



PROGRAM ZDRAVSTVENO OPISMENJAVANJE I ZDRAVI ŽIVOTNI STILOVI ZA ROME U ROMSKIM NASELJIMA



za lokalne romske edukatore i posrednike

- **Modul 2: SUSTAVI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**
 - **Poglavlje 3: Zdravstveno osiguranje i ekonomičnost zdravstvene zaštite**

SAŽETAK:

Razumijevanje ekonomije zdravstvene zaštite.

Javno zdravstveno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje u Europi.



PREGLED Modula II: Sustavi zdravstvene zaštite



Zdravstveni sustav – opći pregled.

Zdravstveni sustav – pojam i definicija. Zdravstveni sustav kao struktura koja promiče, obnavlja i održava zdravlje. Zdravstveni sustav koji utječe na determinante zdravlja.

Razumijevanje zdravstvenog sustava.

Razumijevanje zdravstva kao složenog sustava. Razumijevanje funkcioniranja lokalnog zdravstvenog sustava - u nastojanju da se poboljša kvaliteta zdravlja, ishodi, troškovi i jednakost u pristupu kvalitetnim zdravstvenim uslugama.

Zdravstveno osiguranje i ekonomičnost zdravstvene zaštite.

Razumijevanje ekonomije zdravstvene zaštite. Javno zdravstveno osiguranje i privatno zdravstveno osiguranje u Europi.

Dostupna i kvalitetna zdravstvena skrb: Prava i odgovornosti.

Tretiranje dostupne i kvalitetne zdravstvene skrbi kao univerzalnog ljudskog prava na koje svako ljudsko biće ima pravo. Podizanje svijesti o ljudskim pravima i odgovornostima vezanim uz zdravlje u romskim zajednicama u Europi.



Co-funded by
the European Union



**PROGRAM ZDRAVSTVENO OPISMENJAVANJE I ZDRAVI ŽIVOTNI STILOVI ZA ROME U
ROMSKIM NASELJIMA**

MODUL II

Poglavlje 3: Zdravstveno osiguranje i ekonomičnost zdravstvene zaštite



Co-funded by
the European Union

Što su zdravstvena osiguranja i ekonomičnost zdravstvene zaštite?



Zdravstvo djeluje kao višestruki i zamršeni sustav, satkan od niti pružatelja zdravstvenih usluga, osiguravajućih subjekata, pacijenata i široke mreže državnih propisa i politika koje nadziru njegovo funkcioniranje.

Da bismo doista shvatili dinamiku koja je u igri u ovom vitalnom sektoru, moramo prepoznati zamršenosti koje ga definiraju i cijeliti način na koji se ti elementi presijecaju i utječu jedni na druge.

