogledu osnovnih koraka u kreiranju SHA računa. Ovo može biti od pomoći i za zemlje koje još nemaju nacionalne zdravstvene račune (NHA) i generalnije za one čitatelje za koje je zdravstveno računovodstvo relativno novina. Također postoji i potreba za smjernicama za tranziciju sa SHA 1.0 na SHA 2011 za one zemlje koje već imaju NHA zasnovane na SHA. Očekuje se da će ove smjernice biti utvrđene posebno.

Prije početka bilo kakvog posla u zdravstvenom računovodstvu, bit će potrebno preduzeti neke preliminarne radnje da se dobije mandat, uspostavi projekat, uključe ključne institucije, finansira osoblje i projekat, te utvrdi plan sa vremenskim rokovima. Gledajući iz perspektive vrijednosti za novac, postoje mnoge prednosti planiranja za redovnu proizvodnju zdravstvenih računa, možda godišnje ili svake dvije godine. U odgovarajuće vrijeme, to će ukazati na trendove i dati presjeke stanja u zdravstvenom sistemu, i rasporedit će inicijalne jednokratne troškove operacija. Generalno gledajući, pristup korak po korak se preporučuje za cijeli proces, a neki od osnovnih koraka opisani su u daljem tekstu:

Korak I. Razumijevanje sistema zdravstvene zaštite koji se obrađuje

Prije razmatranja metoda za prikupljanje podataka i vršenje kalkulacija, korisno je posvetiti određeno vrijeme i tome da se razumije kako funkcioniра nacionalni sistem zdravstvene zaštite. Ovdje se misli na pripremu liste finansijskih modela i institucionalnih aktera (preduzeća, vladinih jedinica, NPISH, domaćinstava, inostranstva), sa njihovim ulogama u alokaciji finansijskih resursa (prikupljanje, udruživanje i kupovina) kao i liste davalaca usluga zdravstvene zaštite. Izrada šeme finansijskih tokova može biti korisna, posebno ako su utvrđene jedinice koje su odgovorne za te tokove.

Korak II. Postavljanje granica NHA i obrazloženje razlika između nacionalnih granica sistema zdravstvene zaštite i granica SHA

Definicija i granice zdravstvene zaštite u SHA vjerovatno će se razlikovati u različitoj mjeri od definicija i granica zdravstvene zaštite u nacionalnim sistemima zdravstvenog računovodstva zbog institucionalnih aranžmana, platnih sistema i tradicija zemalja. Stoga je važno identificirati mjesta divergencije između dva sistema. Na primjer, za one zemlje čije se procjene potrošnje u zdravstvu zasnivaju na nacionalnim računima, osnovna razlika u granici će biti ta da nacionalni računi postavljaju domaću *proizvodnju* u okvir granica, a SHA stavlja svu domaću *potrošnju* u okvir granica.

U zemljama u kojima se većina izdataka za zdravstvenu zaštitu finansira javno, bilo putem vlade (primarno iz poreza) ili fondova socijalnog osiguranja, zavisno od zemlje, prva tačka kontakta za uspostavljanje radne definicije onoga što se smatra zdravstvom na nacionalnom nivou vjerovatno će biti Ministarstvo zdravlja ili organi Fonda socijalnog osiguranja.

Korak III. Istraživanje i evaluacija izvora podataka

Od suštinskog značaja je identificirati i katalogizirati raspoložive izvore podataka sa njihovim osnovnim karakteristikama i napraviti neke procjene njihovog kvaliteta koje potencijalno mogu osigurati informacije o dimenzijama koje mogu opslužiti. U ovoj fazi također treba utvrditi što iscrpniju listu aktera u sistemu zdravstvene zaštite koji su utvrđeni u ranijem koraku. Ovi razni akteri i institucije u oblasti zdravstvene zaštite mogu imati izvještaje ili evidencije koje mogu biti korisne. Ako je ranije proizvedena neka vrsta nacionalnih zdravstvenih računa koja možda nema istu pokrivenost i strukturu kao SHA, izvori podataka koji su korišteni mogli bi i dalje služiti kao dragocjeno polazište.

Odozdo prema gore ili odozgo prema dolje?

Pristup *odozgo prema dolje* se koristi kada se većina podataka o zdravstvenim računima uzima direktno iz već postojećih sistema klasifikacije i izvještavanja o ukupnim izdacima u okviru zdravstvene zaštite. Ovo obično uključuje ekstenzivan sistem posrednika i procjena za dalje raščlanjivanje agregatne vrijednosti. Tehnika procjene putem utvrđivanja proporcionalnih vrijednosti razmatra se u dijelu o problematici mjerenja. Primjer korištenja agregatne procjene je kada računovođe nastoje izvršiti direktan prelaz sa nacionalnih računa.

Pristup *odozdo prema gore* se koristi kada se većina podataka o zdravstvenim računima dobija korištenjem detaljnih informacija i izvora podataka, na primjer, interni izvještaji zdravstvenog osiguranja koji opisuju i opseg i vrijednosti ugovorenih usluga sa određenim davaocima usluga zdravstvene zaštite, i izvještaji o detaljnim aktivnostima Ministarstva zdravlja ili NPISH koji se mogu povezati sa finansijskim informacijama ili podacima iz budžeta. Agregatni podaci se i dalje mogu koristiti i uskladiti unutar sistema.

Priručnik preporučuje prednosti pristupa *odozdo prema gore* u okviru kojeg se razni izvori informacija, i monetarnih i nemonetarnih, mogu koristiti ili kombinirati ili direktno ili korištenjem alokacijskih ključeva u svrhu kompilacije podataka. Zdravstveni računovođa bi trebao, u mjeri u kojoj je moguće, koristiti detaljne izvore, ali njih treba nadopuniti metodama alokacija odozgo prema dolje, nakon procjene agregatnih izdataka u zdravstvu, na primjer, alokacija bolničkog trošenja između raznih funkcija (vidjeti Procjena putem utvrđivanja proporcionalnih vrijednosti).

Identifikacija setova ključnih podataka

U procesu kompilacije inventara, svaki izvor podataka treba ispitati u pogledu: njegove originalne svrhe, glavnog sadržaja, koje informacije pruža i na koja pitanja daje odgovore. Neke osnovne procjene kvaliteta podataka također bi bile korisne, uključujući potencijalno odstupanje, tačnost i blagovremenost. Sve ovo će osigurati dragocjene metapodatke (podaci o podacima) za kompilaciju i analizu SHA. Od vitalnog je značaja pokazati veze između određene baze podataka i osnovnih klasifikacija SHA 2011. Sljedeće stavke mogu se koristiti za opisivanje podataka: naziv izvora podataka; institucija; tip izvora podataka; metod prikupljanja; raspoloživost podataka; koncept mjernih jedinica; metodološki presjeci; pokrivenost zdravstvenih aktera; i konfiguracija podataka.

