

HRVATSKI SABOR

2519

Na temelju članka 81. Ustava Republike Hrvatske Hrvatski sabor na sjednici 28. rujna 2012. donio je

NACIONALNU STRATEGIJU RAZVOJA ZDRAVSTVA 2012. – 2020.

1. UVOD

1.1 Okvir, pojmovno određenje i važnost Strategije

1.1.1 Obaveze Republike Hrvatske prema građanima

Prema članku 59. Ustava Republike Hrvatske, »svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom«. Kako bi ispunila svoju ustavnu obavezu, Republika Hrvatska svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje tako da:

- planira zdravstvenu zaštitu i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite,
- osigurava zakonsku osnovu za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite,
- osigurava uvjete za zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva,
- osigurava razvoj zdravstveno-informacijskog sustava u Republici Hrvatskoj,

- osigurava razvoj sustava telemedicine u Republici Hrvatskoj,
- osigurava uvjete za edukaciju zdravstvenih kadrova.

Osim organizacije, upravljanja i financiranja zdravstvenog sustava, Republika Hrvatska mjerama gospodarske i socijalne politike stvara uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, kao i uvjete za zaštitu i očuvanje te poboljšanje zdravlja stanovništva. Mjerama porezne i gospodarske politike potiče razvijanje zdravih životnih navika. U svrhu održivog razvoja i unapređenja kvalitete osigurava razvoj znanstvene djelatnosti na području zdravstvene zaštite.

Prema članku 70. Ustava Republike Hrvatske »Svatko ima pravo na zdrav život«, a »Država osigurava uvjete za zdrav okoliš«. Nadalje, »Svatko je dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobito skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša«.

Prava i obaveze iz članka 70. Ustava Republika Hrvatska ostvaruje usklađenim djelovanjem više javnih sektora, i to provođenjem mjera na području zaštite zdravlja od štetnih čimbenika okoliša mjerama koje stanovništvu osiguravaju zdravstveno ispravnu hranu i vodu za piće, vodu za rekreaciju i ostale vode, predmete opće uporabe, zaštitu od buke, kakvoću zraka kao i mjerama za neškodljivo zbrinjavanje otpadnih tvari, mjerama zaštite zdravlja od štetnog djelovanja kemikalija te za zaštitu od izvora ionizirajućih i neionizirajućih zračenja.

1.1.2 Ostvarivanje ustavnog prava na zdravstvenu zaštitu

Zajamčena ustavna prava na zdravstvenu zaštitu ostvaruju se kroz sustav zdravstva i za njih je odgovorno Ministarstvo zdravlja koje ima nadležnost nad sustavom koji osigurava pružanje zdravstvene zaštite. Sustav zdravstva primarno je određen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Zdravstveni sustav (Zdravstvo) Republike Hrvatske obuhvaća zdravstvenu djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se

obavlja kao javna služba po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije pri pružanju zdravstvene zaštite.

zdravstvo, sr

1. djelatnost na zaštiti zdravlja i liječenju bolesti
2. ukupnost ustanova i stručnjaka za tu djelatnost

Izvor: Hrvatski jezični portal

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za:

- očuvanje i unapređenje zdravlja,
- sprečavanje bolesti,
- rano otkrivanje bolesti,
- pravodobno liječenje te
- zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

Mjere zdravstvene zaštite su:

1. zaštita od ekoloških čimbenika štetnih za zdravlje uključujući sve mjere za očuvanje, unapređenje, praćenje i poboljšanje zdravstvenih i higijenskih uvjeta za život i rad čovjeka,

2. provođenje zdravstvenog odgoja, prosvjeđivanje i promicanje zdravlja s ciljem unapređenja duševne i tjelesne sposobnosti osoba,

3. otkrivanje i otklanjanje uzroka bolesti, odnosno sprečavanje i suzbijanje bolesti te ozljeda i njihovih posljedica,

4. mjere i aktivnosti za sprečavanje, pravodobno otkrivanje i suzbijanje zaraznih i kroničnih masovnih bolesti te bolničkih infekcija

5. mjere zdravstvene zaštite u vezi s radom i radnim okolišem (specifična zdravstvena zaštita radnika),

6. liječenje i rehabilitacija oboljelih, tjelesno i duševno oštećenih i ozlijeđenih osoba te osoba s invaliditetom,

7. posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina života,

8. palijativna skrb za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće,

9. osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zdravstvene zaštite djece i mladeži,

10. osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom,

11. opskrba lijekovima i medicinskim proizvodima za zdravstvenu zaštitu,

12. pregledi umrlih.

1.1.3 Pojmovno određenje i važnost Strategije

Nacionalna strategija razvoja zdravstva (u daljnjem tekstu: Strategija) je krovni dokument koji utvrđuje kontekst, viziju, prioritete, ciljeve i ključne mjere u zdravstvu Republike Hrvatske u predstojećem razdoblju. Vremenski obzor do 2020. godine odabran je jer pruža dovoljno vremena za provedbu i vrednovanje strateških mjera, a podudara se i s ključnim strateškim dokumentima Europske unije (EU) i Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).

Kao krovni dokument koji usmjerava razvoj zdravstva u predstojećem razdoblju, Strategija čini osnovu za donošenje politika i odluka u zdravstvu, uključujući i odluke o raspodjeli proračunskih sredstava u sektoru zdravstva. Svrha Strategije nije sastaviti dugi popis mjera i aktivnosti koje je potrebno provesti kako bi se ostvarili svi opći i specifični ciljevi u svakom pojedinom segmentu zdravstva. Umjesto toga, Strategija mora ponuditi jasne i uvjerljive razloge zašto se nešto smatra prioritetom. Kao takva, ona čini osnovu za izradu novih te vrednovanje i reviziju postojećih planskih i operativnih

dokumenata koji razrađuju razvojne mjere i konkretne aktivnosti u pojedinim segmentima zdravstva. (npr. strateški plan razvoja ljudskih resursa, masterplan bolnica, strateški plan razvoja palijativne skrbi, strateški plan razvoja javnog zdravstva i dr.).

Strategija ima veliko značenje i u kontekstu europskih integracija Republike Hrvatske. Pristupanje EU-u, predviđeno za 1. srpnja 2013. godine, nesumnjivo je jedan od najvažnijih događaja u povijesti Republike Hrvatske. S obzirom na predviđeni datum pristupanja, veći dio vremenskog razdoblja obuhvaćenog ovim dokumentom Hrvatska će provesti kao članica EU-a. Stoga je nužno razvoj zdravstva Republike Hrvatske planirati u kontekstu društvenog, zakonskog i ekonomskog okvira EU-a. Hrvatska je i zemlja članica SZO-a, međunarodnog tijela koje usmjerava i koordinira zdravstvene politike zemalja članica Ujedinjenih naroda (UN). Ključni dokumenti EU-a i SZO-a za predstojeće razdoblje, a koje Strategija mora uzeti u obzir, jesu:

Europe 2020, strategija EU-a za pametan, održiv i uključiv rast, usvojena u ožujku 2010.;

Health 2020, nova zdravstvena politika Europske regije SZO-a, čije je službeno usvajanje predviđeno u rujnu 2012.

Zajednički strateški okvir (engl. Common Strategic Framework) 2014. – 2020. koji čini osnovu za financiranje iz fondova EU-a.

Prema paketu zakonodavnih prijedloga koji će oblikovati kohezijsku politiku EU-a u razdoblju od 2014. – 2020., postojanje nacionalnoga ili regionalnoga strateškog okvira nužan je preduvjet (engl. *ex-ante conditionality*) za financiranje projekata u području zdravstva. Takav nacionalni strateški dokument mora sadržavati:

- koordinirane mjere za poboljšanje dostupnosti zdravstvenih usluga
- mjere za poticanje djelotvornosti u zdravstvenom sektoru kroz primjenu učinkovitih modela pružanja zdravstvenih usluga
- sustav praćenja i provjere.

Također, strateški okvir mora prikazati dostupna proračunska sredstva i troškovno učinkovito usmjeravanje sredstava na prioritete potrebe zdravstvenog sustava. Sasvim je izvjesno da se sve potrebe u zdravstvenom sustavu ne mogu smatrati prioritetima, stoga je i jedan od glavnih ciljeva u procesu izrade ove Strategije bio postizanje konsenzusa oko stvarnih prioriteta.

1.2. Izrada i struktura Strategije

Izrada Strategije temeljila se na partnerskom pristupu, a bila je organizirana tako da uključi što širi krug zainteresirane stručne i opće javnosti. Nositelji procesa bili su ministar zdravlja kao Glavni urednik te Urednički odbor. Njihova je uloga bila utvrđivanje i odobravanje strukture, sadržaja i postupka izrade Strategije, praćenje izrade Strategije i njezino predstavljanje u javnosti.

Koordinacijski odbor prikupljao je i uređivao statističke, epidemiološke i druge podatke koji su služili kao osnova za Strategiju; organizirao stručne i javne konzultacije (uključujući radionice s Povjerenstvima) te prikupljao i obrađivao rezultate tih konzultacija, pripremio nacrt Strategije i njezinu konačnu verziju.

Povjerenstva su činili stručnjaci iz različitih ustanova, društava i organizacija u sustavu zdravstva. Kroz radionice i u konzultacijama s Koordinacijskom skupinom, Povjerenstva su pomagala u identifikiranju prioritarnih problema u zdravstvu i mogućnostima utjecanja na te probleme. S obzirom na njihov položaj u sustavu zdravstva, članovi Povjerenstava omogućili su protočnost ideja, prijedloga i primjedbi iz šire stručne zajednice prema Koordinacijskom i Uredničkom odboru te Glavnom uredniku.

Povjerenstva su bila organizirana tako da svako od njih promatra cijeli sustav zdravstva, ali iz različitog motrišta. Na taj način nastojao se ostvariti holistički pristup promišljanju problema i strateškom planiranju u sustavu zdravstva.

Imenovano je pet Povjerenstava:

1. *Povjerenstvo za organizaciju sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive njegovih razina i oblika (primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita, javno zdravstvo, palijativna skrb, znanost i istraživanja),

2. *Povjerenstvo za profesije i ljudske resurse*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive ljudi koji u njemu rade (liječnici, stomatolozi, medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, ostale zdravstvene profesije, ljekarnici, nezdravstveno osoblje u zdravstvenom sustavu, volonteri),

3. *Povjerenstvo za područja zdravstvene zaštite*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive pet osnovnih područja: 1) promicanje zdravlja, 2) prevencija, 3) dijagnostika i rano otkrivanje bolesti, 4) terapija i njega, te 5) rehabilitacija,

4. *Povjerenstvo za financiranje sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive financiranja, vlasništva, zdravstvenih osiguranja, odnosa javnog i privatnog u zdravstvu i sl.

5. *Povjerenstvo za pravna pitanja*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz pravne perspektive, s obzirom na trenutno stanje zakonodavstva u Hrvatskoj i kontekst ulaska Hrvatske u EU.

Strategija se izrađivala uz progresivno povećavanje uključenosti stručne i opće javnosti. Prve podatke i analize obavio je Koordinacijski odbor, uz pomoć suradnika iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i drugih ustanova. Svako od Povjerenstava je na zasebnoj radionici krajem svibnja 2012. identificiralo prioritete probleme. U suradnji sa Zakladom Friedrich Ebert 12. lipnja 2012. održana je konferencija na kojoj su se članovima Povjerenstava pridružili i drugi predstavnici ključnih dionika u zdravstvu kako bi raspravljali o strateškim pitanjima. Na temelju prikupljenih podataka i partnerskih konzultacija izrađena je SWOT analiza, identificirani su strateški problemi hrvatskoga zdravstva te predloženi strateški razvojni pravci, prioriteta i mjere (Slika 1).

Konačan proizvod opisanog procesa bio je nacrt Strategije, dokument koji je služio kao osnova za javnu raspravu i koji je službeno predstavljen na tečaju »Mediji i zdravlje« 28. lipnja 2012. u Grožnjanu. Formalno mišljenje o nacrtu Strategije zatražilo se od ključnih dionika u sustavu zdravstva, a cjelokupna javnost bila je pozvana da do 20. srpnja 2012. komentira sadržaj dokumenta. Nakon javne rasprave o nacrtu Strategije, prikupljeni komentari i primjedbe analizirani su i uzeti u obzir pri izradi konačne inačice Strategije.