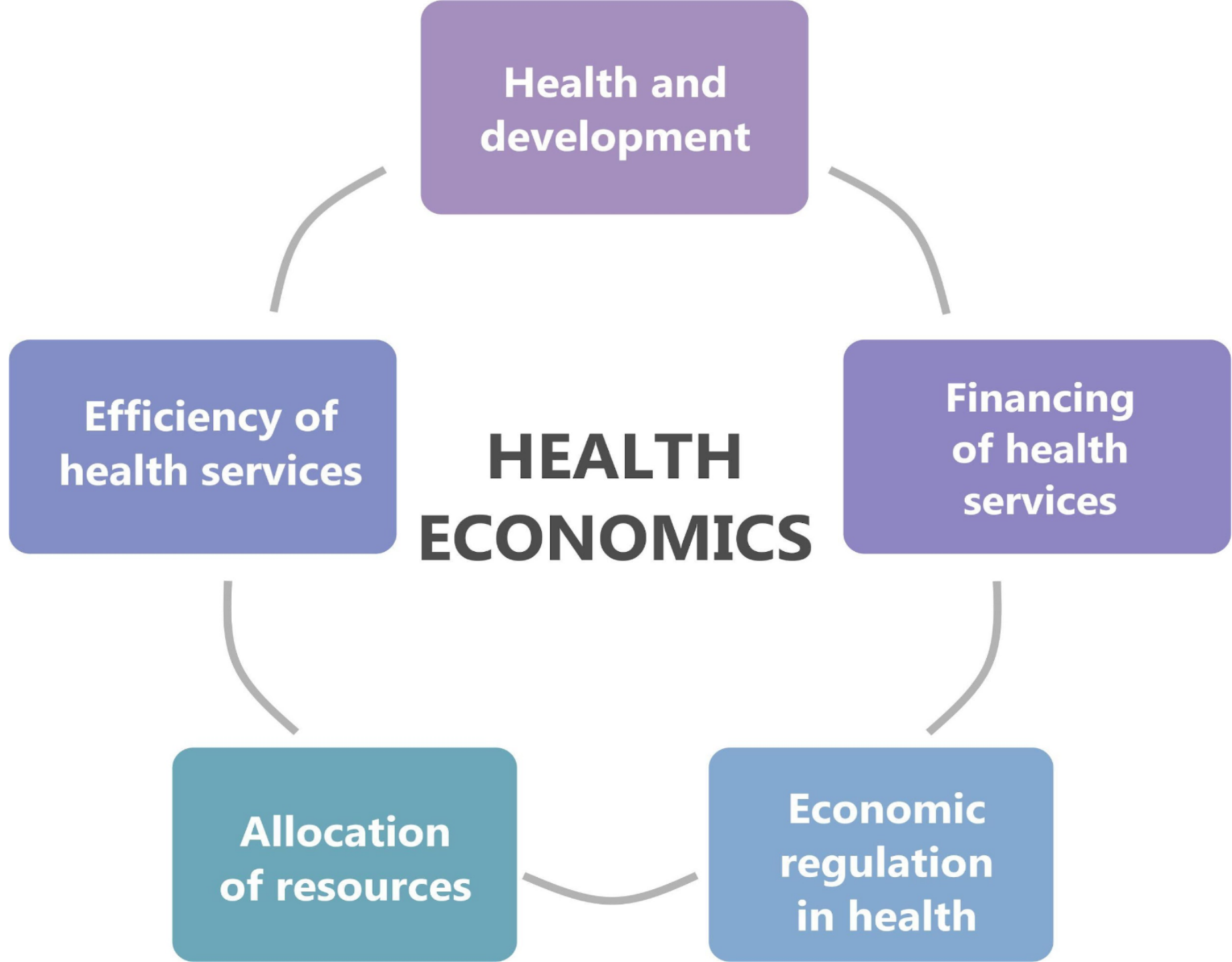
Ekonomičnost zdravstvene zaštite

Zdravstvena ekonomija objašnjava odnos između zdravlja i resursa koji su potrebni za njegovo promicanje. Ti su resursi monetarne i nenovčane prirode.

Primjenom ekonomskih teorija potrošača, proizvođača i društvenog izbora, zdravstvena ekonomija ima za cilj razumjeti ponašanje pojedinaca, pružatelja zdravstvenih usluga, javnih i privatnih organizacija i vlada u donošenju odluka.

Zdravstvena ekonomija koristi se za promicanje zdravih stilova života i pozitivnih zdravstvenih ishoda kroz proučavanje pružatelja zdravstvenih usluga, bolnica i klinika, upravljane skrbi i aktivnosti promicanja javnog zdravlja.







Ekonomičnost zdravstvene zaštite: Edukativni video



Co-funded by
the European Union

- https://www.youtube.com/watch?v=cbBKoyjFLUY&ab_channel=CrashCourse



Financiranje zdravstva

Financiranje zdravstva ključna je funkcija zdravstvenih sustava koja može omogućiti napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti poboljšanjem učinkovite pokrivenosti uslugama i financijske zaštite. Danas milijuni ljudi nemaju pristup uslugama zbog cijene. Mnogi drugi dobivaju usluge loše kvalitete čak i kada plaćaju iz vlastitog džepa.



Pažljivo osmišljene i provedene politike financiranja zdravstva mogu pomoći u rješavanju ovih problema. Na primjer, dogovori o ugovaranju i plaćanju mogu potaknuti koordinaciju skrbi i poboljšati kvalitetu skrbi; dostatna i pravovremena isplata sredstava pružateljima usluga može pomoći u osiguravanju odgovarajućeg osoblja i lijekova za liječenje pacijenata.