Kompilatori zdravstvenih računa treba da obrađuju višestruke izvore podataka koji primarno dolaze iz perspektive finansija ili davalaca usluga i te izvore treba redovno usklađivati. Oni također teže da koriste i izvore osnovnih podataka i agregatne informacije. Ipak, može se napraviti generalizacija ova dva pristupa:

- Finansijski pristup: izrađivači zdravstvenih računa koji slijede ovaj pristup koriste podatke iz finansijske perspektive kao svoje osnovne izvore podataka. Ključni podaci su finansijski podaci o izdacima po različitim finansijskim modelima. Ove informacije se tada integriraju sa izvorima podataka davalaca usluga gdje je moguće.
- Pristup davaoca usluga: izrađivači zdravstvenih računa koji pretežno koriste ovaj pristup koriste podatke od davalaca usluga zdravstvene zaštite kao osnovne izvore podataka. Ključni podaci su finansijski podaci o primanjima davalaca usluga, ali i podaci o inputima koje koriste davaoci usluga (uglavnom troškovi za osoblje i intermedijarnu potrošnju) i na outpute (aktivnosti i druge cijene/troškovi). Ove informacije se tada integriraju sa podacima iz finansijske strane gdje je moguće.

Generalno gledajući, kada su prikupljene informacije o izvorima podataka, posebno o raspoloživosti, kvalitetu i blagovremenosti podataka, treba donijeti odluku o tome da li će osnovni skupovi podataka doći primarno iz baze podataka finansijskih institucija ili baze podataka davaoca usluga. Također se može desiti da se različite baze podataka identificiraju kao ključni skupovi podataka za različite funkcije (kao na primjer za farmaceutske proizvode i bolničku njegu). Ipak, svi relevantni skupovi podataka koji su potrebni da se kompletira skup ključnih računa moraju se uključiti.

Ako su baze podataka finansijskih modela (ili agenata) ključni skup podataka, prvi korak je napraviti kvalitativnu analizu. U ovo spada razlikovanje različitih tipova vladinih transakcija: transferi iz vladinih prihoda u finansijske modele koji nisu vladini modeli i izdaci vladinih modela. Drugo ključno pitanje je pojasniti da li finansijski agent (kao što je agencija za socijalno osiguranje ili osiguravajuća kompanija) upravlja sa više od jednim finansijskim modelom. U takvim slučajevima izdaci različitih finansijskih modela trebaju se tretirati zasebno. Jedno posebno pitanje može biti i procjena administrativnih troškova posebno. Biće neophodno osigurati da sva potrošnja na funkcije zdravstvene zaštite po finansijskim modelima bude uključena i da transakcije u druge svrhe (npr. vladini transferi dobrovoljnim finansijskim modelima) budu isključene. Informacije iz baza podataka finansijskih institucija će se tada integrirati sa informacijama davalaca usluga i funkcionalnim informacijama, na primjer, ali referentna cifra za tekuće zdravstvene izdatke će se tada zasnivati na ukupnim izdacima finansijskih modela zdravstvene zaštite.

Ako baze podataka davalaca usluga čine primarni pristup, podaci davalaca usluga obično se odnose na njihove prihode. Iscrpnost je ponovo važna, jer referentna cifra za tekuću potrošnju u zdravstvu će predstavljati ukupni prihod davalaca usluga za pružanje usluga i dobara u okviru zdravstvene zaštite rezidentnoj populaciji.

Idealno bi bilo da se izdaci u zdravstvu i iznosi na nižim nivoima procjenjuju u skladu sa oba pristupa i tada porede.

Vladine agencije mogu igrati razne uloge u SHA – kao davaoci usluga finansijskih modela, finansijski agent i davalac usluga zdravstvene zaštite – a neke od ovih agencija koje očito nisu uključene u zdravstvo mogu imati korisne informacije. Ministarstva zdravlja, agencije za zdravstveni sistem, ministarstva finansija, nacionalne statističke agencije (koje vjerovatno imaju čitav dijapazon relevantnih izvora podataka), ministarstva socijalne zaštite, agencije za socijalnu sigurnost, centralne banke, regionalni i lokalni odjeli vlada, finansijski regulatori i poslovni registri mogu imati relevantne izvore podataka. Koliko nacionalni zdravstveni računi imaju pristupa izvorima podataka ovih agencija možda je drugo pitanje. Ove izvore treba nadopuniti drugim izvorima, kao što su kompanije za zdravstveno osiguranje, trgovinska udruženja, informacije sa komercijalanog tržišta i podaci NPISH računa.

Korak IV. Kreiranje baze podataka zdravstvenih računa

Nakon inventara izvora podataka i inicijalne liste institucionalnih aktera i finansijskih modela zdravstvene zaštite, podatke treba kompilirati i pohranjivati u baze podataka ili obračunske tablice. Konačna struktura baze podataka bit će važna, ali na samom početku bi mogla biti dovoljna prosta struktura zasnovana na davaocima usluga ili funkcijama, i koja daje dovoljno prostora za opis metapodataka.

Ovo bi mogli biti osnovni koraci procesa:

- Odlučivanje o strukturi baze podataka i zapisa o podacima;
- Odlučivanje o tome koje podatke treba prikupiti; unošenje postojećih podataka u bazu podataka;
- Alociranje SHA klasifikacijskih šifri svim unosima podataka;
- Dalje istraživanje praznina i izvora podataka; i
- Konačno, izrada SHA tabela.

Preporučuje se iterativni pristup tako da se mogu unaprijediti inicijalne procjene, popuniti praznine u podacima i uskladiti podaci iz različitih izvora.

Koje podatke treba sakupljati? U principu, što više podataka to bolje, ali treba voditi računa i o troškovima koji nastaju u prikupljanju podataka, i u vremenu i u novcu.

Korak V. Pozadinske kalkulacije i popunjavanje tabela

Kada se smatra da je baza podataka puna koliko je moguće i nakon vršenja finalne iteracije i/ili provjere, rezultat procesa je unakrsna klasifikacija tekućih izdataka za zdravstvo, inicijalno po funkciji, davaocu usluga i finansijskom modelu, a onda ostale tabele koje mogu biti ostvarive. Važan element rada je pojasniti da li treba pripremati pozadinske/radne tabele. Na primjer,

moglo bi biti korisno da se prvo pripremi posebna HC x HF tabela za svaki finansijski model u cilju usklađivanja parcijalnih iznosa iz baza podataka finansijskih institucija i baza podataka davaoca usluga posebno za svaki finansijski model.