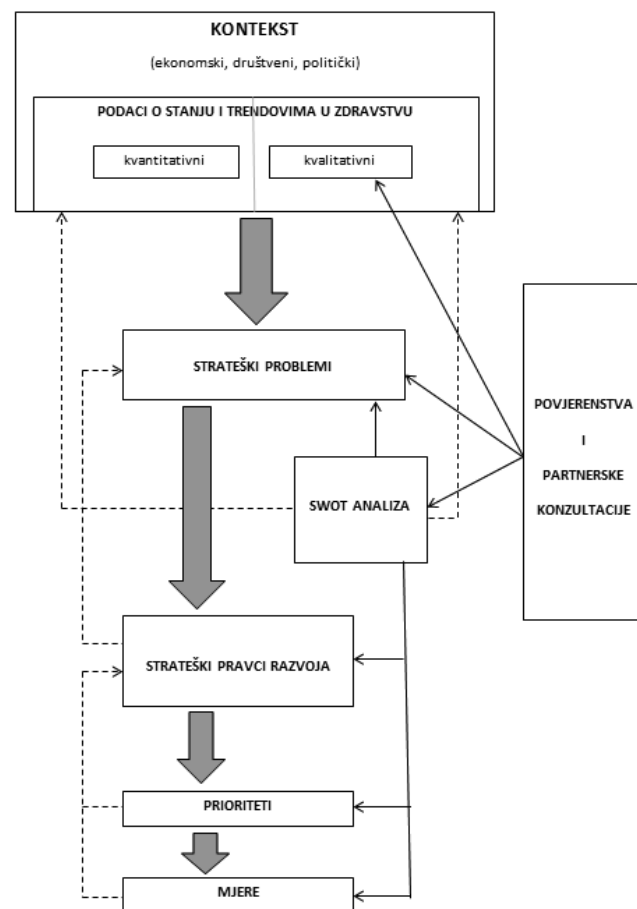
Strategija sadrži sljedeća poglavlja:

1. Uvod, koji opisuje okvir, svrhu, proces izrade i sadržaj dokumenta
2. Prikaz pokazatelja zdravlja u RH
3. Prikaz stanja i trendova u zdravstvu RH
4. Implikacije ulaska RH u EU
5. Vizija, vrijednosti i vodeća načela
6. SWOT analiza i strateški problemi
7. Strateški pravci razvoja, prioriteta i mjera
8. Literatura i izvori.

U prikazu pokazatelja zdravlja te stanja i trendova u zdravstvu RH (2. i 3. poglavlje) koriste se opisi i – gdje god je to moguće – brojevi pokazatelji, uz prikaz regionalnih razlika i usporedbe s prosjekom EU-a. S obzirom na bitne razlike između 15 zemalja »starih« članica (EU 15) koje su EU-u pristupile do 2004. godine i 12 »novih« članica (EU 12) koje su EU-u pristupile nakon 2004. godine, u usporedbama se razdvojeno prikazuju prosjeci tih dviju skupina zemalja. Osim toga, u većini usporedbi prikazuju se i vrijednosti Republike Češke i Republike Slovenije, dviju država koje su odabrane kao »referentne« za Republiku Hrvatsku zbog svoje veličine, geografskog položaja te kulturne i povijesne bliskosti.

SWOT analiza navodi ključne snage, slabosti, prilike i prijetnje u sustavu zdravstva, a njezini elementi proizlaze iz opisa stanja i brojčanih pokazatelja.

Po donošenju Strategije u Hrvatskom saboru, Ministarstvo zdravlja će Strategiju objaviti na svojim internetskim stranicama i u obliku tiskane publikacije.



Slika 1. Konceptualni okvir u izradi Strategije. Velike sive strelice označavaju središnju os razvoja dokumenta. Pуне tanke strelice označavaju doprinose pojedinih elemenata u izradi drugih elemenata, a iscrtane tanke strelice označavaju eksplicitno pozivanje pojedinih elemenata na prethodne elemente. Javna rasprava dala je doprinose svim elementima strategije.

2. POKAZATELJI ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

2.1 Okoliš i zdravlje

2.1.1 Zrak

Sustavno praćenje kakvoće zraka u Hrvatskoj provodi se na postajama za praćenje kakvoće zraka državne mreže (u nadležnosti Ministarstva zaštite okoliša i prirode i Državnog hidrometeorološkog zavoda), lokalnih mreža (u nadležnosti županija, Grada Zagreba, gradova i općina), kao i na postajama za posebne namjene (onečišćivači koji moraju obavljati praćenje kakvoće zraka). Agencija za zaštitu okoliša prikuplja podatke i izrađuje godišnja izvješća o kakvoći zraka u Hrvatskoj.

Trenutno ne postoji sustavno analiziranje povezanosti razine i vrste onečišćenja zraka i njegovih posljedica po ljudsko zdravlje. Neke epidemiološke studije u školske djece pokazale su da se prevalencija simptoma astme i alergijskog rinitisa u populaciji školske djece razlikuje između kontinentalnog i primorskog dijela Hrvatske (u kontinentalnom dijelu 6% za astmu i 12,1% za alergijski rinitis, u primorskom dijelu 8,4% za astmu i 17,5% za alergijski rinitis). Kontrola kakvoće zraka u zatvorenim prostorima se ne provodi sustavno i planski pa ne postoje relevantni podaci o kvaliteti zraka kojoj je stanovništvo izloženo u svojim domovima i na poslu te eventualnim zdravstvenim posljedicama.

2.1.2 Tlo

Na području Republike Hrvatske trenutno ne postoji sustavno prikupljanje podataka o stanju tla. Postojeći pojedinačni podaci prikupljeni za znanstveno-istraživačke svrhe često su neusporedivi zbog nepostojanja harmoniziranih metoda prikupljanja i analize uzoraka te prikaza podataka.

Agencija za zaštitu okoliša je izradila Program trajnog motrenja tla kao polazni dokument za osiguranje prikupljanja podataka o stanju tla.

2.1.3 Voda

2.1.3.1 Voda za piće

Obuhvat hrvatskog stanovništva priključcima na javne vodoopskrbne sustave iznosi 74%, sa značajnim regionalnim varijacijama. Općenito na razini Hrvatske, uzevši u obzir tehničko-tehnološko stanje vodovoda, zdravstvena ispravnost vode za piće iz javnih vodoopskrbnih objekata je zadovoljavajuća.

Kritična stanja u opskrbi vodom za piće su u ruralnim područjima gdje su naselja raspršena i na nepogodnom reljefu te na otocima. U ruralnim područjima ispitivanja zdravstvene ispravnosti vode za piće iz zdenaca pokazuju da je u oko trećine ispitanih uzoraka prisutno mikrobiološko onečišćenje. Nepostojanje sustavne kontrole zdravstvene ispravnosti vode za piće lokalnih vodovoda i bunara važan je problem u području osiguranja zdravstveno ispravne vode za piće u Hrvatskoj.

2.1.3.2 Voda za rekreacijske potrebe

Zdravstvena ispravnost rekreacijskih voda u bazenima prati se primjenom nejedinstvene, nestandardizirane metodologije, a podaci se ne prikupljaju sustavno na nacionalnoj razini. Rezultati ispitivanja kakvoće mora na plažama pokazuju da je naše more visoke kakvo-

će, jer više od 98.5% ukupno analiziranih uzoraka ispunjava stroge kriterije koje propisuje Uredba o kakvoći mora za kupanje. Upravljanje kakvoćom voda za kupanje na kopnenim površinskim vodama uređeno je Uredbom o kakvoći vode za kupanje.

2.1.4 Hrana

Analizu hrane domaćeg podrijetla i iz uvoza u svrhu utvrđivanja zdravstvene ispravnosti obavljaju ovlašteni službeni i referentni laboratoriji u Republici Hrvatskoj. Ministarstvo poljoprivrede, Uprava veterinarstva provodi plan nadziranja uvoznih pošiljaka proizvoda životinjskog podrijetla i životinja s ciljem praćenja sukladnosti s važećim propisima, a naročito u svrhu otkrivanja rezidua, patogenih organizama ili drugih tvari opasnih za ljude, životinje i okoliš. Ovi planovi nadziranja temelje se na vrsti proizvoda i opasnosti koju predstavljaju, uzimajući u obzir sve važne parametre nadziranja kao što je učestalost i broj ulaznih pošiljaka, te rezultate prethodnog nadziranja. Tijekom 2009. godine je službenim uzorkovanjem provedenim na temelju plana nadziranja pošiljaka hrane životinjskog podrijetla iz uvoza utvrđeno da 12 pošiljaka nije udovoljavalo mikrobiološkim standardima za hranu. Tijekom 2010. godine utvrđeno je 12, a tijekom 2011. godine 10 takvih pošiljaka. Na temelju ukupnih rezultata analiza službeno uzorkovanih pošiljaka iz uvoza i domaćeg podrijetla, analiziranih u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i mreži zavoda za javno zdravstvo, mikrobiološki zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica je u 2010. godini bilo 7%, a taj se udio u posljednjih sedam godina smanjuje. Kemijski zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica bilo je manje od 5%.

2.1.5 Buka

Prema Zakonu o zaštiti od buke, gradovi s više od 100.000 stanovnika te vlasnici i koncesionari industrijskih područja, glavnih cesta, željezničkih pruga i zračnih luka obvezni su izraditi stratešku kartu buke koja je namijenjena cjelovitom ocjenjivanju izloženosti stanovništva buci iz različitih izvora. Ministarstvo zdravlja je do svibnja 2012. ovlastilo ukupno 22 pravne osobe za obavljanje stručnih poslova zaštite od buke – akustička mjerenja, dok su četiri pravne osobe ovlaštene za obavljanje stručnih poslova zaštite od buke koji se tiču i izrade strateških karata buke. U Republici Hrvatskoj među obveznicima izrade strateških karata buke, karte su do svibnja 2012. izradili Grad Rijeka, Grad Split i Autocesta Zagreb Macelj d.o.o.. Od jedinica lokalne samouprave koje nisu u obvezi izrade strateških karata buke, karte buke su izradili Varaždin, Sisak, Mali Lošinj, Bjelovar, Pula, Kutina, Delnice, Velika Gorica, Viškovo, Popovača, Ivanić-Grad, Lipik, Sveti Ivan Zelina, Kastav i Makarska. Stratešku kartu buke je izradila i Zračna luka Dubrovnik, iako nije u obvezi. Razvidno je da postoje regionalne razlike u stupnju izrađenosti strateških karata buke.

2.1.6 Zračenje, kemikalije i klima

Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost je zadužen za nadzor i praćenje svih djelatnosti s izvorima ionizirajućeg zračenja. Svake dvije godine, a po potrebi i češće, zavod podnosi Vladi Republike Hrvatske izvješće o zaštiti od ionizirajućeg zračenja i nuklearnoj sigurnosti za prethodno razdoblje.

U Hrvatskoj nema sustavnog istraživanja o utjecaju neionizirajućeg zračenja na zdravlje ljudi, iako je to u Europi jedan od prioriteta jer su izvori takvog zračenja uređaji novijih tehnologija čija je uporaba sve veća.

U Hrvatskoj nisu dostupni podaci koliko se godišnje osoba otuje kao posljedica rukovanja/izloženosti kemikalijama, prema vrsti, uzrocima i okolnostima trovanja, kao ni ishodu trovanja.

U Hrvatskoj još uvijek ne postoji zadovoljavajuća intersektorska suradnja koja bi omogućila sustavno bavljenje utjecajem klime i klimatskih promjena na zdravlje ljudi. Mjerenja ukupnog ozona, koji ima važnu ulogu u nepropuštanju ultraljubičastog zračenja do tla, zasad se u Hrvatskoj ne provode pa se za uvid u stanja ukupnog ozona nad našim područjima koriste podaci dobiveni iz satelita (World Ozone and Ultraviolet Radiation Data Centre – WOUDC). Zonalno osrednji podaci ukupnog ozona za razdoblje 1979. – 2007. pokazuju trend smanjenja ukupnog ozona koji iznosi -3.1% po desetljeću. Bilježi se stalno povećanje dozračene UV-B energije, od prosječno 8% godišnje.