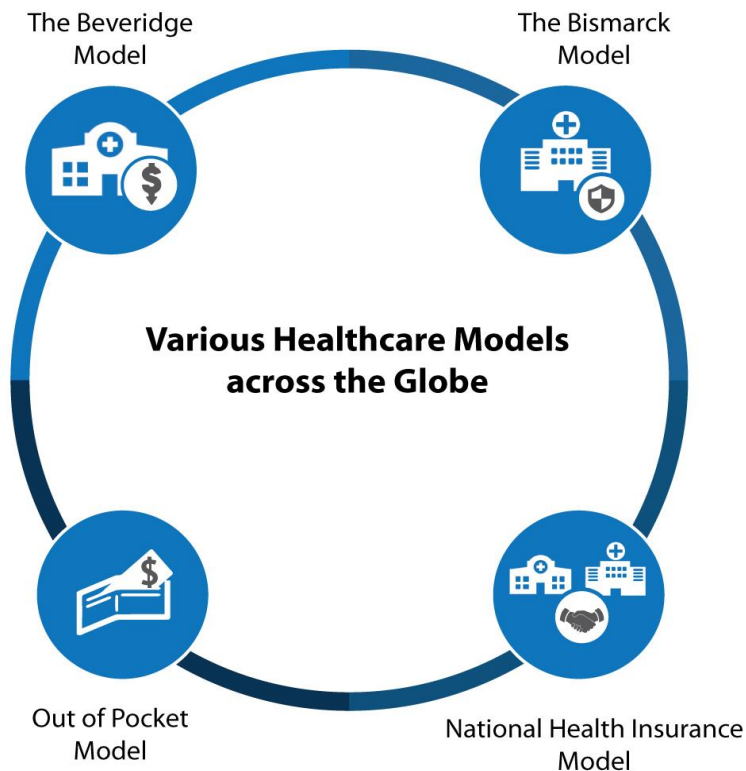
Modeli financiranja zdravstva

Sve zemlje imaju politiku o uslugama na koje stanovništvo ima pravo, čak i ako to vlada nije izričito navela; dodatno one usluge koje nisu pokrivene obično plaćaju pacijenti (ponekad se nazivaju participacijama).

Postoje četiri glavna modela zdravstvene zaštite:

- Beveridgeov model,
- Bismarckov model,
- Državno zdravstveno osiguranje i
- Vlastito financiranje.

Iako je svaki model različit sam po sebi, većina se zemalja ne pridržava striktno jednog modela; nego većina stvara vlastite hibride koji uključuju značajke nekoliko.





Beveridge Model

- Universal coverage funded by general taxes
- Government-operated facilities
- Private physicians
- Limited private insurance and private facilities
- Global healthcare budget caps costs
- Significant access issues for non-emergent & non-primary care



Bismarck Model

- Health insurance is mandatory
- Individuals select a private, non-profit health plan funded by payroll taxes
- Care provided by private facilities & physicians
- Regulation and global pricing schedules control cost
- Moderate access issues for non-emergent & non-primary care



Single-Payer

- Government-funded health coverage
- Care provided by private facilities and providers
- Moderate penetration of private insurance
- Global healthcare budget caps costs
- Significant access issues for non-emergent & non-primary care

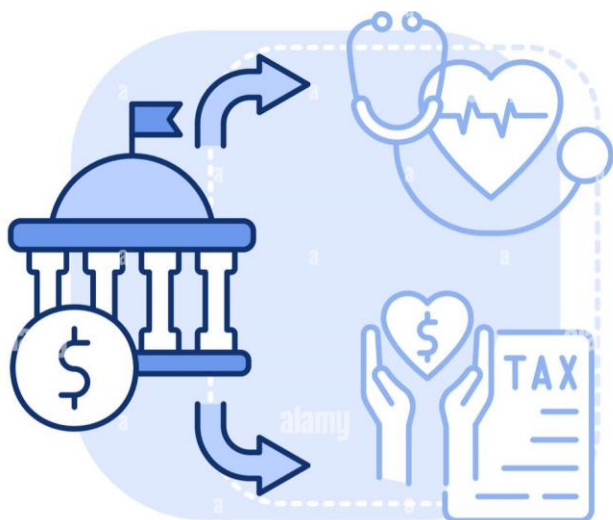


Out-of-Pocket

- Used by roughly 80%+ of countries, typically lack social and economic infrastructure to systemize care
- All care paid for by individuals, no third-party funding
- Generally only the upper classes can access modern care
- Public or charitable care options may exist, but have significant access and quality issues