I konačno, važno je izvršiti reviziju procesa kompilacije u cilju utvrđivanja kvaliteta u smislu podataka, metoda i manipulacije podacima prije odobrenja rada za publikovanje. U ovu shrhu treba također prezentirati deskriptivne informacije kojima se objašnjavaju metode koje su korištene da bi se došlo do rezultata. Posebno treba istaknuti relativni kvalitet različitih dijelova tabele i dati razloge za to. Ovim se unapređuje poboljšanje informacija, jer snabdjevači podataka počinju da razumijevaju kako se njihovi podaci koriste i nastoje ih unaprijediti.

Korak VI. Priprema detaljne dokumentacije za rad na zdravstvenim računima

Bit će neophodno sistematizirati rad na zdravstvenim računima za redovnu izradu da bi se zabilježili detaljni izvori podataka, kalkulacija metoda, postupci podešavanja i procjena koji se koriste u izradi SHA. Ove informacije se mogu kasnije objaviti u sažetijem formatu kako bi se pomoglo korisnicima da bolje razumiju rezultate.

Korak VII. Kvalitativna provjera rezultata

Pored kvalitativne provjere koju treba ugraditi u razne korake izrade zdravstvenih računa, određene provjere također treba vršiti i na finalnim rezultatima. Ove provjere će vjerovatno uključivati sučeljavanje podataka iz različitih izvora, validaciju tačaka podataka iz posljednje godine sa odgovarajućim tačkama podataka iz prethodnih godina i istraživanje svih značajnih ali neobjašnjenih promjena.

Korak VIII. Prezentacija rezultata (tabele rezultata, ključni indikatori, analiza za različite primaoce, itd.)

Finalni korak se odnosi na prezenataciju rezultata, davanje ključnih indikatora i zbirnih informacija o podacima, kao što su značajne divergencije od prihvaćenih standarda ili informacija o pokrivenosti. Prezentacija može također uključiti neke posebne analize za posebne ciljne primaoce. SHA 2011 Poglavlje 15 sadrži dalju diskusiju o ovom koraku, sa nekim primjerima tabela i indikatora koje zdravstvene računovođe mogu koristiti ili prilagoditi, ukoliko tako žele.

Opća mjerna problematika

U ovom dijelu se navode neka opća mjerna pitanja koja treba imati na umu u vezi sa ključnim konceptima funkcionalnih, provajderskih i finansijskih dimenzija SHA računovodstvenog okvira kao i određenih specifičnih dijelova, i razmatra se korištenje proporcionalnosti kao tehnike procjenjivanja.

Vrijeme bilježenja aktivnosti

Ovaj priručnik preporučuje obračunski metod prema kojem se izdaci pripisuju vremenskom periodu u kojem je aktivnost realizirana, a ne gotovinski metod, prema kojem se izdaci registriraju kada je realizirana transakcija kojom je plaćena aktivnost. Međutim, prepoznato je da se gotovinsko računovodstvo još uvijek može primjenjivati u nekim zemljama ili u nekim dijelovima zdravstvenog sistema. Zdravstvene računovođe mogu naći razne računovodstvene

prakse u izvorima podataka. Dobra praksa treba obuhvatiti prenos svega na obračunsku osnovu u mjeri u kojoj je to moguće.

HC Funkcionalna klasifikacija

HC.1 i HC.2 Kurativna zdravstvena zaštita i rehabilitacija

Da bi se mogla napraviti razlika između funkcija medicinskih usluga (kurativna, rehabilitaciona i dugoročna zaštita), ključ je vrsta epizode pružene zdravstvene zaštite. Iako tipovi funkcija mogu imati različite troškovne profile, posebno kod bolnica, poteškoće sa kojima se suočavaju mnoge zemlje u razlikovanju između prve dvije medicinske usluge – kurativna i rehabilitaciona zaštita – priznata je u tabelama SHA, tako da se izdaci po ove dvije funkcije mogu kombinirati u jedinstvenu izvještajnu stavku.

Široka definicija posebno kurativne zdravstvene zaštite, sa konsekventnim uključenjem seta prilično disparitetnih aktivnosti, u kontrastu je sa užim definicijama drugih funkcija, što na kraju teži ka homogenijim setovima aktivnosti. U nekim zemljama, ovaj kontrast je vodio ka tome da se ova funkcija procjenjuje kao rezidualna: kao ukupni izdaci za zdravstvo (za medicinske usluge) umanjani za druge relevantne funkcije.

Način pružanja usluga i administracija i hotelski troškovi

Na drugom nivou klasifikacije, liječenje i rehabilitacija (kao i dugoročna njega) podijeljeni su dalje u četiri tipa načina pružanja usluga, tj. bolničke, vanbolničke, dnevni slučajevi i kućna. Ova podjela funkcija u ove načine pružanja usluga važna je za svrhe utvrđivanja zdravstvene politike, i vrlo je korisno imati podatke o ukupnim vrijednostima po načinu pružanja usluga u zemlji. Imajući u vidu važnost ove teme, izražene su posebne smjernice za načine pružanja usluga u bolnicama.

Koncept načina pružanja usluga sadrži nekoliko posebnih dimenzija: i) da li se njega pruža u prostorijama davaoca usluga; ii) da li se pacijent formalno prima na njegu u prostorije davaoca usluga (ili je formalno otpušten); i iii) da li pacijent ostaje preko noći u prostorijama davaoca usluga.

Da bi se izbjeglo ponavljanje, ove smjernice se fokusiraju na načine pružanja zaštite u bolnicama, ali principi su generalni i mogu se jednako odnositi na sve davaoce usluga.

Tamo gdje se njega pruža u domu pacijenta, jasno je da se radi o kućnoj njezi. Tamo gdje se njega pruža u prostorijama davaoca usluga, načini pružanja usluga su sumirani u tabeli 14.1.

Bolnička njega

U slučaju bolničke njege, „hotelski troškovi“ – kuhanje, čišćenje, smještaj, ali i smještaj pacijentovih srodnika (ako je to neophodno) – koji su u vezi sa noćenjem pacijenta trebaju biti uključeni kao dio troškova zdravstvene zaštite gdje je glavni razlog za institucionalizaciju zdravstvena zaštita.

Ovo razgraničenje predstavlja posebnu teškoću za mješovite davaoce usluga, tj. tipično HP.2 Ustanove za dugotrajnu njegu i boravak. Bolnička njega se uglavnom pruža u bolnicama, ali i kod drugih davaoca usluga, na primjer, rezidencijalna i ambulantna njega, zatvori i vojne bolnice. Termin „bolnički“ u SHA ima relativno šire značenje u poređenju sa nekim nacionalnim izvještajnim sistemima (gdje ovaj termin može biti ograničen na bolničku njegu u bolnicama).