2.2 Odrednice zdravlja

2.2.1 Prehrana i prehrambene navike

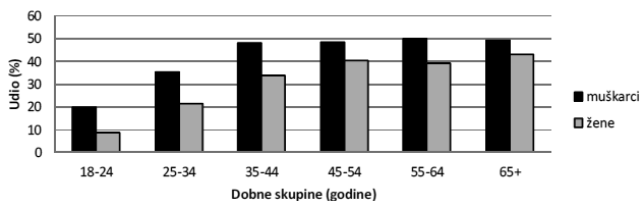
Rezultati Hrvatske zdravstvene ankete (HZA) iz 2003. pokazali su da 15,9% odrasle populacije (20,2% muškaraca i 12,1% žena) ima loše prehrambene navike. Najveća prevalencija loših prehrambenih navika utvrđena je u Istočnoj (23,8%) i Središnjoj (23,0%) regiji, a najmanja u priobalnom dijelu RH (8,6%) i Gradu Zagrebu (8,9). U svim regijama muškarci su imali lošije prehrambene navike u usporedbi sa ženama. Prehranu u Hrvatskoj karakterizira energetska neuravnoteženost, preveliki unos masti i rafiniranih ugljikohidrata, a nedovoljna potrošnja povrća i voća.

Podaci istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) 2010. godinu pokazuju da radnim danom uvijek doručkuje samo 59% učenika i 54% učenica. Porastom dobi sve se manje doručkuje, a djevojčice doručkuju rjeđe od dječaka. U 2010. godini konzumacija voća i povrća kod najvećeg dijela mladih nije zadovoljavala stručne preporuke. U 2010. godini, slatka pića svaki dan je pilo 30% dječaka i 22% djevojčica, a slatkise je jednom ili više puta dnevno jelo 33% dječaka i 38% djevojčica.

2.2.2 Povećana tjelesna masa i pretilost

Rezultati HZA-e iz 2003. pokazuju da prekomjernu tjelesnu masu ima preko 60% muškaraca i 50% žena što Hrvatsku svrstava u skupinu zemalja s vrlo visokom prevalencijom prekomjerne tjelesne mase.

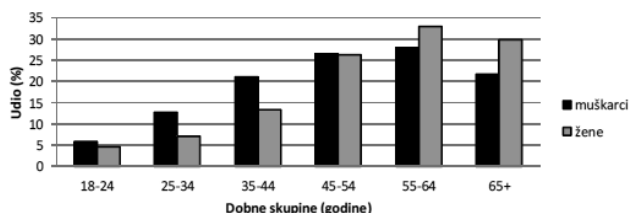
Povećanu tjelesnu masu u Hrvatskoj ima 20% muškaraca u dobi do 24 godine, više od trećine muškaraca u dobi od 25 do 34 godine te gotovo polovica muškaraca iznad 35 godina života. Povećanu tjelesnu masu ima manje od 10% najmlađih žena, ali se taj udio značajno povećava nakon 25. godine te oko 40% žena u dobi od 45 godina ili starijih ima povećanu tjelesnu masu (Slika 1).



Slika 1. Udio odraslih osoba s povećanom tjelesnom masom prema spolu i dobi u RH.

Izvor: Hrvatska zdravstvena anketa, 2003.

Pretilosne osobe čine oko 20% odraslog stanovništva u Hrvatskoj, s otprilike podjednako zastupljenim spolovima (20,1% muškaraca i 20,6% žena). Usporedbe radi, u Sloveniji je niži udio pretilih i među muškarcima (16,5%) i među ženama (13,8%). U Hrvatskoj se udio pretilih povećava s dobi (Slika 2). Više od 40% odraslih ima visceralni tip debljine (opseg struka ≥ 102 cm kod muškaraca odnosno ≥ 88 cm kod žena, kriteriji SZO-a).



Slika 2. Udio pretilih odraslih osoba prema spolu i dobi u RH. Izvor: Hrvatska zdravstvena anketa, 2003.

Ukupni udio odraslih s prekomjernom tjelesnom masom kreće se od 55,4% u Zapadnoj regiji do 62% u Središnjoj regiji. Najmanji udio pretilih također je u Zapadnoj regiji (15,5%), a najveći u Sjevernoj (25,6%) i Središnjoj (24,6%) regiji (Tablica 1).

Tablica 1. Regionalna prevalencija povećane tjelesne mase (indeks tjelesne mase 25 – 29,9) i pretilosti (indeks tjelesne mase ≥ 30) u odraslih osoba u RH. Izvor: Hrvatska zdravstvena anketa, 2003.

Regija	Povećana tjelesna masa (%)	Pretilost (%)
Grad Zagreb	39,1	19,3
Istočna	35,1	21,7
Južna	41,4	16,0
Zapadna	39,9	15,5
Središnja	37,4	24,5
Sjeverna	35,6	25,6
Hrvatska	38,1	20,4

Istraživanje stanja uhranjenosti hrvatske djece školske dobi na reprezentativnom uzorku djece u dobi od 6,5 do 18,5 godina ukazalo je na postojanje sekularnog trenda, prema kojem su djeca iste dobi viša i teža u odnosu na svoje vršnjake u razdoblju od 1980. do 1984. godine (dječaci u dobi od 7 godina za 2,7 cm viši; djevojčice za 2,5 cm). Glede tjelesne mase, najveće razlike su nađene kod 16-godišnjih dječaka koji su teži u prosjeku 8,7 kg te kod djevojčica u dobi od 11 do 12 godina koje su teže u prosjeku 5,2 kg. Osim sekularnog trenda, u Hrvatskoj se bilježi zabrinjavajući nesrazmjer u povećanju tjelesne mase u odnosu na tjelesnu visinu, sa sve većim udjelom djece s povećanom tjelesnom masom odnosno pretilošću. U razdoblju od 2005. do 2009. godine 26,4% pregledane školske djece imalo je prekomjernu tjelesnu masu, od čega je 15,2% bilo preuhranjeno (tj. s povećanom tjelesnom masom), a 11,2% pretilo.

Značajan porast prevalencije prekomjerne tjelesne mase među djecom i odraslim stanovništvom svrstava Hrvatsku među vodeće zemlje po prevalenciji prekomjerne tjelesne mase u Europi, ali i u svijetu.

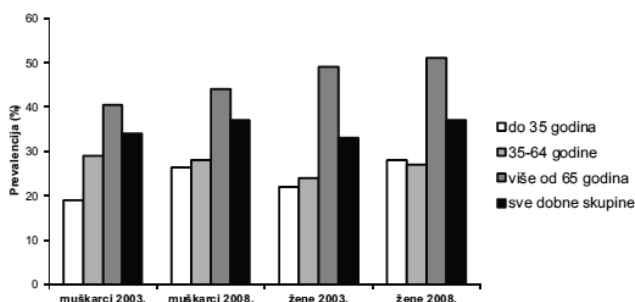
Na međunarodnoj razini postoji nekoliko dokumenata posvećenih rješavanju rastućeg problema prekomjerne tjelesne težine: Globalna strategija o prehrani, tjelesnoj aktivnosti i zdravlju (SZO), Europska povelja za sprječavanje pretilosti (SZO) i Bijela knjiga Europske strategije za zdravstvene probleme vezane uz prehranu, povećanu tjelesnu težinu i pretilost (Europska komisija). Podržavajući navedene dokumente, Hrvatska je i sama izradila vlastitu osnovu za

provođenje preventivnih aktivnosti vezanih za prekomjernu tjelesnu težinu, a čine ju Hrvatska prehrambena politika, Akcijski plan za hranu i prehranu i Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine.

2.2.3 Tjelesna aktivnost

Tjelesna je aktivnost jedan od temeljnih načina poboljšanja fizičkog i duševnog zdravlja ljudi. Ona smanjuje rizike nastanka mnogih kroničnih nezaraznih bolesti, ublažuje njihovo napredovanje i značajno koristi društvu povećanjem društvenog međudjelovanja i komunalnog angažiranja. Osim preventivnog djelovanja, tjelesna aktivnost uključuje poboljšanje fizičkog fitnesa, mišićne jakosti i kvalitete života. To je posebno važno za starije osobe, jer redovita tjelesna aktivnost može povećati potencijal nezavisnog življenja.

Podaci HZA-e iz 2003. pokazuju da se ukupno 30,5% hrvatskih građana starijih od 18 godina smatra fizički neaktivnim, s podjednakom prevalencijom u muškaraca (28,9%) i žena (31,9%). Prevalencija fizičke neaktivnosti 2008. je bila veća nego 2003. (Slika 3).



Slika 3. Usporedbe prevalencija tjelesne neaktivnosti u Hrvatskoj između 2003. i 2008. godine, po spolu i dobnim skupinama. Izvor: Hrvatska zdravstvena anketa.

Prema rezultatima istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi za 2010. godinu, mladi u Hrvatskoj umjereno su tjelesno aktivni – u prosjeku samo 4,2 dana u tjednu (4,6 dana dječaci i 3,8 dana djevojčice). Posebno je zabrinjavajuća činjenica da je, prema istraživanju skupine stručnjaka s Kineziološkog fakulteta u Zagrebu (Jurakić, Pedišić, Andrijašević) o tjelesnoj aktivnosti hrvatskog stanovništva, najniža razina tjelesne aktivnosti utvrđena u dobnj skupini 15 – 24 godine.

2.2.4 Pušenje

Prema procjenama SZO-a, pušenje je u Hrvatskoj vodeći uzrok opterećenja bolestima (izraženo u stopi izgubljenih godina zdravoga života – DALY), s udjelom od 15,8%. Prema podacima HZA-e iz 2003., u Hrvatskoj je pušilo 27,4% osoba (33,8% muškaraca i 21,7% žena) u dobi 18 i više godina, što je više od prevalecije pušenja u državama članicama EU-a prije 2004. godine (25,6%) kao i u novim članicama (25,4%). Procjenjuje se da od bolesti vezanih uz pušenje u Hrvatskoj godišnje umire više od 9.000 ljudi ili svaka peta do šesta umrla osoba.

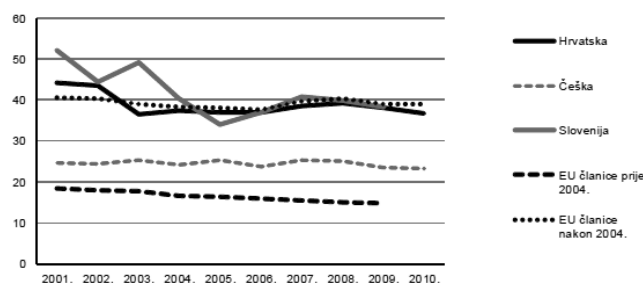
Prema podacima istraživanja ESPAD (*engl.* The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) iz 2007. godine, u posljednjih mjesec dana je pušilo 38% dječaka i jednaki postotak djevojčica, a eksperimentiranje s duhanom započinje u sve ranijoj dobi.

Prema podacima Svjetskog istraživanja o uporabi duhana u mladim (GYTS, 2007.) u Hrvatskoj je 67,1% učenika u dobi od 13 – 15 godina probalo pušiti ili je eksperimentiralo s cigaretama.