Beveridgeov model financiranja zdravstvene skrbi



The Beveridge Model

Razvio ga je 1948. Sir William Beveridge u Ujedinjenom Kraljevstvu, Beveridgeov model često je centraliziran uspostavom nacionalne zdravstvene službe. Ili, u slučaju UK-a, National Health Service.

U biti, vlada djeluje kao jedini platitelj, uklanjajući svu konkurenciju na tržištu kako bi zadržala niske troškove i standardizirala beneficije.

Kao jedini obveznik, nacionalna zdravstvena služba kontrolira što davatelji usluga "unutar mreže" mogu učiniti i što mogu naplatiti.

Financira se porezima, nema naknada za pacijente iz vlastitog džepa niti bilo kakvog dijeljenja troškova.

Svima koji su porezni obveznici zajamčen je isti pristup skrbi i nitko nikada neće dobiti račun za liječenje.



Co-funded by
the European Union

Bismarckov model financiranja zdravstva

Stvorio ju je krajem 19. stoljeća Otto von Bismarck kao decentraliziraniji oblik zdravstvene skrbi.

Unutar Bismarckovog modela, poslodavci i zaposlenici odgovorni su za financiranje svog sustava zdravstvenog osiguranja kroz "fondove za bolovanje" stvorene odbicima iz plaća. Privatni planovi osiguranja također pokrivaju svaku zaposlenu osobu, bez obzira na postojeće uvjete, a planovi se ne temelje na dobiti.

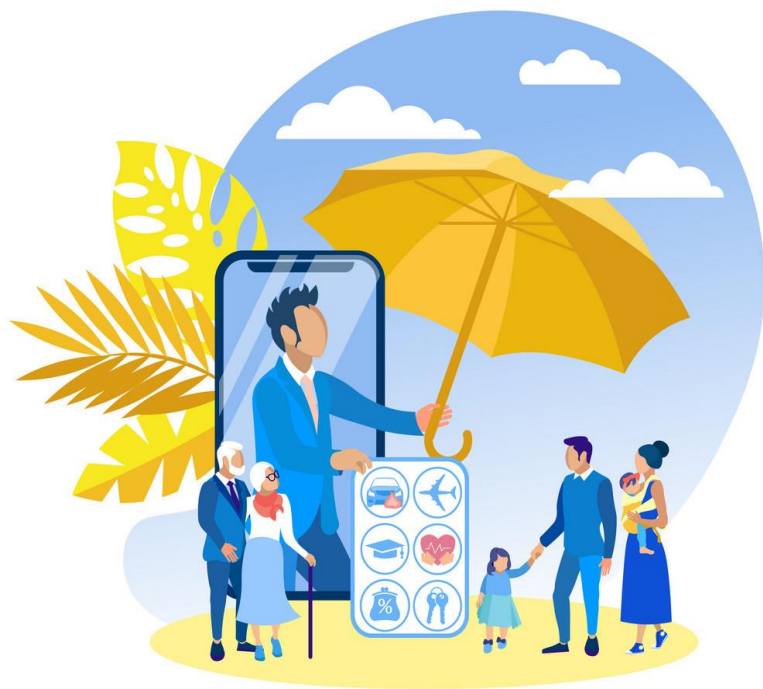
Pružatelji usluga i bolnice općenito su privatni, iako su osiguravatelji javni. U nekim slučajevima postoji samo jedan osiguravatelj (Francuska, Koreja). Druge zemlje, poput Njemačke i Češke, imaju više konkurentskih osiguravatelja. Međutim, vlada kontrolira cijene, slično kao u Beveridgeovom modelu.

Za razliku od Beveridgeovog modela, Bismarckov model ne osigurava univerzalnu zdravstvenu pokrivenost. Zahtijeva zaposlenje za zdravstveno osiguranje, stoga svoja sredstva dodjeljuje onima koji financijski doprinose.