Tabela 14.1. Alokacija institucionalne zaštite po načinu pružanja

Formalno primanje ili otpuštanje			Bez formalnog primanja
Bez noćenja	Dnevna njega		Vanbolnička
Noćenje	Bolnička		Neprimjenjivo

Izvor: IHAT za SHA 2011.

Tabela 14.1 odgovara Tabeli 14.4 u SHA 2011

Dnevna njega

Boravak (formalno primanje) obično traje između 3 i 8 sati i često se odvija u institucijama ili odjeljenjima specijaliziranim za ovu vrstu njega, na primjer, elektivna hirurgija.

Vanbolnička njega

Vanbolnička njega se pruža, na primjer, u ordinaciji ljekara, bolničkim centrima za vanbolničku negu, ambulantnim centrima, itd. Ona može također obuhvatiti i tele-zdravstvene usluge. Vanbolnička njega u SHA se može definirati šire nego u neki nacionalnim izvještajnim sistemima.

Kućna njega

Kućna njega isključuje potrošnju medicinskih dobara koja se izdaju u apotekama kao dio potrošnje privatnih domaćinstava. Primjeri ovog tipa usluga pruženih kod kuće su opstetičke usluge, dijaliza, usluge koje pružaju patronažne sestre i posjetitelji iz zdravstvenih službi, i dugoročne usluge (zdravstvene i socijalne).

HC.4 Pomoćne usluge

HC.4: Pomoćne usluge u zdravstvu obuhvataju razne usluge, koje uglavnom pružaju paramedicinsko ili medicinsko tehničko osoblje sa ili bez direktne supervizije doktora medicine. Postoje tri potkategorije za pomoćne usluge: HC.4.1: Laboratorijske usluge; HC.4.2: Dijagnostika i HC.4.3: Prevoz pacijenata. Jedine pomoćne usluge o kojima treba izvještavati odvojeno su one koje se direktno zahtijevaju od strane pacijenata, a ne intermedijarne usluge. Dijagnostičke usluge unutar vanbolničkih odjela obično su dio skupa aktivnosti tretmana i stoga se ne isključuju.

HC.4.3: Prevoz pacijenata obuhvata sve takve usluge – bez obzira na način pružanja – iako se ove usluge odnose na medicinske usluge koje sadrže dimenziju načina pružanja.

Ove pomoćne usluge su pomoćne aktivnosti a ne medicinske intervencije, i ne zahtijevaju nužno medicinsku obuku ili znanje. U bolničkom i dnevnom načinu pružanja usluga, troškove za ove usluge je teško razdvojiti od ostalih troškova medicinskih usluga, i kao takvi, oni nisu posebno identificirani u SHA. U uslovima bolničke njega i njega kod kuće, SHA zahtijeva da se pomoćne usluge evidentiraju odvojeno. Budući da se pružanje zdravstvenih usluga razlikuje između zemalja u smislu načina proizvodnje tih usluga, relativna proporcija pomoćnih usluga koje su posebno identificirane u SHA okviru će se također razlikovati. Neke zemlje su, stoga, utvrdile da je korisno za nacionalne svrhe da prikupljaju informacije o pomoćnim uslugama koje

se pružaju u svim okruženjima. Iznos „ukupnih“ pomoćnih usluga, ako se kompiliraju, mogao bi se pojaviti u nacionalnim zdravstvenim računima kao izvještajna stavka.

Pomoćne usluge mogu se pružati na dva glavna načina. Prvo, njih može pružati različita institucija od medicinskih usluga na koje se one odnose. Drugo, njih može pružati ista institucija. Raspoloživost podataka i odgovarajućih metoda za obračun pomoćnih usluga može biti različita.

HC.5 Medicinska sredstva

Kompilacija informacija o ovoj stavci može biti relativno direktna, jer medicinska sredstva su opipljiva roba i kao takva lakše ih je obraditi. Pošto je nekoliko zemalja izvjestilo o poteškoćama u razlikovanju između sredstava koja se odnose na različite načine proizvodnje, ovaj aspekt je napušten u SHA 2011 i sve medicinska sredstva koja su prodana direktno pacijentima uključena su u ovu kategoriju HC.5.

HC.5 se dijeli u dvije grupe: i) farmaceutski proizvodi i druge robe koje imaju rok trajanja, i ii) terapijske sprave i druga medicinska sredstva.

U nekim zemljama je moguće naći podatke od davaoca usluga HP.5, kao što su prodaja na malo (apoteke ili samoposluge koje prodaju medicinske robe) i drugih snabdjevača medicinskih roba. Također treba konstatirati da postoje jake veze između HC.5 i COICOP 6.1 (SHA 2011 Aneks A).

Informacije o privatnim izdacima za medicinska sredstva mogu se naći u pregledima poslovanja. U pregledu poslovanja apoteka, ukupna prodaja može biti veća od prodaje lijekova, jer apoteke mogu prodavati i druge robe, kao što je hrana, namirnice i pisane potrepštine. U tim slučajevima, mogu biti potrebna podešavanja da se isključe stvari koje su izvan koncepta zdravstvenih računa kada se obračunavaju izdaci za zdravstvo, a mogu biti potrebni drugi komplementarni podaci da se izvrše podešavanja primarnih podataka (vidjeti Rannan-Eliya i Lorenzini, 2010.).

Dodatna područja koja treba obraditi odnose se na pitanja kako rasporediti različite funkcije zdravstvene zaštite, tj. administraciju u oblasti zdravstvenog osiguranja ili integrirane kurativno-rehabilitacijsko-preventivne usluge, i kako razdvojiti funkcije zdravstvene zaštite od ostalih aktivnosti, kao što je istraživanje. Neke smjernice u ovoj oblasti mogu se izvući i iz odlomka o proporcionalnom rasporedu vrijednosti.