2.2.5 Zloupotrebavanje alkohola

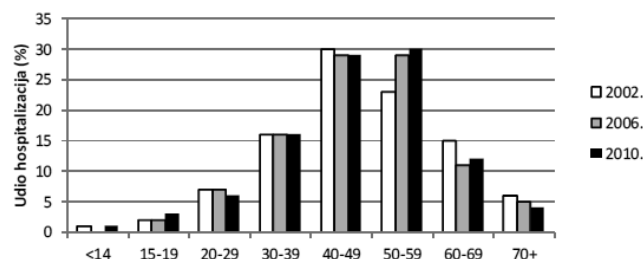
Prema bazi podataka SZO-a registrirana potrošnja čistog alkohola u Hrvatskoj za 2009. godinu bila je 12,8 litara po stanovniku, dok je prosjek Europske unije procijenjen na 12,5 litara. U razdoblju 2000. – 2009. registrirana potrošnja alkohola u Hrvatskoj postupno se povećavala. Zloupotrebavanje alkohola uzrokuje gubitak 2748 DALY-ja na 100.000 stanovnika za muškarce, odnosno sudjeluje sa 17% u ukupnoj stopi DALY za muškarce. Za žene se procjenjuje udio od 5% u DALY, odnosno 599 na 100.000 stanovnika godina života izgubljenih zbog prijevremene smrti i sa smanjenom kvalitetom života. Smrti povezane s alkoholom procjenjuju se na 92/100.000 stanovnika, odnosno 17% od ukupnih smrti za muškarce, a za žene na 21/100.000 stanovnika, odnosno 9% smrti.

S obzirom na smrtnost od kronične bolesti jetre i ciroze u muškaraca, Hrvatska ima višu stopu od »starih« članica EU-a i Češke (Slika 4).



Slika 4. Standardizirana stopa smrtnosti (na 100.000) od kronične bolesti jetre u muškaraca 2001. – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database.

U Hrvatskoj su duševni poremećaji uzrokovani alkoholom, uz shizofreniju, vodeći uzrok hospitalizacija u skupini duševnih bolesti i poremećaja. Godišnje se u Hrvatskoj hospitalizira oko 8500 muškaraca i oko 1200 žena zbog problema s alkoholom. Najveći je broj hospitalizacija u dobnj skupini 50 – 59 godina, slijedi dobnj skupina 40 – 49 godina (Slika 5). Godišnje se zbrine i više od 250 maloljetnika zbog akutnog opitog stanja, što ukazuje na sve prisutniji problem mladih koji piju alkohol.



Slika 5. Udio hospitalizacija prema dobnim skupinama pacijenata 2002., 2006. i 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

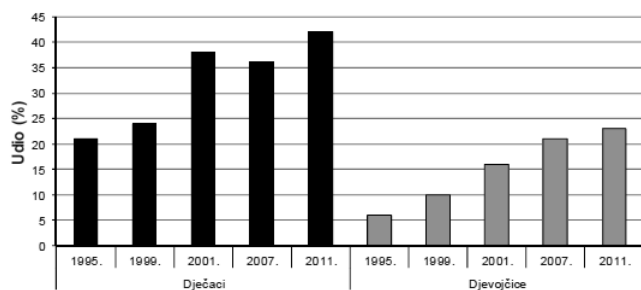
Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske, smanjuje se i broj nesreća koje su počinili vozači pod utjecajem alkohola, kao i broj osoba poginulih u tim nesrećama (Tablica 2). Broj se ozlijeđenih osoba ne smanjuje u istoj mjeri te za preventivno djelovanje ima još mnogo prostora.

Tablica 2. Prometne nesreće koje su skrivili alkoholizirani vozači.
Izvor: Ministarstvo unutarnjih poslova RH.

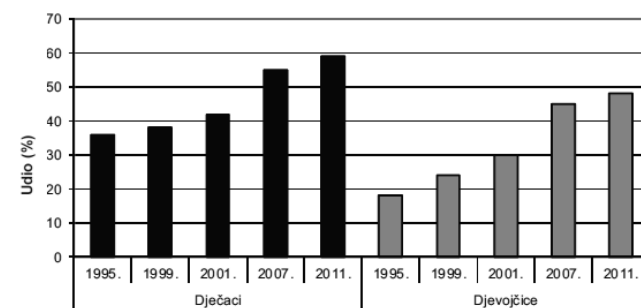
Godina	Broj nesreća	Poginule osobe	Ozlijeđene osobe
2005.	7.685	136	2.997
2006.	8.064	135	3.219
2008.	8.372	153	3.458
2009.	7.692	140	3.151
2010.	5.774	122	2.327

U populaciji mladih, prvi rezultati istraživanja ESPAD-a za 2011. godinu ukazuju da i dalje postoji trend povećanja osobito rizičnog pijenja, definiranog kao pijenje 40 i više puta u životu te »ekscenno pijenje« ili »binge drinking« (slike 6 i 7). Svaki drugi dječak i svaka četvrta djevojčica pili su alkohol 40 i više puta u životu do dobi 15 – 16 godina. Više od 5 pića u jednoj epizodi pijenja pilo je u posljednjih mjesec dana 59% dječaka i 48% djevojčica. Za oba pokazatelja trendovi su u porastu.

U zakonodavstvu Republike Hrvatske regulirano je ograničenje prodaje i posluživanja alkohola maloljetnicima, reklamiranje alkoholnih pića, vožnja pod utjecajem alkohola, prodaja alkohola na sportskim događanjima. U programima preventive na nacionalnoj i lokalnim razinama provode se i projekti usmjereni smanjivanju uporabe alkohola među mladima.



Slika 6. Pijenje 40 i više puta u životu, dob 15 – 16 godina, u Republici Hrvatskoj 1995. – 2010. godine. Izvor: ESPAD 2011.



Slika 7. Pijenje 5 ili više pića (»Binge drinking«) zaredom u posljednjih mjesec dana, dob 15 – 16 godina, u Republici Hrvatskoj, 1995. – 2011. godine. Izvor: ESPAD 2011.

2.2.6 Zloupotroba droga

U zdravstvenim ustanovama Hrvatske, bilo u bolničkom bilo izvanbolničkom sustavu, godišnje se zbog zloupotroba droga liječi oko 7.500 osoba. U 2010. godini je na liječenju u sustavu zdravstva ukupno bilo 7.550 osoba (2,4% manje nego godinu ranije), od kojih je 6.175 osoba uzimalo opijate (81,8%). Zbog uzimanja i/ili ovisnosti o drugim psihoaktivnim sredstvima liječeno je 1.375 osoba (18,2%).

Ukupan broj osoba u tretmanu uglavnom je posljednjih godina stabilan, no broj novih osoba u sustavu se smanjuje. Osobito je uočljivo smanjenje broja novih ovisnika o heroinu: od 2000. godine kada je novih heroinskih ovisnika bilo više od 1000, u 2010. godini ih je prvi put bilo manje od 500. Kretanje heroinske ovisnosti je sukladno trendovima u zemljama zapadne Europe i SAD-a, gdje se također opaža stagnacija odnosno smanjenje novih ovisnika o heroinu. Iz praćenja proizlazi da se jednom uključeni u sustav liječenja u njemu zadržavaju dulje vrijeme. Odnos liječenih muškaraca i žena je 4,8:1. Prema dobnim skupinama postoji razlika između muškaraca i žena. Najviše muškaraca je u skupini od 30 – 34 godina starosti (27,6%), dok su žene najbrojnije u mlađoj skupini od 25 – 29 godina (26,9%). U dobi do 19 godina broj liječenih osoba iznosio je 507 (6,7%).

Problem bolesti ovisnosti izražen u broju liječenih osoba u odnosu na broj stanovnika pokazuje opterećenost pojedinih područja Hrvatske i raspodjelu ovisnika i konzumenta droga. Broj liječenih ovisnika u pojedinim županijama izražen u stopama na 100.000 stanovnika starosti 15 do 64 godine prikazan je u Tablici 3. Za čitavu Hrvatsku stopa je 253,0/100.000; najviša je u Istarskoj županiji, slijede Zadarska, Grad Zagreb, Šibensko-kninska, Dubrovačko-neretvanska, Splitsko-dalmatinska te Primorsko-goranska. Ostale županije su 2010. imale stope niže od hrvatskog prosjeka. Ovdje prikazani podaci proizlaze iz zdravstvenog sektora, a drugi relevantni izvori podataka vezani uz problem droga bili bi iz Ministarstva unutarnjih poslova, Ministarstva pravosuđa te iz terapijskih zajednica.

Tablica 3. Liječene osobe prema županiji prebivališta u 2010. godini. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Županija	Liječene osobe ukupno				Prvi put liječeni			
	Broj	Stopa na 100.000*	Od toga opijati	Stopa na 100.000* (opijati)	Svi tipovi ovisnosti	Udio od liječenih osoba (%)	Od toga opijatni tip	Udio od prvi put liječenih (%)
Grad Zagreb	2.253	419,6	1.673	311,6	399	17,7	90	22,6
Zagrebačka	401	190,1	268	127,1	90	22,4	20	22,2
Krapinsko-zagorska	55	58,3	30	31,8	17	30,9	3	17,6
Sisačko-moslavačka	77	63,4	36	29,7	23	29,9	5	21,7
Karlovačka	101	109,7	48	52,1	34	33,7	6	17,6
Varaždinska	213	171,6	181	145,8	27	12,7	13	48,1
Koprivničko-križevačka	47	57,0	31	37,6	9	19,1	2	22,2
Bjelovarsko-bilogorska	17	19,6	4	4,6	10	58,8	2	20,0
Primorsko-goranska	679	321,0	632	298,8	78	11,5	47	60,3
Ličko-senjska	21	63,6	19	57,5	4	19,0	3	75,0
Virovitičko-podravska	31	51,0	16	26,3	14	45,2	5	35,7
Požeško-slavonska	39	70,9	28	50,9	7	17,9	2	28,6
Brodsko-posavska	165	144,4	121	105,9	34	20,6	13	38,2
Zadarska	535	504,0	527	496,5	36	6,7	29	80,6
Osječko-baranjska	282	127,3	202	91,2	55	19,5	20	36,4
Šibensko-kninska	278	389,0	254	355,4	31	11,2	16	51,6
Vukovarsko-srijemska	104	77,1	88	65,3	26	25,0	11	42,3
Splitsko-dalmatinska	1018	328,7	923	298,1	140	13,8	71	50,7
Istarska	795	559,3	719	505,8	73	9,2	34	46,6

Dubrovačko-neretvanska	296	368,7	254	316,4	40	13,5	17	42,5
Međimurska	106	132,4	86	107,4	14	13,2	4	28,6
Ukupno Hrvatska	7.513	253,0	6.140	206,7	1.161	15,5	413	35,6
Druge države	37	0,0	35	0,0	19	51,4	17	89,5
UKUPNO	7.550	0,0	6.175	0,0	1.180	15,6	430	36,4

* Stope na 100.000 stanovnika u dobi od 15 do 64 godina (prema Popisu stanovnika 2001. Izvor: Državni zavod za statistiku)

Iz podataka dostavljenih iz terapijskih zajednica razvidno je da je od 351 osobe liječene u tim zajednicama 2010. godine, njih 282 već bilo u sustavu zdravstva, prema tome je samo 20% osoba koje su izravno ušle u terapijske zajednice, bez ijednog pokušaja liječenja ili kontakta sa zdravstvenom službom. Za razliku od ovisnika u većini ostalih zemalja, ovisnici u Hrvatskoj žive u svojim obiteljima – od heroinskih ovisnika 53% živi s roditeljima, a 26% u braku ili s partnerom. Beskućnika među njima gotovo i nema (0,2%). Opijatski su ovisnici uglavnom nezaposleni (38%), ali ih 28% ima redovan, a 23% povremeni posao. Pritom je 70% opijatnih ovisnika završilo srednju školu, a daljnjih 6% je krenulo u srednju školu, no nije ju završilo.

Prema podacima dobivenim intervjuom, među heroinskim ovisnicima je 46% pozitivno na hepatitis C, a 10,4% na hepatitis B. Udio HIV pozitivnih je i dalje nizak (0,5%), što se može zahvaliti trajnoj edukaciji, dobroj obaviještenosti, metadonskoj terapiji i centrima za savjetovanje i zamjenu igala i šprica. Iako je 70% ovisnika barem jednom u životu dijelilo igle ili špricu, broj onih koji su to radili u posljednjih 30 dana se izrazito smanjuje (2002. godine 39%, a 2010. godine 11%).

U proteklih 5 godina više od 150 osoba godišnje umrlo je zbog stanja povezanih s ovisnošću. Najčešći je uzrok smrti predoziranje (moguće je i predoziranje metadonom), a slijede nesreće, samoubojstva te ostali uzroci.