Koriste ga Njemačka, Belgija, Japan, Švicarska, Nizozemska, Francuska i neki zdravstveni planovi poslodavaca u SAD-u.



Nacionalni model financiranja zdravstvenog osiguranja



Model nacionalnog zdravstvenog osiguranja spaja različite aspekte Beveridgeovog i Bismarckovog modela. Prvo, poput Beveridgeovog modela, država djeluje kao jedini platitelj za medicinske postupke. Međutim, poput Bismarckovog modela, davatelji su privatni.

Nacionalni model zdravstvenog osiguranja pokreću privatni pružatelji usluga, ali plaćanja dolaze iz državnog programa osiguranja u koji uplaćuje svaki građanin. U biti, model nacionalnog zdravstvenog osiguranja je univerzalno osiguranje koje ne donosi profit niti odbija zahtjeve.

Budući da nema potrebe za marketingom, nema financijskih motiva za poricanje tvrdnji i nema brige za profitom, jeftiniji je i puno jednostavniji za navigaciju. Ova ravnoteža između privatnog i javnog daje bolnicama i davateljima više slobode bez frustrirajuće složenosti planova i polica osiguranja.

Koriste ga Kanada, Tajvan i Južna Koreja, a slično kao i Medicare u SAD-u.



Co-funded by
the European Union



Model financiranja zdravstvene skrbi iz vlastitog džepa

Model financiranja iz vlastitog džepa najčešći je model u manje razvijenim područjima i zemljama u kojima nema dovoljno financijskih sredstava za stvaranje medicinskog sustava poput tri gore navedena modela. U ovom modelu pacijenti moraju platiti svoje postupke iz vlastitog džepa.

Stvarnost je takva da bogati dobivaju profesionalnu medicinsku skrb, a siromašni ne, osim ako nekako ne mogu doći do dovoljno novca da je plate. Zdravstvo još uvijek pokreću prihodi.

Koriste ga ruralna područja u Indiji, Kini, Africi, Južnoj Americi i neosigurano ili nedovoljno osigurano stanovništvo u SAD-u.



Co-funded by
the European Union



Zdravstvena osiguranja dio su složenosti zdravstvene skrbi



- **Bolnice:** funkcioniraju kao specijalizirani centri za skrb s naprednim medicinskim resursima.
- **Klinike:** nude širok raspon zdravstvenih usluga, od primarne zdravstvene zaštite do specijaliziranih tretmana.
- **Liječnici:** dijagnosticiraju, liječe i koordiniraju brigu o pacijentima.
- **Farmaceutika:** osiguravaju osnovne lijekove za liječenje zdravlja.
- **Pružatelji osiguranja:** nude financijsku potporu za medicinske troškove.

Vrste zdravstvenog osiguranja

Privatno zdravstveno osiguranje:

- U ponudi privatnih tvrtki.
- Otvoreno za svakoga, s premijama temeljenim na individualnim čimbenicima.

Zdravstveno osiguranje koje financira država:

- Omogućuje država (npr. Medicaid i Medicare).
- Podobnost na temelju faktora kao što su prihod, dob i invaliditet.

Zdravstveno osiguranje koje osigurava poslodavac:

- Neki poslodavci nude svojim radnicima.
- Podobnost vezana uz radni status.



Social Health Insurance

- Public and private formal sector employees
- Limited coverage (<25%) in most developing countries
- Financed by payroll tax on employers and/or employees