HP Klasifikacija po davaocima usluga

Pristup po davaocima usluga koriste obrađivači podataka koji koriste „podatke o davaocima usluga“ kao svoj ključni set podataka. Izdaci za zdravstvenu zaštitu, kada se dobijaju iz ovog pristupa, uglavnom se zasnivaju na informacijama dobijenim iz finansijskih izvještaja davalaca usluga. Primjeri ključnih izvora podataka kada se primjenjuje ovaj pristup su: pregledi poslovanja, pregledi finansijskih aktivnosti, računovodstveni podaci podneseni statističkim uredima i poreznim uredima, i tržišne informacije, kao što su informacije o ponudi i potražnji koje prikupljaju kompanije koje se bave istraživanjem tržišta. Kada su informacije ovog tipa nedostupne ili nekompletne, procjena prihoda može se dobiti korištenjem informacija o inputima i njihovim cijenama (plate za osoblje i intermedijarna potrošnja) kao i outputa ili informacije o aktivnostima (broj aktivnosti koje su realizirane i njihove odgovarajuće cijene ili troškovi). Međutim, treba obratiti pažnju da ne dođe do dvostrukog brojanja. Kada bolnica ugovori

laboratorijske usluge od nezavisnog pomoćnog davaoca usluga, kompilator za zdravstvene račune mora se postarati da se ovi izdaci ne broje dva puta: jednom kada se analiziraju bolnički računi i drugi put kada se budu razmatrali računi pomoćnog davaoca usluga. Osim toga, kada se koristi ovaj pristup mora se pobrinuti da se isključe usluge koje nisu u domenu zdravstvenih usluga koje snosi davalac usluga (npr. izdaci za socijalnu zaštitu).

U smislu generalnog procesa: prvo, obrađivač podataka zdravstvenih računa organizira baze podataka koje sadrže sferu davalaca usluga zdravstvene zaštite, uključujući i primarne i sekundarne davaoce usluga za sve aktivnosti koje su identificirane kao zdravstvena zaštita u okviru funkcionalne klasifikacije. Da bi se procijenila vrijednost roba i usluga zdravstvene zaštite može biti posebno važno razdvojiti davaoce usluga u tržišne i netržišne davaoce usluga. Drugi korak sadrži procjenu vrijednosti pružanja isključivo zdravstvene zaštite, da bi se izjednačila vrijednost sa finansijskim modelima. HPxHF tabela unakrsne klasifikacije pomaže u procjeni i usklađivanju novčanih tokova tekuće potrošnje u zdravstvu iz finansijskih modela prema davaocima usluga kao i podršku daljem usklađivanju sa funkcionalnim pregledom.

HF, FS i FA Finansijske klasifikacije

Originalni izvori detaljnih informacija o finansiranju će dolaziti i iz nekih od institucionalnih jedinica koje su uključene u sistem finansiranja zdravstva. Ovdje spadaju vladina ministarstva, vladine agencije, agencije za zdravstveno osiguranje, nevladine organizacije, davaoci usluga zdravstvenog osiguranja, domaćinstva, preduzeća i strani donatori.

Pošto sredstva mogu prolaziti kroz jednu ili više posredničkih agencija, važno je osigurati da nema dvostrukog obračunavanja i da sva sredstva koja su na raspolaganju za usluge i dobra u okviru zdravstvene zaštite budu identificirana.

Ovaj priručnik identificira finansijske modele koji su od interesa za međunarodna poređenja i praćenje politike po vremenu. Međutim, ključne informacije o modelima i njihovim prihodima tipično se izvlače iz podataka koji dolaze od finansijskih agenata koji upravljaju modelima ili od institucionalnih jedinica koje osiguravaju prihode za finansijske modele, jer svaki finansijski agent ili institucionalna jedinica koji finansiraju modele mogu upravljati ili učestvovati u više od jednog modela. Smjernice koje su odvojene od ovog priručnika će dati detaljnu pomoć obrađivačima podataka za implementaciju klasifikacija finansiranja zdravstva u okviru SHA 2011.

Procjena putem proporcionalnog utvrđivanja vrijednosti

U ovom odlomku se govori o generiranju podataka o izdacima u okviru pristupa odozgo prema dolje, što obuhvata distribuciju agregata između komponenata. U mnogo primjera podaci mogu biti previše agregatni da bi se mogli raščlaniti na konkretne usluge. Ovaj metodološki pristup je procijenjen na terenu kao ostvariv i prigodan za opće zdravstvene račune. Uobičajeni pristupi koji se primjenjuju su:

- a) *Alokacija koristeći princip osnovne djelatnosti industrijske klasifikacije.* Ovaj pristup može voditi ka većim odstupanjima u potrošnji i stoga se ne preporučuje osim kada se odnosi na manje komponente potrošnje u zdravstvu.

- b) *Izrada posebnih studija.* One mogu mnogo varirati i po obimu kao i po tačnosti njihovih rezultata. Može uključiti sve od fokalnih grupa ili stručnih mišljenja, do mjerenja stvarnih aktivnosti kroz studiju „vremena i kretanja“. Ove studije uključuju resurse i vrijeme koje se može prilagoditi na osnovu uslova u zemlji.
- c) *Alokacija pomoću ključeva.* Alokacija agregata obično obuhvata korištenje referentnih vrijednosti ili alokacijskih ključeva. Proces obuhvata identifikaciju raspoložive vrijednosti koja može pouzdano da odražava iznos resursa i izdataka koji se odnose na razne komponentne uključene u ukupnu vrijednost koju treba raščlaniti. Osnovne informacije se mogu odnositi na jedinične troškove usluga ili ljudske resurse koji u tome učestvuju i/ili količinu određenih pruženih usluga. Kompozitni indeksi kojima se obrađuju razni inputi i troškovi također su generirani, prema raspoloživim informacijama sa terena.
- d) *Prilagođavanje od slučaja do slučaja.* O nekim prilagođavanjima se može odlučiti od slučaja do slučaja. Na primjer, izdaci za administraciju osiguravajućih kompanije mogli bi se rasporediti proporcionalno ukupnim izdacima u toj klasi.

Ova vrsta proporcionalnog raspoređivanja se obično koristi za ispunjavanje praznina kada su evidencije za praćenje izdataka nedovoljne za procjenu određenih izdataka. Generalni pregled se može primijeniti na dalju podjelu izdataka za zdravstvo za odabrane usluge koristeći pristup odozgo prema dolje: bolnička njega, starački domovi, vanbolnička njega, farmaceutske proizvodi i prevencija.

Temeljni princip za utvrđivanje proporcionalnih vrijednosti:

Temeljni princip je jednačina: $Vrijednost = cijena * količina$

Utvrđivanje granica: Definicija komponenti koje treba procijeniti mora biti jasno postavljena kako bi odredila granice za procjenu.

Podjela tekućih izdataka u homogene troškovne blokove. Podaci koje treba distribuirati uzimaju se iz agregatnih zdravstvenih računa: oni koji se često susreću su, posebno, bolnička/vanbolnička njega u bolnicama; starački domovi; zdravstvena zaštita i socijalna zaštita; vanbolnička njega: za kurativnu i rehabilitacionu negu; i neke komponente prevencije. Kad god je moguće, svaka komponenta bi trebala biti raščlanjena u manje jedinice kako bi se osigurala bolja troškovna povezanost.