2.3 Očekivano trajanje života i smrtnost

2.3.1 Očekivano trajanje života pri rođenju

Produljenje očekivanog trajanja života pri rođenju u Hrvatskoj i drugim razvijenim zemljama za više od 30 godina jedno je od najvećih ekonomskih, zdravstvenih i socijalnih dostignuća u posljednjih stotinu godina. Razlog tom velikom postignuću ponajprije je smanjenje smrtnosti u mlađim dobnim skupinama, posebice u dojenačkoj i dječjoj dobi. U posljednjih 50 godina (1960.-2010.) u Hrvatskoj se:

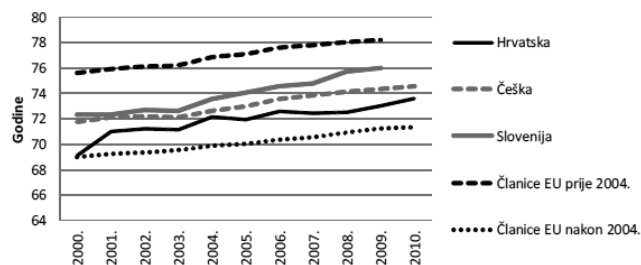
očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce povećalo za oko 9,2 godina, odnosno 1,8 godina po desetljeću,

očekivano trajanje života pri rođenju za žene povećalo za oko 10,9 godina, odnosno 2,2 godine po desetljeću.

Očigledno je da očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj i zemljama EU-a raste. U posljednjem desetljeću očekivano trajanje života pri rođenju za žene se povećalo za oko 1,8 godina, tj. povećavalo se za nešto više od dva mjeseca svake godine. Istovremeno, očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce se povećalo za oko 2,6 godina, tj. povećavalo se za nešto više od tri mjeseca svake godine. Dakle, očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce u zadnjem desetljeću u Hrvatskoj raslo je brže od 50-godišnjeg prosjeka, a ujedno se razlika između muškaraca i žena postupno smanjuje.

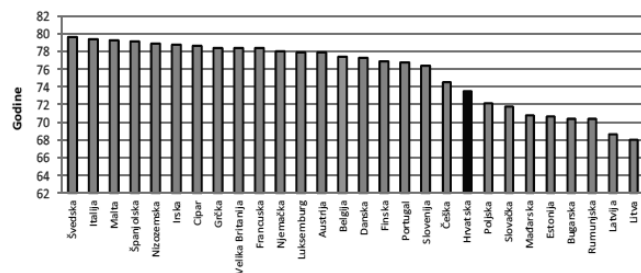
Očekivano trajanje života u Hrvatskoj pri rođenju za muškarce u 2010. godini iznosilo je 73,5 godina što je za više od 6 godina manje nego u zemljama s najvišim očekivanim trajanjem života u EU-27 (Slika 8 i 9). Gledano iz statičke perspektive, uz pretpostav-

ku nastavka dosadašnjeg godišnjeg/desetogodišnjeg rasta, Hrvatska prema tim brojkama zaostaje za najrazvijenijim europskim zemljama za više od dva desetljeća. Premda muškarci u Hrvatskoj mogu očekivati dulji životni vijek od muškaraca iz ostalih bivših socijalističkih zemalja (izuzev Slovenije i Češke), zaostajanje za zapadnoeuropskim zemljama je relativno visoko te je prostor za poboljšanje i brži progres smanjivanja smrtnosti i povećanja očekivanog trajanja života zasigurno velik.



Slika 8. Očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce, 2000. – 2010. godine.

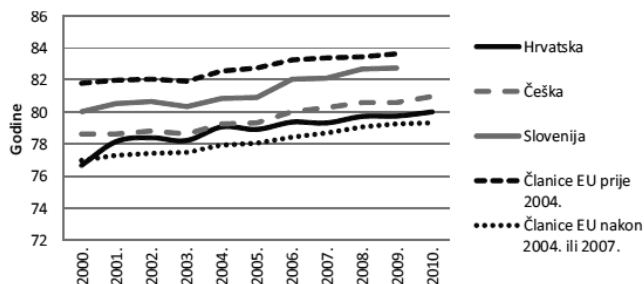
Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



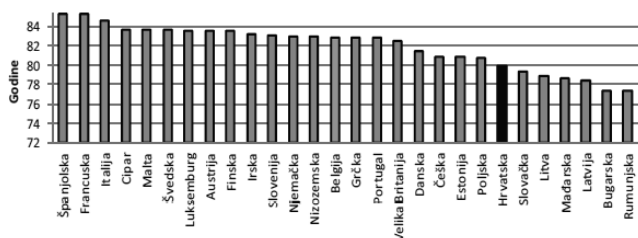
Slika 9. Očekivano trajanje života pri rođenju muškaraca u zemljama EU i Hrvatskoj, 2010.

Izvor: Eurostat.

Očekivano trajanje života pri rođenju za žene u Hrvatskoj u 2010. godini iznosilo je 79,9 godina, što je za oko 5,4 godine niže nego u Španjolskoj, državi s najvišim očekivanim trajanjem života u EU-27 (Slika 10 i 11). Uz pretpostavku nastavka dosadašnjeg godišnjeg/desetogodišnjeg rasta, žene u Hrvatskoj prema tim brojkama zaostaju za Španjolkama za otprilike 30 godina, što je zaista velika razlika.



Slika 10. Očekivano trajanje života pri rođenju (žene). Izvor: WHO Health for All Database Database, 2012.



Slika 11. Očekivano trajanje života pri rođenju za žene u zemljama EU i Hrvatskoj, 2010. Izvor: Eurostat.

Produljenje očekivanog trajanja života pri rođenju se ostvaruje snižavanjem smrtnosti tijekom cijelog životnog ciklusa. Važno je utvrditi u kojim dobnim grupama se smrtnost najviše smanjila, tj. gdje su najviši dobiti u očekivanom trajanju života. Analiza promjena u očekivanom trajanju života, napravljena demografskim tehnikama Arriaga dekompozicije, pokazuje da je kod muškaraca očekivano trajanje života pri rođenju najviše poraslo zahvaljujući smanjenju smrtnosti u 50-ima i 60-ima, dok je kod žena taj doprinos najviši u smanjenoj smrtnosti u 70-ima i to za čak četvrtinu, pa zatim u 60-ima za dodatnih 20% (Tablica 4). Ako bi se te brojke uspoređivale sa zemljama EU-27, tamo se, posebice u zapadnoeuropskim zemljama, najveći dobiti u očekivanom trajanju života pri rođenju za muškarce ostvaruju smanjivanjem smrtnosti u 70-ima, a za žene u dobi nakon 80, što u Hrvatskoj nije slučaj i to Hrvatsku vjerojatno očekuje u narednom desetljeću.

Tablica 4. Dobici u očekivanom trajanju života pri rođenju u Hrvatskoj 1990. – 2009. (u %). Izvor: Izračun autora na osnovi podataka SZO-a

Dobna grupa	Muškarci	Žene
<1	11,1	7,8
1-9.	3,1	3,6
10-19.	1,7	1,0
20-29	7,6	2,9
30-39	8,6	5,3
40-49	12,2	8,0
50-59	19,0	11,7
60-69	19,0	20,8
70-79	13,0	24,5
80+	4,8	14,5
	100,0	100,0
Očekivano trajanje života 1990.	68,7	76,2
Očekivano trajanje života 2009.	72,9	79,5
Razlika	4,2	3,3

2.3.2 Očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina

Možda i bolji pokazatelj od očekivanog trajanja života pri rođenju jest očekivano trajanje života pri dobi kada, barem prema trenutno važećim definicijama, statistički započinje starost.

U posljednjem desetljeću (2000-te) u Hrvatskoj se:

očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za žene povećalo za oko 1,4 godina,

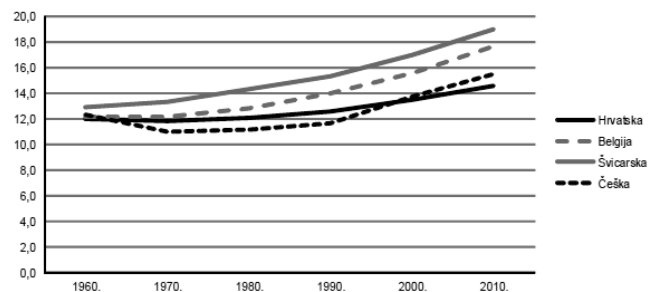
očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za muškarce povećalo za oko 1,3 godine

U posljednjih 50 godina (1960. – 2010.) u Hrvatskoj se:

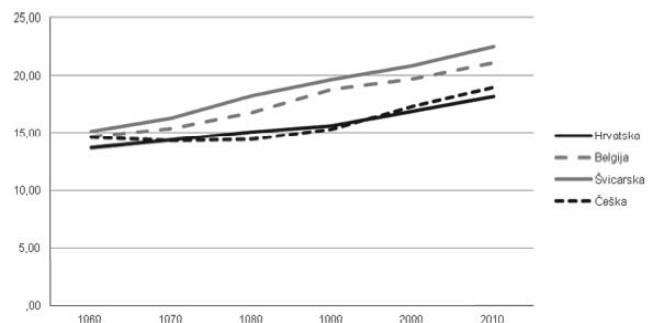
očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za muškarce povećalo za oko 2,6 godina, odnosno oko 0,5 godina po desetljeću,

očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za žene povećalo za oko 4,5 godine, odnosno oko 0,9 godina po desetljeću.

Za ilustraciju kretanja tog pokazatelja, usporedili smo Hrvatsku s još tri zemlje, Švicarskom, Belgijom i Češkom (Slika 12 i 13). Ono što je iz slikovnih prikaza očito jest činjenica da su prije 50 godina sve četiri zemlje pošle od približno sličnih polaznih vrijednosti i razlika (Hrvatske koja je imala najkraće i Švicarske koja je imala najdulje očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina) za muškarce nije prelazila jednu godinu, dok za žene godinu i pol. Nakon pola stoljeća, ta se razlika nekoliko puta povećala te danas muškarac u Hrvatskoj u dobi od 65 godina može očekivati za oko četiri i pol godina kraći životni vijek od muškaraca u Švicarskoj. Ako bi tu razliku htjeli kvantificirati u godinama, riječ je o zaostatku od više od 30 godina za Švicarskom i za žene i za muškarce. Pri tome pretpostavljamo da će produljenje očekivanog trajanja života pri toj starijoj dobi u Hrvatskoj biti konstantno kao u posljednjem desetljeću.



Slika 12. Očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za muškarce u Hrvatskoj, Švicarskoj, Belgiji i Češkoj, 1960. – 2010. Izvor: Eurostat i Državni zavod za statistiku.



Slika 13. Očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina za žene u Hrvatskoj, Švicarskoj, Belgiji i Češkoj, 1960. – 2010. Izvor: Eurostat i Državni zavod za statistiku.

Osim što postoje razlike između Hrvatske i zemalja EU, razlike u očekivanom trajanju života pri rođenju i pri dobi od 65 godina postoje i unutar regija u Hrvatskoj (Tablica 5). Naime, u Hrvatskoj su te razlike naročito naglašene između Jadranske Hrvatske (priobalne hrvatske županije) gdje je očekivano trajanje života najdulje i Panonske Hrvatske (slavonske i neke županije središnje Hrvatske) u kojoj je očekivano trajanje najkraće. Gledano demografsko-statistički, zaostajanje Panonske Hrvatske za Jadranskom iznosi oko 15 godina. To zaostajanje Panonske za Jadranskom Hrvatskom u najvećoj mjeri bi mogli prepisati čimbenicima ponašanja, ali su potrebne detaljne longitudinalne analize za bolju procjenu.

Tablica 5. Očekivano trajanje života pri rođenju i dobi od 65 godina za muškarce i žene u Hrvatskoj 2010. Izvor: Eurostat.