Private Health Insurance

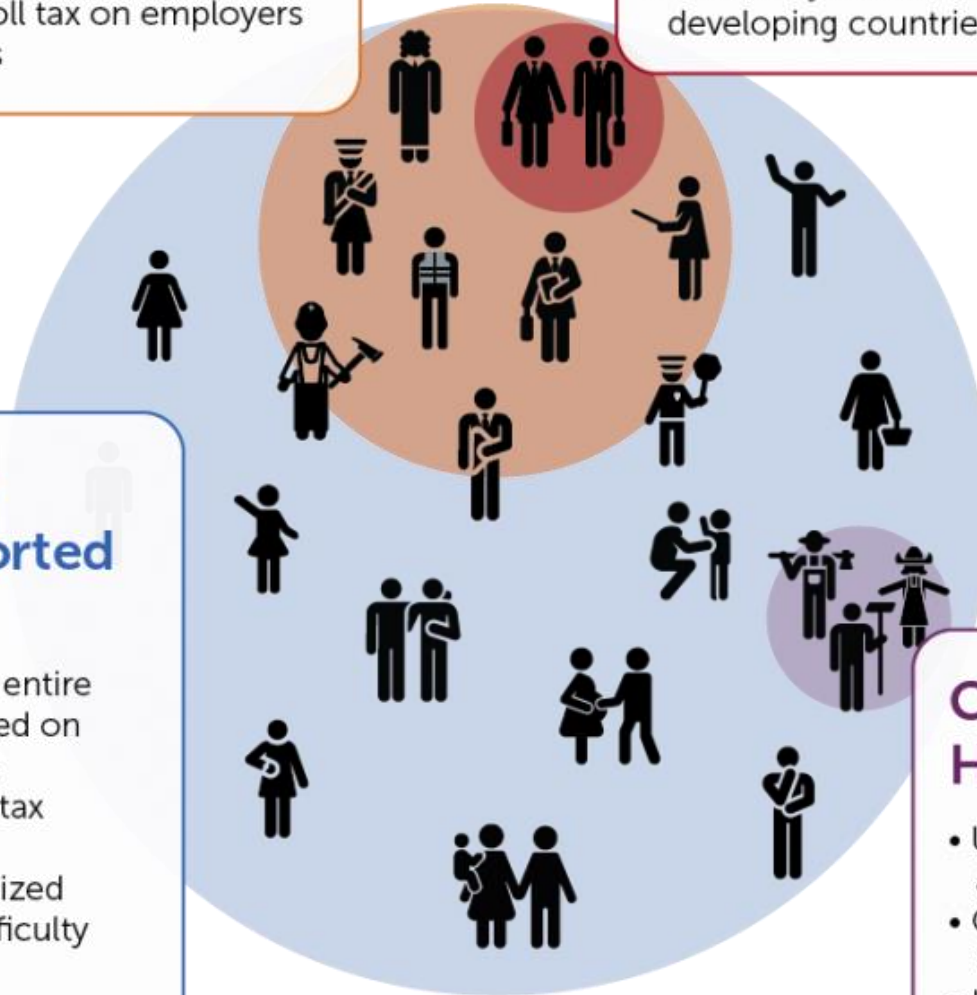
- Private formal sector employees, usually limited to large firms
- Individuals/families can enroll but often face high premiums
- Extremely low coverage in most developing countries (<5%)