Distribucija tekućih izdataka putem korisničkih ključeva. Distribucijski ključevi su procjene distribucije korištenja zdravstvene zaštite u određenim kombinacijama svih dimenzija, i oni su povezani sa svakim troškovnim blokom ili troškovnom grupom. Svaki ključ dobija dio ukupnog korištenja u okviru grupe. Neki od uslova za korištenje ključeva moraju biti ispunjeni: svi zajedno oni moraju činiti 100% pružene usluge, bez duplog obračunavanja usluga, jer se distribucija odnosi na indikatore korištenja zdravstvene zaštite i troškovne jedinice. Prema tome, priroda takvih indikatora treba da oslikava odnos sa resursnim troškovima odgovarajućih usluga zdravstvene zaštite: jedinični troškovi, ljudski resursi ili korištene usluge.

Korisnički ključevi (procentualni iznosi) po troškovnim grupama se množe sa ukupnom potrošnjom ili totalnom vrijednošću koja je alocirana, i onda se sabiraju. Rezultatati trebaju biti

analizirani i vrednovani preko vrijednosti po glavi stanovnika, koji se dobijaju dijeljenjem izdataka po potklasama po stanovništvu.

Ovaj pristup, iako nesavršen, može se izvesti sa ograničenim troškovima i mora se progresivno unapređivati, tj. distribuirati izdatke koristeći dostupne podatke, kao što su cijene. Što su studije troškova bliže tipu iskorištene usluge, to su primjerenije informacije u svrhu izdataka, tj. studije troškova treba da odražavaju medicinske jedinice raspoređene prema nivou njege i tehnološkoj kompleksnosti i/ili veličini jedinice. Troškovna analiza može biti povezana sa uslugama i troškovnim centrima. Distribucija troškova troškovnog centra također se može uraditi koristeći ljudske resurse, tj. troškovi odjeljenja, bolnički dani, IP lijekovi – stvarni troškovi/broj lijekova, troškovi operacione sale, radiologija. U stvari, trošak se koristi indirektno da se procijeni intermedijarna vrijednost, a onda se utvrđuje distribicioni profil i onda se primjenjuje na „ponderiranje komponente“.

Osnovni metod			
Usluga A Izdaci	=	Ukupno Izdaci	X Broj pacijenata koji primaju uslugu A <i>podijeljeno sa brojem svih pacijenata</i>

Budući da podaci koji mogu direktno pokazati izdatak po usluzi nisu generalno dostupni, postoji potreba da se nađe način kako alocirati izdatak, što, je, opet, povezano sa dostupnošću drugih podataka. U konačnici bi se mogla koristiti mješavina podataka i ključeva. Postoji potreba za periodičnim kvalitativnim verifikacijama kako bi se osigurala primjena najboljeg pristupa.

Svaki skup izdataka može predstavljati dodatne probleme koje treba riješiti, na primjer, u praksi, jedinice mogu biti netržišni davaoci usluga ili tržišni davaoci usluga, što zahtijeva različite mjerne metode u ta dva slučaja: netržišni davalac usluga (*Osnova za mjerenje je trošak (ne cijena)*); i tržišni davalac usluga (*Osnova za mjerenje je cijena (ne trošak)*).

Poglavlje 14 punog SHA 2011 priručnika sadrži dalja objašnjenja i primjere koji se odnose na kompilaciju zdravstvenih računa, i razmatra slučaj procjene privatnog zdravstvenog izdatka. Čitalac se također upućuje i na PG radi praktičnih vježbi i primjera, od kojih je većina validan i koristan resurs za zdravstvene računovođe.

POGLAVLJE 15. PREZENTACIJA REZULTATA, TABELA I OSNOVNIH INDIKATORA

Uvod

Izdaci u zdravstvu su predmet mjerenja u zdravstvenim računima. Zdravstveni računi (HA) jedne zemlje sadrže mjerenja za dati vremenski period i prezentiraju se u setu tabela u kojima su prikazani razni aspekti izdataka u zdravstvu određene države. Same tabele su sredstvo za prikazivanje finansijskih tokova koji se odnose na trošenje roba i usluga u jednoj zemlji. Podaci koji su sadržani tu namijenjeni su za upotrebu od strane analitičara i nacionalnih donosioca odluka kako bi se pomoglo da se izvrše neophodne procjene u zdravstvenom sistemu određene zemlje. Izvještavanje o ovim podacima i procjenama na komparativan način omogućava evaluacije između zemalja i stoga je korisno za međunarodna poređenja.

Iako je važno razumjeti da tabele predstavljaju sistematičan način izvještavanja o podacima zdravstvenih računa, donosioci odluka će često zahtijevati da se informacije prezentiraju u formi koja je koncizna i direktno razumljiva u smislu njenog odnosa sa pitanjima koja su značajna za utvrđivanje politike. Često će biti potrebno izvući ključne podatke iz tabela, kao i povezati ih sa podacima koji se ne odnose na izdatke, kao što su outputi i ishodi, da bi se donosioci odluka mogli eksplicitno informirati o specifičnim pitanjima koja se javljaju ili o napretku politika koje su već provedene i njihovih percipiranih uticaja.

Tri glavna načina za distribuciju i sistematsko arhiviranje zdravstvenih računa određene zemlje za svaki vremenski period su, prvo, putem redovne distribucije izabranih indikatora, i drugo, putem periodičnog izvještavanja preko nacionalnih, regionalnih i međunarodnih baza podataka. Treći metod bi bio izvještaj koji sumira zdravstvene račune koji se priprema svaki put kada dođe do runde procjena.

- Indikatori zdravstvenog računovodstva predstavljaju najčešći način distribucije podataka o zdravstvenim računima. Oni obično pokrivaju minimalni skup podataka za koje se prezentiraju (trenutni) izdaci za zdravstvo kao totalna vrijednost, tj. kao udio u BDP-u, i u vrijednostima po glavi stanovnika, između ostalih.
- Izvještaji o HA rezultatima zemalja se također podnose i prate u nacionalnim, regionalnim i međunarodnim bazama podataka. Ove baze podataka generalno održavaju historijske podatke za zemlje, ali ponekad mogu dati manje detalja u poređenju sa HA izvještajima za zemlje.