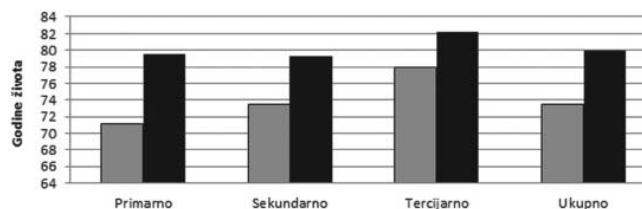
NUTS REGIJA	OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA	MUŠKARCI	ŽENE
Hrvatska	Pri rođenju	73,5	79,9
	Pri dobi od 65 godina	14,6	18,2
Sjeverozapadna Hrvatska	Pri rođenju	73,3	80,0
	Pri dobi od 65 godina	14,6	18,3
Središnja i Istočna (Panonska) Hrvatska	Pri rođenju	71,8	78,6
	Pri dobi od 65 godina	13,4	16,9
Jadranska Hrvatska	Pri rođenju	75,3	81,2
	Pri dobi od 65 godina	15,7	19,3

2.3.3 Očekivano trajanje života i stupanj obrazovanja

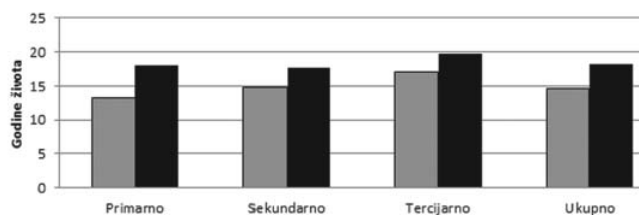
Očekivano trajanje života varira s obzirom na različite demografske i socio-ekonomske karakteristike. Osim po spolu, jedan od najčešće navodjenih socio-ekonomskih činitelja po kojem se očekivano trajanje života razlikuje jest stupanj obrazovanja. Dobro je dokumentirana statistička činjenica kako je očekivani životni vijek osoba s visokim stupnjem obrazovanja dulji od istoga kod osoba koje imaju niski stupanj obrazovanja. Štoviše, u nedostatku drugih pokazatelja, očekivano trajanje života prema stupnju obrazovanja jako je dobar indikator socio-ekonomskih nejednakosti u zdravlju koje pak mogu imati negativne posljedice na zdravstveni, socijalni i ekonomski razvoj Hrvatske.

Visokoobrazovane osobe žive dulje od niskoobrazovanih što je posebno izraženo kod muškaraca, a manje kod žena (Slika 14 i 15). Očekivano trajanje života pri rođenju za žene dulje je od istog za muškarce za sve stupnjeve obrazovanja, premda se ta razlika značajno smanjuje kod tercijarnog stupnja obrazovanja. Razlike kod očekivanog trajanja života kod žena s različitim stupnjem obrazovanja su manje nego kod muškaraca. Štoviše, žene sa sekundarnim (srednjoškolskim) obrazovanjem u Hrvatskoj mogu očekivati podjednako dug život kao i žene s primarnim (osnovnim) obrazovanjem, dok one s tercijarnim obrazovanjem mogu očekivati, u prosjeku, nekoliko godina dulji život. Kod muškaraca je ta razlika izraženija te muškarci s osnovnim obrazovanjem imaju i do 7 godina kraće očekivano trajanje života pri rođenju, odnosno 4 godine kraći očekivani životni vijek pri dobi od 65 godina. Općenito, žene svih stupnjeva obrazovanja imaju dulje očekivano trajanje života od visokoobrazovanih muškaraca u Hrvatskoj.

Ukoliko bi se povećalo očekivano trajanje života pojedinaca s nižim stupnjevima obrazovanja, tada bi se mogao očekivati i porast očekivanog trajanja života čitave populacije. Za očekivati je da će se u budućnosti očekivano trajanje života u Hrvatskoj povećavati usporedno s povećanjem udjela populacije koja ima završene neke od oblika tercijarnog obrazovanja.



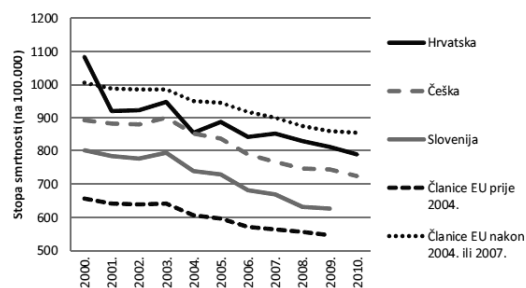
Slika 14. Očekivano trajanje života pri rođenju prema obrazovanju u Hrvatskoj 2010. Sivo – muškarci, crno – žene. Izvor: Eurostat.



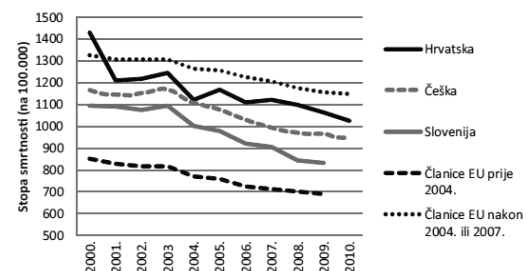
Slika 15. Očekivano trajanje života pri dobi od 65 godina prema obrazovanju u Hrvatskoj 2010. Sivo – muškarci, crno – žene. Izvor: Eurostat.

2.3.4 Smrtnost

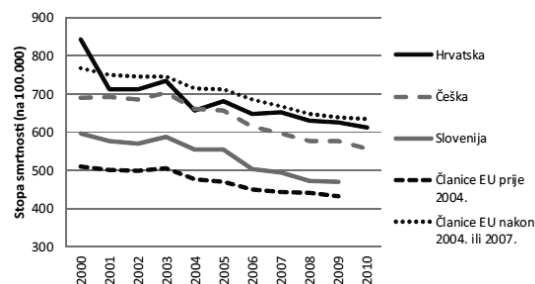
U Hrvatskoj godišnje umire oko 50 000 osoba, a opća stopa smrtnosti zadnjih deset godina kreće se u rasponu od 11,2 do 11,8‰. Usporedba standardizirane stope smrtnosti (SSS) pokazuje da Hrvatska u promatranom razdoblju ima više vrijednosti od svih odabranih zemalja osim od prosjeka »novih« članica EU-a (EU12), bez obzira što postoji smanjenje vrijednosti s 1084,14/100.000 na 789,69/100.000. Vrijednosti standardizirane stope smrtnosti za muškarce i žene također pokazuju trend smanjivanja, ali su još uvijek više u odnosu na odabrane zemlje osim za EU12 (Slika 16 – 18)



Slika 16. Standardizirana stopa smrtnosti. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 17. Standardizirana stopa smrtnosti na 100 000 ljudi (muškarci). Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

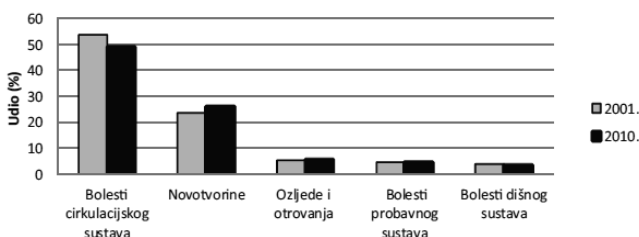


Slika 18. Standardizirana stopa smrtnosti na 100 000 (žene). Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

2.3.5 Vodeći uzroci smrti u Hrvatskoj prema skupinama bolesti

Posljednjih deset godina jednak je poredak prvih pet uzroka smrti prema skupinama bolesti. Vodeći uzrok smrtnosti su cirkulacijske bolesti koje u promatranom razdoblju bilježe blago smanjenje udjela u ukupnom mortalitetu s 53% na 49%.

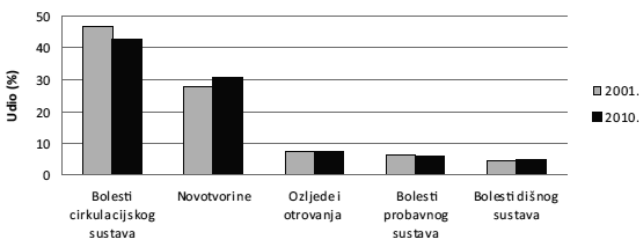
Novotvorine su drugi uzrok smrtnosti i zadnjih deset godina bilježe blago povećanje broja umrlih, odnosno udjela s 24% na 26%. Treći su uzrok smrti ozljede i otrovanja, četvrti bolesti probavnog sustava, a peti bolesti dišnog sustava (Slika 19).



Slika 19. Udjel pet vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj (ukupno) u 2001. i 2010. godini.

Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002. i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.

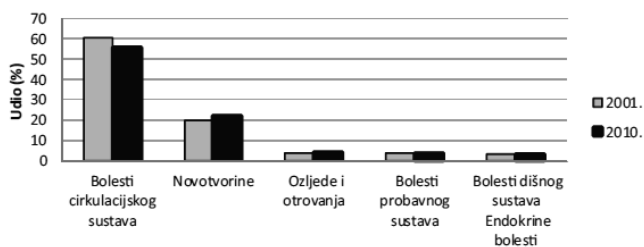
U zadnjih deset godina poredak uzroka smrti prema skupinama bolesti kod muškaraca nije se promijenio. Vodeći uzrok smrti su cirkulacijske bolesti, zatim slijede novotvorine, ozljede, probavne i dišne bolesti. Zabilježeno je smanjenje broja umrlih od cirkulacijskih bolesti što se odrazilo na smanjenje udjela u ukupnom broju umrlih s 47% na 43%. U promatranom razdoblju zabilježeno je povećanje udjela umrlih od novotvorina s 28% na 31% i smanjenje udjela umrlih od ozljeda i otrovanja s 8% na 7%. Probavne i dišne bolesti zastupljene su u jednakom udjelu (Slika 20).



Slika 20. Udio pet vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj (muškarci), bijelo – 2001. godina, crno – 2010. godina. Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002 i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.

U promatranom razdoblju među vodećim uzrocima smrti prema skupinama bolesti kod žena jednak je poredak prvih četiri uzroka. Vodeće su cirkulacijske bolesti koje bilježe smanjenje udjela sa 61% na 56%. Druge po redu su novotvorine koje imaju blago povećanje udjela s 20% na 22%. Treći i četvrti uzrok su ozljede i probavne bolesti s jednakim udjelom od 4%. U 2010. godini na petom mjestu uzroka smrti kod žena nalaze se endokrine bolesti s udjelom od 3% dok su u 2001. godini na tom mjestu bile dišne bolesti (Slika 21).

U 2009. i 2010. po prvi put je zabilježen veći broj umrlih žena nego muškaraca i to s razlikom od 0,8% u 2009. i 1,4% u 2010. godini.



Slika 21. Udio pet vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj (žene), Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002 i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.

2.3.6 Vodeći uzroci smrti prema pojedinim dijagnozama

Ishemijske bolesti srca su prvi, a cerebrovaskularne bolesti drugi vodeći uzrok smrti u Hrvatskoj posljednjih 10 godina. Usporedba ostalih dijagnoza ili skupina dijagnoza pokazuje promjene ranga ili pojave drugih bolesti među prvih deset uzroka smrti.

Rak bronha i pluća postao je treći (2001. bio je četvrti), a rak debelog crijeva četvrti (2001. bio je šesti) uzrok smrti, dok raka želuca (2001. bio je deveti) više nema među prvih deset uzroka smrti u 2010. godini.

Ostale promjene odnose se na pojavu hipertenzije i šećerne bolesti kao šestog i osmog uzroka smrti u 2010. godini (Tablica 6 i 7).

Prva tri uzroka smrti prema pojedinim dijagnozama kod muškaraca i žena nisu se mijenjala tijekom posljednjih deset godina. Osnovna značajka promjene smrtnosti kod muškaraca je pojava šećerne bolesti i hipertenzije među deset vodećih uzroka smrti umjesto raka želuca i komplikacija i nedovoljno definiranih srčanih bolesti. Kod žena je zabilježena promjena poretka te pojava kronične bolesti donjeg dišnog sustava umjesto komplikacija i nedovoljno definiranih srčanih bolesti. Rak dojke kao najčešća maligna bolest žena nalazi se na petom mjestu uzroka smrti.