National and Other Government-supported Insurance

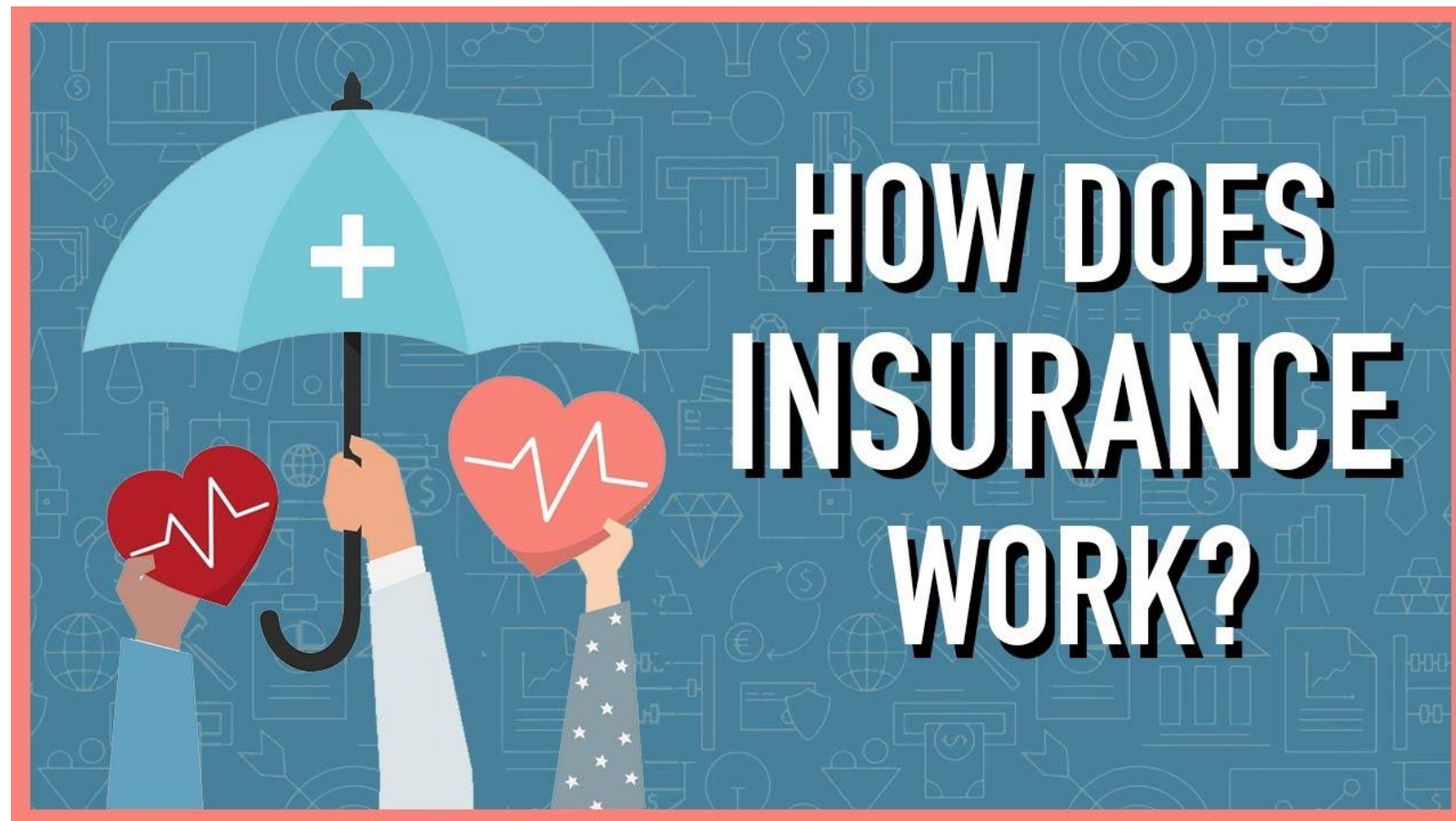
- Aims to offer coverage for the entire population, with eligibility based on citizenship or residency status
- Typically funded from general tax revenues
- Often targets poor with subsidized coverage, although there is difficulty in identification
- Informal sector workers may have voluntary enrollment with set premiums

Community-based Health Insurance

- Usually rural, informal sector workers and households
- Often has a more limited benefits package
- Limited cross-subsidization due to homogeneity of risk pool (poor)



Kako funkcionira osiguranje?: Edukativni video



Co-funded by
the European Union

- https://www.youtube.com/watch?v=pZHilGFLN8Y&ab_channel=WorldHealthOrganization%28WHO%29