Izvještaj o zdravstvenim računima zemlje

Osnovni sadržaj HA izvještaja treba u idealnim okolnostima da sadrži sljedeće: nekoliko tabela i indikatora koji će biti značajni za donošenje dobre nacionalne politike i dobre uprave; pozadinske informacije o zemlji čime bi se stvorio kontekst za bolje razumijevanje HA nalaza, uključujući referentne informacije za izračun indikatora; i kratka dokumentacija o izvorima HA podataka i metodološke informacije koje su važne za ispravnu interpretaciju HA rezultata. Pored

osnovnog seta tabela u HA izvještaju, treba također razmotriti i tabele o HCxHP, HCxHF, HFxHP kao i HFxFS. Osim toga, HA vremenske serije, korištenje HA u kombinaciji sa drugim zdravstvenim podacima i kvalitativnim provjerama HA rezultata su također razmotreni.

Tabele zdravstvenih računa

Redovi i kolone HA tabela sadrže razne klasifikacije prezentirane u ovom priručniku. Klasifikacije ili dimenzije zdravstvenih izdataka sadrže sljedeće:

- *Funkcije (HC)*: vrste roba i usluga koje su osigurane i aktivnosti realizirane u okviru granica zdravstvenih računa;
- *Davaoci usluga (HP)*: entiteti koji primaju novac u zamjenu ili u očekivanju proizvodnje aktivnosti unutar granica zdravstvenih računa;
- *Finansijski modeli (HF)*: komponente sistema finansiranja zdravstva određene zemlje kojima se kanališu dobijeni prihodi i ta sredstva koriste za plaćanje – ili kupovinu – aktivnosti unutar granica zdravstvenih računa;
- *Finansijski agenti (FA)*: institucionalne jedinice koje upravljaju modelima finansiranja zdravstva;
- *Finansijski izvori (FS)*: prihodi modela finansiranja zdravstva dobijeni ili prikupljeni kroz posebne mehanizme doprinosa;
- *Faktori pružanja (FP)*: vrste inputa koji se koriste u proizvodnji roba i usluga ili aktivnosti koje se provode unutar granica zdravstvenih računa;
- *Korisničke karakteristike* onih koji primaju robe i usluge zdravstvene zaštite ili imaju koristi od tih aktivnosti (korisnici mogu biti kategorizirani na mnoge različite načine, uključujući i starost i spolnu pripadnost, socio-ekonomski status, zdravstveni status i lokaciju);
- *Akumulacija kapitala (HK)*: vrste sredstava koje su davaoci usluga zdravstvene zaštite pribavili u toku obračunskog perioda i koja se koriste intervalno ili kontinuirano u periodu duže od jedne godine u proizvodnji zdravstvenih usluga;
- *Trgovina u zdravstvu*: uvoz roba i usluga zdravstvene zaštite za rezidente od strane nerezidentnih davalaca usluga, i izvoz roba i usluga zdravstvene zaštite nerezidentima od strane rezidentnih davalaca usluga;

Multidimenzione tabele

U jednoj tabeli se mogu koristiti tri dimenzije. Na primjer, prihodi od modela mogli bi se ukrstiti sa finansijskim modelima, i onda dalje ukrstiti sa davaocima usluga ili funkcijama. Informacije iz tabele pomažu da se poveže porijeklo sredstava koja se priljevaju u sistem zdravstva za krajnje korisnike. Na primjer, u zemljama sa visokom stopom vanjskog finansiranja ili sa visokom stopom vladinih transfera, trodimenzionalna tabela može pomoći da se utvrdi da li prihodi od vlade ili strana pomoć rješavaju ključne potrebe (na primjer, prevencija prema kurativnoj njezi; bolnice prema okružnim ambulantnim službama).

Izabrani HA indikatori

Pored tabela, izvještaj o zdravstvenim računima treba također da sumira ključne rezultate u formi indikatora. Indikator se definira kao mjerljiva varijabla koja se koristi kao reprezent određenog fenomena. Indikatori zdravstvenih računa su mjerenja u reduciranom obliku koja predstavljaju različite aspekte ili atribute zdravstvenih izdataka jedne zemlje i sistema finansiranja zdravstva. Ako se zdravstveni računi posmatraju kao mjerni instrument, indikatori su mjere ili očitavanja koja potiču iz ovog instrumenta.

Indikatori se mogu izračunavati koristeći samo HA rezultate ili ukombinaciji sa dodatnim makroekonomskim podacima ili sa podacima koji se ne odnose na izdatke. Indikatori prvog tipa obuhvataju apsolutne nivoe izdataka, udjele u ukupnim vrijednostima i odnose komponenti zdravstvenih računa. Indikatori drugog tipa obuhvataju udio BDP-a, per capita vrijednosti i vrijednosti pretvorene koristeći PPP stope konverzije. Skromna selekcija indikatora nabrojana je u SHA 2011, poglavlje 15, tabela 15.1.

HA vremenske serije

Korištenje generalno prihvaćenih klasifikacija i granica postavljenih u SHA priručniku trebalo bi rezultirati podacima koji se mogu bolje porediti između zemalja, i koji bi na nacionalnom nivou trebali omogućiti dosljednije podatke po vremenu. Na primjer, standardna definicija zdravstvene zaštite zasnovane na funkcionalnim granicama može izbjeći iznenadne promjene u nacionalnim totalnim vrijednostima zbog promjena u odgovornostima raznih ministarstava i rezultirajuće reorganizacije raznih modela. Ovo omogućava i monitoring i praćenje promjena u funkcionalnom finansiranju u okviru sistema i olakšava mogućnost prognoziranja i korištenja simultivnih modela.

Mnoge zemlje su sada razvile vremenske serije zdravstvenih računa. Prema tome, svaki HA izvještaj bi trebao prezentirati ukupne izdatke i selektivne zbirne vrijednosti u vremenu tamo gdje su oni dostupni. Da bi se tabele kompletirale, moguće je uključiti i druge korisne reference za obračun izabranih indikatora. Dodatni podaci koji se obično prijavljuju uključuju veličinu populacije, BDP i cjenovni indeks (preferentno medicinski/[zdravstveni] cjenovni indeks) u vremenu.

Ako serija HA izvještaja već postoji, tekući izvještaj treba da naglasi nove obrasce koji su uočeni u ažuriranim HA rezultatima.

Korištenje HA sa drugim informacijama iz sistema zdravstva

Pored podataka o BDP-u, populaciji i cijenama, o zdravstvenim računima se može izvještavati zajedno sa drugim informacijama iz sistema zdravstva za istraživanje određenih pitanja za utvrđivanje politike. Na primjer, ukupni izdaci za određene vrste davalaca usluga mogu se povezati sa mjerama prometa usluga tih davalaca usluga da bi se procijenili prosječni izdaci po jedinici izvršene usluge. Konkretnije, ako zdravstveni računi neke zemlje mogu razdvojiti bolničku potrošnju u vladinim i nevladinim bolnicama za akutnu njegu i ako je ukupni broj primanja u svaki vid bolnice poznat, onda prosječni izdaci po primitku za svaki vid bolnice može da se izračuna. Ovakva poređenja mogu dati koristan prvi uvid u efikasnost, iako je, očito, potrebna dalja analiza da se adekvanto obrazlože sve razlike.