Tablica 6. Deset najčešćih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2001. godini (ukupno).

Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002 i 2011.

Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.

RANG	MKB-10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
1.	I20-I25	Ishemijska bolest srca	8.871	17,90
2.	I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	8.337	16,82
3.	I50	Insuficijencija srca	3.196	6,45
4.	C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	2.616	5,28
5.	I51	Komplikacije i nedovoljno definirani opisi srčane bolesti	1.986	4,01
6.	C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva, rektuma i anusa	1.410	2,85
7.	K70,K73-K74	Kronične bolesti jetre i ciroza	1.384	2,79
8.	I70	Ateroskleroza	1.114	2,25
9.	C16	Zloćudna novotvorina želuca	947	1,91
10.	J40-J46	Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	921	1,86
Ukupno 10 uzroka			30.782	62,12
Ukupno umrli			49.552	

Tablica 7. Deset najčešćih uzroka smrti u Hrvatskoj u 2010. godini (ukupno).

Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002. i 2011.

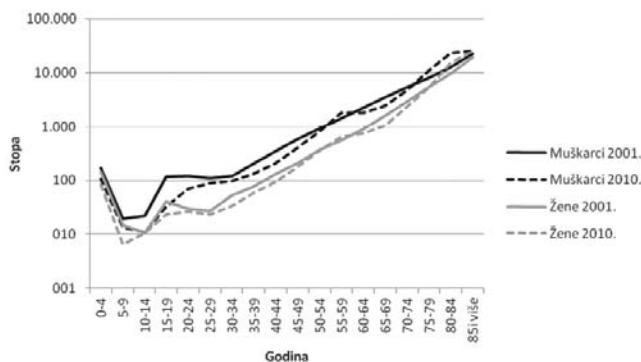
Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011.

RANG	MKB-10 ŠIFRA	DIJAGNOZA	BROJ	%
1.	I20-I25	Ishemijska bolest srca	11.264	21,62
2.	I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	7.610	14,61
3.	C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika i pluća	2.768	5,31
4.	C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva, rektuma i anusa	1.931	3,71
5.	I50	Insuficijencija srca	1.798	3,45
6.	I10-I15	Hipertenzija	1.638	3,14
7.	J40-J47	Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	1.525	2,92
8.	E10-E14	Dijabetes melitus	1.424	2,73
9.	K70,K73-K74	Kronične bolesti jetre i ciroza	1.234	2,39
10.	I70	Ateroskleroza	1.217	2,34
Ukupno 10 uzroka			32.409	62,23
Ukupno umrli			52.096	

2.3.7 Dobna i spolna raspodjela smrtnosti

U posljednjih 10 godina postupno se smanjuju razlike u specifičnim stopama smrtnosti između muškaraca i žena. Specifične stope smrtnosti i kod muškaraca i kod žena u mlađim dobnim skupinama bilježe niže vrijednosti, a posebno je to izraženo kod muškog spola u dobi od 10 – 24 godine.

Najveće su razlike izražene u dobnj skupini od 25 do 39 godina, smanjuju se sa starošću, iako nikada ne dostignu iste vrijednosti. U dobi duboke starosti (85 i više godina) zabilježene su najmanje razlike vrijednosti stopa, ali i u toj dobi žene imaju niže stope smrtnosti nego muškarci. Također je došlo do pozitivnog pomaka s obzirom na broj muškaraca koji su u 2001. godini najviše umirali u dobi od 70 do 74 dok je u 2010. to u dobi od 75 do 79 godina (Slika 22).



Slika 22. Dobno i spolno specifična stopa smrtnosti u Hrvatskoj, 2001. i 2010. godina.

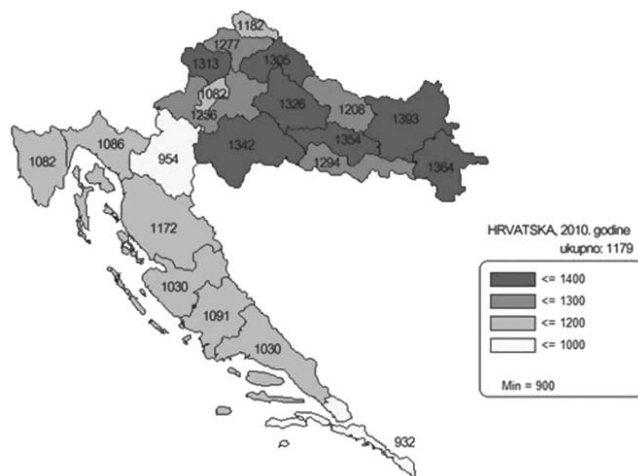
Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002. i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012.

2.3.8 Vodeći uzroci smrtnosti u županijama u 2010. godini

U svim županijama vodeći uzrok smrti su bolesti cirkulacijskog sustava. Najveći udjel ove skupine u ukupnom broju umrlih od 55% bilježi Požeško-slavonska i Dubrovačko-neretvanska, dok Splitsko-dalmatinska županija ima najmanji udjel od 44%. Druga po redu skupina bolesti iz koje se izdvajaju vodeći uzroci smrti u svim županijama su novotvorine. Raspon udjela mortaliteta ove skupine bolesti među županijama je od 21% u Bjelovarsko-bilogorskoj do 29% u Primorsko-goranskoj županiji. U većini županija nasilne smrti nalaze se na trećem mjestu uzroka smrti osim u Sisačko-moslavačkoj i Požeško-slavonskoj županiji gdje se na tom mjestu nalaze

bolesti dišnog sustava. U Krapinsko-zagorskoj i Koprivničko-križevačkoj bolesti probavnog sustava su na trećem mjestu.

Osam županija ima nižu standardiziranu stopu smrtnosti od hrvatskog prosjeka (1.179/100.000) (Slika 23). Najnižu ima Dubrovačko-neretvanska (932/100.000), a najvišu Osječko-baranjska županija (1.393/100.000). Usporedba dobn standardiziranih stopa smrtnosti pokazuje da su više vrijednosti od hrvatskog prosjeka zabilježene u županijama kontinentalnog dijela Hrvatske.



Slika 23. Standardizirane stope smrtnosti izračunate na stanovništvo Republike Hrvatske, Popis 2001. Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002 i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012. Standardizirane stope smrtnosti izračunate na stanovništvo Republike Hrvatske, Popis 2001.

2.4 Subjektivni pokazatelji zdravlja populacije

2.4.1 Očekivano trajanje zdravog života

Očekivano trajanje života pri rođenju i pri dobi od 65 godina u Hrvatskoj u proteklom desetljeću produljilo se za nekoliko godina, no pitanje je jesu li te »dodatne« godine života, godine dodatnog života u »dobrom« zdravlju ili ne? Očekivano trajanje zdravog života je indikator koji ne uzima u obzir samo duljinu već i kvalitetu života s obzirom na zdravstveni status. Povezan je s agregatnom mjerom, očekivanim trajanjem života i pokazateljima subjektivnog zdravlja (samoprocjena zdravlja te invalidnosti i zdravstvenih ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti) izračunatih iz anketnih mikropodataka. Dakle, očekivano trajanje zdravog života mjeri broj godina koje pojedinac može očekivati da požiivi u relativnom zdravlju, tj. bez nekih ozbiljnijih zdravstvenih problema.

Jedan od glavnih ciljeva javnog zdravstva trebalo bi biti povećanje godina zdravog života populacije. Produljenje godina zdravog života populacije neće imati učinak samo na živote pojedinaca, produljujući im vrijeme proživljeno u dobrom zdravlju, već će doprinijeti i smanjivanju troškova zdravstvenog sustava. Cilj javnozdravstvenog sustava svakako bi trebao biti smanjivanje razlike između očekivanog trajanja života i očekivanog trajanja zdravog života. Ove dvije mjere trebale bi biti dio kontinuiranog praćenja mortaliteta i morbiditeta u Hrvatskoj. U posljednjem desetljeću u Hrvatskoj nije bilo moguće pratiti je li se očekivano trajanje zdravog života povećavalo ili smanjivalo jer se usporediva statistika o očekivanom trajanju zdravog života tek odnedavno počela računati.

Ova analiza izrađena je na temelju preliminarnih podataka za 2010. godinu, iz Ankete o dohotku i uvjetima života (*Survey of health and living conditions – EU-SILC*) koji se provodi u svim zemljama EU, i među ostalim, longitudinalnog je karaktera. *Očekivano trajanje zdravog života pri rođenju* u Hrvatskoj je ispod prosjeka zemalja EU-27, i iznosilo je 57,4 za muškarce (61,7 u EU27) i 60,6 godina za žene (62,6 u EU27). Za usporedbu, žene u Malti mogu očekivati 11 godina više »zdravog« života od Hrvatica, a Šveđani čak 14 godina više od muškaraca u Hrvatskoj. Istovremeno, na dnu je Slovačka koja bilježi pet (muškarci) odnosno osam (žene) godina manje zdravog života nego Hrvatska.

Od ukupnog očekivanog trajanja života pri rođenju, očekuje se da će muškarac u Hrvatskoj u dobrom zdravlju provesti 78,1%, a žena 75,8% svog očekivanog života pri rođenju. To je nešto bolji rezultat od prosjeka EU-27 za žene (75%) i nešto lošiji u odnosu na prosjek za muškarce u EU-27 (79,9%). Ovakav rezultat jednim dijelom možemo pripisati činjenici što je očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj niže od većine, posebice, najrazvijenijih zemalja EU-a pa eventualna ekspanzija morbiditeta u najstarijim dobnim skupinama ne dolazi do izražaja.

Drugi pokazatelj, *očekivano trajanje zdravog života pri dobi od 65 godina* pokazuje da je ono u Hrvatskoj relativno kratko, svega 6,4 godina za oba spola, za razliku od prosjeka EU27 koji iznosi 8,7 godina za muškarce i 8,8 godina za žene.

Udio osoba s kroničnim bolestima ili dugotrajnim problemima sa zdravljem jedan je od važnijih pokazatelja morbiditeta i često je korištena mjera općeg zdravlja populacije. Posebno je korisna kod evaluacije zdravstvenih problema stanovništva, procjene troškova liječenja bolesti i zdravstvenih potreba različitih skupina stanovništva. Premda se njezin izračun temelji na subjektivnim mikropodacima iz anketnih istraživanja, smatra se prilično dobrom mjerom kroničnog morbiditeta. Dapače, koristi se i kao proxy za morbiditet u izračunu očekivanog trajanja zdravog života pri određenoj dobi.

Kronični zdravstveni problemi, koji su po svojoj prirodi dugotrajni i zahtijevaju dugotrajno liječenje, jedan su od temeljnih generatora troškova javnog zdravstvenog sustava. Prema podacima ankete EU-SILC iz 2010. udio osoba s kroničnim bolestima ili dugotrajnim zdravstvenim problemima u Hrvatskoj je relativno visok: 38% u ukupnoj populaciji. S tom brojkom Hrvatska se nalazi na visokom trećem mjestu među zemljama EU-27 (prosjeck: 31,4%) i jedino su Finska i Estonija, u promatranoj godini, imale viši udio kronično bolesnih u ukupnoj populaciji. Udio osoba s kroničnim bolestima i dugotrajnim problemima sa zdravljem izravno je povezan s udjelom starijih osoba u ukupnoj populaciji. Budući da su kronične bolesti znatno učestalije kod starijeg dijela populacije, a poznato je da Hrvatska ima vrlo visok udio starijih (oni koji imaju 65 i više godina), ta brojka nije iznenađujuća.

Ako bismo radili detaljniju analizu prema dobi i pokušali otkriti u kojim dobnim skupinama možemo tražiti uzroke tako visokom udjelu osoba s kroničnim bolestima i dugotrajnim problemima, najveće odstupanje od prosjeka zemalja EU-27 nalazimo u dobnj skupini 65-74 u kojoj za više od 8 postotnih bodova nadmašujemo europski prosjek. Svakako, riječ je o populaciji u dobi koja je relativno brojna, i do 2020. će u apsolutnim brojkama još porasti, a s njome i udio osoba s kroničnim bolestima i dugotrajnim problemima.