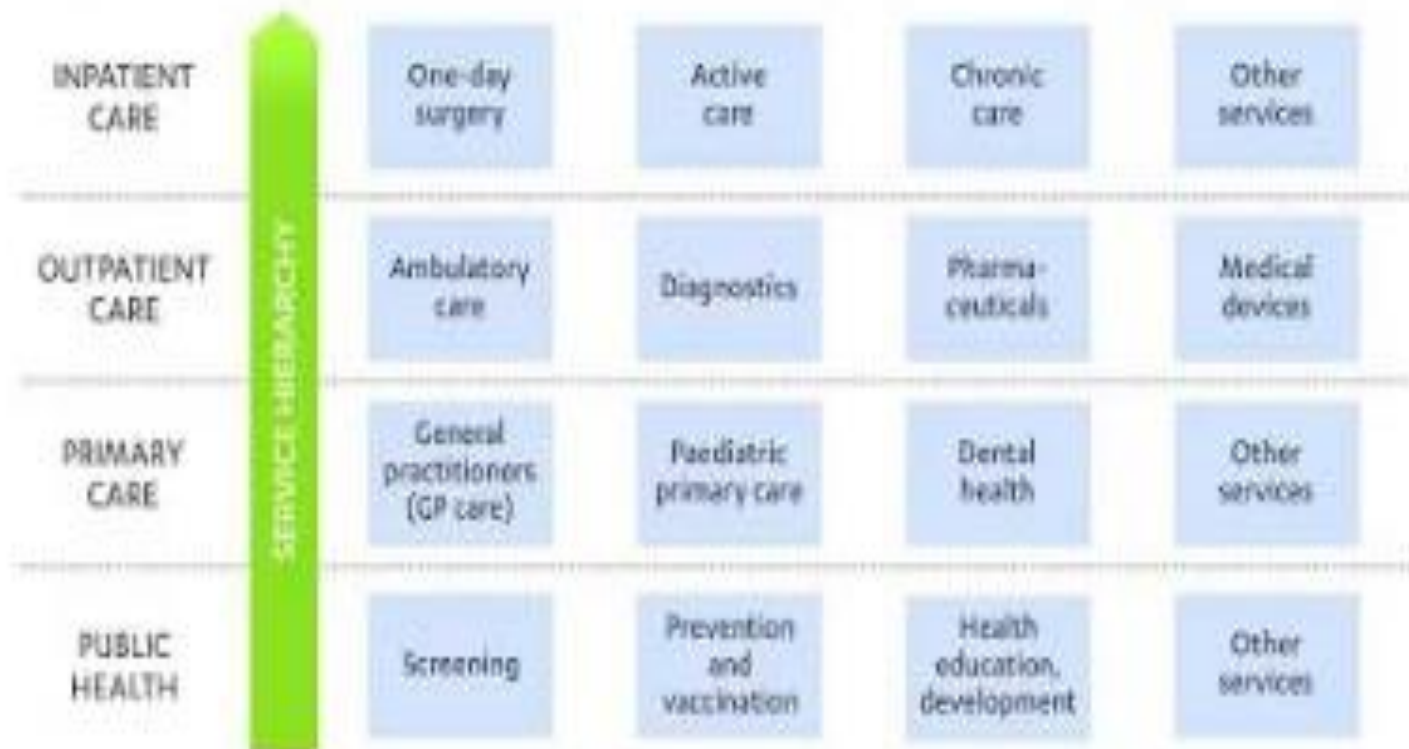


Važnost zdravstvenog osiguranja

- **Financijska sigurnosna mreža:** Sprječava ogromne medicinske troškove.
- **Preventivna skrb:** Pokriva cijepljenja, preglede i preglede, potičući ranu intervenciju.
- **Kvalitetna njega:** Omogućuje pristup akreditiranim zdravstvenim radnicima.
- **Smanjene prepreke:** čini zdravstvenu skrb pristupačnijom i pristupačnijom.
- **Pokrivenost za hitne slučajeve:** Osigurava trenutnu skrb u kritičnim situacijama.
- **Duševni mir:** Smanjuje stres i poboljšava opću dobrobit.

Načini financiranja u zdravstvu: Edukativni video

Developed health care systems provide a wide range of publicly funded services to patients



©www.janssenbiocells.com

- https://www.youtube.com/watch?v=VFirqkhs5e0&ab_channel=Janssen4Patients



PROGRAM ZDRAVSTVENO OPISMENJAVANJE I ZDRAVI ŽIVOTNI STILOVI ZA ROME U ROMSKIM NASELJIMA

Modul 2: Sustavi zdravstvene zaštite POGLAVLJE 3: Zdravstveno osiguranje i ekonomičnost zdravstvene zaštite

ZAKLJUČCI

- Ciljevi zdravstvenih sustava su dobro zdravlje građana, odgovor na očekivanja stanovništva i pravedni načini financiranja poslovanja.
- Napredak prema njima ovisi o tome kako sustavi obavljaju četiri vitalne funkcije: pružanje zdravstvenih usluga, stvaranje resursa, financiranje i upravljanje.
- Druge dimenzije za procjenu zdravstvenih sustava uključuju kvalitetu, učinkovitost, prihvatljivost i pravednost.



Co-funded by
the European Union

PROGRAM ZDRAVSTVENO OPISMENJAVANJE I ZDRAVI ŽIVOTNI STILOVI ZA ROME U ROMSKIM NASELJIMA