Ove vrste analiza ili studija mogu biti ekstenzivne po prirodi, i sugerira se da se puni pregledi ovih studija prezentiraju putem zasebnih istraživačkih ili strateških dokumenata. Dokumenti koji imaju specifični strateški fokus mogu biti efikasniji u prenošenju i informiranju odgovarajućih interesnih strana o činjenicama o postojećoj situaciji i o tome koje moguće

aktivnosti bi mogle biti potrebne. Izvještaj o zdravstvenim računima može onda prezentirati naglaske ili relevantne nalaze izvučene iz ovih istraživačkih i strateških dokumenata.

Informacije o zemlji

Izvještaj o zdravstvenim računima zahtijeva relevantne kontekstualne informacije da bi se osiguralo da se rezultati mogu tumačiti u njihovim pravom kontekstu. Sugerira se uključanje zbirnog opisa sistema zdravstvene zaštite. On bi trebao da sadrži osnovne finansijske tokove, uključene aktere, neke kontekstualne elemente (npr. uloga NVO, privatnog sektora, vanjskog sektora) i osnovna pitanja politike (npr. nedavne reforme, reforme o kojima se razgovara, reforme koje su potrebne).

Kao što je navedeno ranije, bilo bi korisno imati podatke cjenovnog indeksa u HA izvještaju. Drugi podaci koji bi mogli biti dragocjeni za tumačenje HA rezultata obuhvataju statistiku o davaocima usluga i o korištenju zdravstvene zaštite i pružanju usluga, kao što su bolnički dani, posjete u svrhu medicinske konsultacije, operacije, imunizacije i druge ključne usluge, količina lijekova i drugih roba za zdravstvo, te podaci o zdravstvenim ishodima.

Ako serija HA izvještaja već postoji, trenutni izvještaj bi trebao naglasiti nove trendove u zdravstvenom statusu, zdravstvene objekte, aranžmane za finansiranje zdravlja i politike u zdravstvu.

Metapodaci i izvori podataka

Prikupljanje osnovnih ulaznih podataka i konstruisanje tabela zdravstvenih računa zahtijeva dosta vremena. Međutim, to vrijeme će biti manje svrsishodno ako se metapodaci koji stoje iza podataka adekvatno ne dokumentiraju. Čvrsti, sveobuhvatni metapodaci olakšavaju odgovarajuću interpretaciju i korištenje HA rezultata. Na primjer, trendovi u zdravstvenim izdacima mogu se bolje analizirati kada postoji znanje, na primjer, o promjenama u sistemu računovodstva. Kao minimum, pozadinske informacije trebaju obuhvatati izvore podataka, kako su podaci vrednovani (posebno u slučaju višestrukih izvora podataka), razloge koji stoje iza odabira podataka korištenih u procjeni, procedura koje su se primjenjivale da bi podaci bili iskoristivi, i više.

Kvalitativne provjere

Finalni set provjera o kvalitetu HA podataka treba provesti prije publikovanja bilo kakvog izvještaja. One se sastoje od provjere 1) dosljednosti ukupnih vrijednosti u tabelama, 2) dosljednosti vrijednosti sličnih izdataka u tabelama, i 3) uvjerljivosti postotka udjela, vrijednosti po glavi, i stope rasta. Provjere kvaliteta HA procjena treba opisati dalje uz neke primjere.

U troosovinskom pristupu, očekuje se da će iste ukupne vrijednosti utvrđene u potrošnji zdravstvene zaštite biti iste i u drugim osovinama pružanja i finansiranja zaštite. Osnovne kvalitativne promjene obuhvataju osiguranje da ukupne vrijednosti odgovaraju zbiru sastavnih dijelova. Identične stavke sa identičnim klasifikacijama koje se javljaju u različitim tabelama trebaju imati iste vrijednosti. Drugi skup kvalitativnih provjera treba sagledati uvjerljivost raznih indikatora u odnosu na ukupne vrijednosti, u odnosu na populaciju (podaci po glavi), u odnosu na BDP i u odnosu na historijske vrijednosti (procentualne promene iz godine u godinu, stope rasta). Iako procentualni udjeli i stope rasta koje se smatraju razumne variraju od zemlje do zemlje, relativne promjene bi trebale biti u okviru prethodno utvrđenog raspona prihvatljivosti.

Na primjer, ako se privatni model osiguranja zamijeni sa vladinim obaveznim modelom osiguranja, onda bi relativne promjene iz jedne godine u drugu u ove dvije stavke bile značajne, ali u skladu sa realnom promjenom.

Nacionalne, regionalne i međunarodne baze podataka

Nacionalne, regionalne i međunarodne baze podataka koje sadrže HA podatke imaju različite svrhe, ospege i vidove informacija i nivoa detalja koji je moguć. Sve baze podataka bi sadržavale vremenske serije, ali različite raspone tipova HA informacija. Nacionalne baze podataka primarno se bave potrebama za podacima za analizu na nivou zemlje, a regionalne i međunarodne baze podataka sadrže podatke za istraživanje pitanja i problematike između zemalja.

Za komparativne svrhe, međutim, bilo bi korisno osigurati harmonizirano izvještavanje podataka na nacionalnom i međunarodnom nivou za određenu zemlju. Izvještajne strategije i kolaborativni naponi između uključenih agencija su potrebne da se postigne taj cilj. Dakle, jedan princip bi bio:

- Standardizirati kategorije i njihove očekivane sadržaje tako da se vrijednosti u okviru jedne odrednice odnose samo na jednu granicu i tip izdataka;
- Navesti jasno pokrivenost po vremenu i po geografskom području;
- Navesti jasno referentne vrijednosti koje se koriste u njihovom izvoru, vremenu i pokrivenosti, tj. bruto domaći proizvod (BDP), opće vladine rashode (GGE), populaciju i kursne stope, itd.

Selekcija tabela prezentiranih u ovom poglavlju

U odlomku niže dati su primjeri SHA tabela. Prezentacija ovog određeno skupa tabela ne znači da je bilo koja od njih obavezna ili da je nivo detalja i broj kategorija u njima preporučeni za usvajanje u zemlji.

Poglavlje 15 punog SHA 2011 priručnika sadrži dalja razmatranja HA indikatora i tabela.