2.4.2 Samoprocjena zdravlja

Kada govorimo o zdravlju i zdravstvenoj skrbi, procjene učinaka zdravstvenih politika u Hrvatskoj su se donedavno donosile uglavnom na temelju tzv. objektivnih demografskih pokazatelja

zdravstvenog statusa populacije poput mortaliteta, očekivanog trajanja života i morbiditeta. Ako pak zdravlje gledamo kao pozitivnu sastavnicu blagostanja i kvalitete života svakog pojedinca, tada nam ti objektivni pokazatelji više nisu dovoljni. Naprotiv, u posljednjih nekoliko desetljeća razvile su se nove mjere zdravlja koje sve više zemalja koristi prilikom ocjene učinka zdravstvenih politika. Te mjere, temeljene na subjektivnoj procjeni pojedinaca, imaju brojne prednosti nad objektivnim pokazateljima.

Samoprocjena zdravlja je jedno od češćih pitanja u različitim socioekonomskim anketnim istraživanjima (EU-SILC, EVS, ESS). Riječ je o jednostavnoj subjektivnoj mjeri zdravlja koja se izračunava na ordinalnoj skali samoprocjene vlastitog zdravstvenog statusa (na ljestvici od pet kategorija počevši od vrlo dobrog do izrazito lošeg). Unatoč njezinoj jednostavnosti, brojna su istraživanja pokazala da je ta mjera prilično dobar prediktor kasnijeg (nadolazećeg) mortaliteta te dobar prediktor korištenja zdravstvenih usluga i lijekova.

Stanovnici Hrvatske su u 2010. prema percepciji vlastitog zdravlja iz ankete EU-SILC bili na samom dnu među promatranim zemljama EU-27. Uz Hrvatsku (46,4%), još je samo u Latviji (49,0%) i Portugalu (49,1%) manje od 50% stanovnika koji je svoj vlastiti zdravstveni status ocijenilo vrlo dobrim ili dobrim (prosjeck za EU27 – 68%). Hrvatska i prednjači sa statistikom gdje je više od četvrtine (28%) stanovništva svoje vlastito zdravlje ocijenilo lošim ili izrazito lošim (prosjeck za EU27 – 9%).

Samoprocjena zdravstvenog statusa se pogoršava s dobi. U mlađim dobnim skupinama (35 – 44 g.) samo 1% hrvatske populacije izjavljuje da ima izrazito loše zdravlje, da bi ta brojka porasla na visokih 14,9% nakon 75g. (EU27 prosjeck – 6,8%) odnosno 18,3% nakon 85. g (EU27 prosjeck – 3,5%).

2.5 Reproductivno zdravlje i planiranje obitelji

2.5.1 Fertilitet

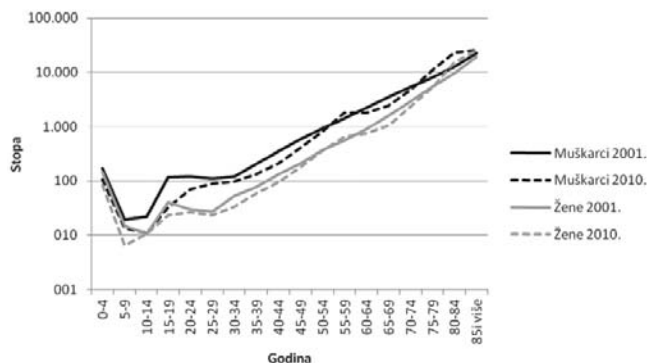
U Hrvatskoj je prema procjeni stanovništva iz 2010. godine ukupan broj žena iznosio 2,285.969, a od toga je njih 1,028.120 (44,97 %) bilo u fertilnoj dobi.

Stope općeg i specifičnog fertiliteta kontinuirano se smanjuju, a u 2010. godini bile su 42,18 (opća) i 1.46 (ukupna). Od početka 1990-tih godina u Hrvatskoj više nema pozitivnog prirodnog kretanja pa ni jednostavne obnove stanovništva. Prema posljednjim dostupnim podacima (2010.), najviše je poroda (34,5%) bilo u skupini roditelja starih 25 – 29 godina, slijede porodi od majki u dobi 30 – 34 godine (29,6%), zatim porodi od majki u dobi 20 – 24 godine (17,6%), a svi ostali porodi su u znatno manjem udjelu. Prosječna dob prvog rađanja u Hrvatskoj već više od desetljeća prelazi optimalnu granicu od 25 godina života i iznosi oko 27 godina, a prosječna dob rađanja je oko 29 godina. U svim dobnim skupinama dolazi do smanjenja fertilitetne stope. Specifična stopa rađanja u dobi 25 – 29 godina iznosi 96,4/1000 žena te dobi, za dobnu skupinu 30 – 34 godine 82,3/1000, za dob 20 – 24 godine 54,9/1000, za dob 35 – 39 godina je 35/1000, za dob 15-19 godina stopa 12/1000, u dobi 40 – 44 godine 5,9/1000 te u dobi od 45 godina i više je 0,3/1000. Rađanje u dobi ispod 15 godina (13 poroda) i iznad 50 godina (0 poroda u 2010. godini) svedeno je na sporadične slučajeve. Danas samo 102 od 224 zemlje svijeta imaju ukupnu stopu fertiliteta od 2,1 ili više, a Hrvatska na toj ljestvici zauzima 192. mjesto što znači da samo 32 zemlje svijeta imaju nižu ukupnu stopu fertiliteta.

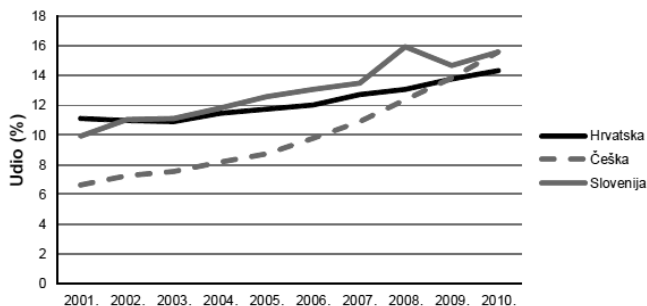
U Hrvatskoj je, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo kao i Državnog zavoda za statistiku, udio živorođenih od majki ispod 20 godina u 2010. godini 3,5% (Slika 24). Istovremeno,

broj i udio živorođenih od majki iznad 35 godina je u blagom porastu i u 2010. godini je 14,4% svih živorođenih bilo od majki starijih od 35 godina (Slika 25). Gotovo polovina rođene djece je iz prvih poroda, u udjelu od 49,2% (ukupno 20.995), poroda drugih po redu je bilo 33,3% (ukupno 14.202), trećih po redu ili višeg reda rođenja 17,6% (ukupno 7.491).

Prema bračnom stanju raste udio neudanih majki (prije 5 godina 7%, u 2010. godini 9,6%). Godine 2010., 89,6% majki je bilo u braku, 0,6% u izvanbračnoj zajednici, a 0,2% razvedenih.



Slika 24. Udio živorođenih u majki u dobi do 20 godina u ukupnom broju živorođenih. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, WHO Health for All Database.



Slika 25. Udio živorođenih u majki u dobi 35+ godina u ukupnom broju živorođenih. Izvor: WHO Health for All Database.

2.5.2 Neplodnost

Podaci o broju neplodnih parova, udjelu pojedinog spola u odnosu na neplodnost i uzrocima neplodnosti ne prate se u rutinskim zdravstveno-statističkim istraživanjima. Prema literaturnim navodima nalazimo da je udio žena koje nisu mogle zanjati nakon jednogodišnjih pokušaja oko 5% u mlađih od 25 godina i oko 30% u onih starijih od 35 godina. Vjerojatnost da će žena od 38 godina života zanjati iznosi samo četvrtinu odgovarajuće vjerojatnosti za žene mlađe od 30 godina. Plodnost žena počinje se smanjivati već od 30. godine života i da bi se izbjegle komplikacije povezane s odgađanjem rađanja, preporučljivo je prvo dijete rađati do 25. godine života, a svu ostalu djecu do 35.

Usporedbom ishoda trudnoće u žena starijih od 40 godina s onima između 20 i 29 godina života utvrđeno je da je prijevremeno rodilo 18% starijih žena, za razliku od 8% mlađih; postotak djece male porodne težine iznosio je 11% prema 4%, a 7% novorođenčadi starijih majki bilo je zaprimljeno u jedinicu intenzivne njege u usporedbi s 4% onih čije su majke spadale u dobnu skupinu od 20 do 29 godina. Primjenom suvremenih metoda potpomognute reprodukcije

u žena koje su odgađale trudnoću od 30. do 35. godine života, može se nadoknaditi samo 50% djece koja bi se rodila da nije bilo takvog odgađanja, a ta se mogućnost smanjuje na samo 30% zbog odgađanja od 35. do 40. godine.

2.5.3 Planiranje obitelji, kontracepcija i prekidi trudnoće

Prema podacima iz primarne zdravstvene zaštite, oko 10% žena reproduktivne dobi koristi mogućnost posjeta ginekologu radi savjetovanja o planiranju obitelji ili propisivanja kontracepcijskog sredstva. Najčešće se propisuju oralni kontraceptivi (75,5%) i intrauterini uložci (12,9%).

Savjetovanje o planiranju obitelji i reproduktivnom zdravlju se provodi i u drugim dijelovima zdravstvenog sustava, u okviru skrbi obiteljskog doktora te u djelatnosti školske i adolescentne medicine, ali i izvan zdravstvenog sustava.

Na žalost, još uvijek se prekid trudnoće u značajnoj mjeri koristi kao sredstvo kontracepcije, što pokazuju podaci HZJZ-a prema kojima je među ženama koje tijekom godine izvrše prekid trudnoće na svoj zahtjev u zdravstvenim ustanovama Hrvatske, najviše onih koje već imaju djecu (56,5%) i u dobi su od 30 do 39 godina.

2.5.4 Sigurno majčinstvo

Zahvaljujući uvjetima dobro razvijene porodničke zaštite s 99,9% rađanjem u bolničkim ustanovama, maternalna smrtnost je u Hrvatskoj već godinama na razini sporadičnih slučajeva, s prosječnom stopom od 8,6/100.000 živorođenih za razdoblje 2001.-2009. godine. U 2010. godini maternalna smrtnost bila je 9,2/100.000 živorođenih.

Smatra se da dobra antenatalna skrb, koja podrazumijeva odgovarajući broj pregleda u trudnoći i kvalitetu pregleda, znatno doprinosi prevenciji nepovoljnih ishoda. Prema rodilišnim podacima za 2010. godinu, udio roditelja s nekontroliranim trudnoćom je ispod 2%, a onih s nezadovoljavajućim minimalnim brojem od 1 – 2 pregleda 1,1%. Najviše je roditelja (68,2%) s optimalnom antenatalnom skrbi odnosno standardnim brojem pregleda u trudnoći (9 i više pregleda).

Značajan pokazatelj antenatalne skrbi je i vrijeme prvog pregleda u trudnoći koje bi u dobro kontroliranim trudnoćama, prema Programu mjera zdravstvene zaštite, trebalo biti do 10. tjedna trudnoće što je zadovoljeno u 72,6% trudnoća u 2010. godini.

U trudnica s određenim patološkim stanjima u trudnoći porod se dovršava carskim rezom, čija se stopa posljednjih godina povećava te je 2010. 187,5/1000 poroda dovršeno istim.

2.6 Značajni javnozdravstveni problemi

2.6.1 Starenje stanovništva

2.6.1.1 Demografsko starenje kao javnozdravstveni problem

Demografsko starenje odnosno promjene u dobnoj strukturi stanovništva, koje se očituju kroz smanjenje broja mladih i rast broja starijih u populaciji, izazivaju zabrinutost, kako na nacionalnoj tako i na međunarodnoj razini. Te su brige prije svega izazvane prognozama o rastu ekonomskih i socijalnih troškova koje će demografsko starenje potaknuti u desetljećima pred nama.

Demografsko starenje je neizbježna sudbina većine razvijenih društava, a Hrvatska u tome nije iznimka. Dozu zabrinutosti može donijeti činjenica kako brzina starenja i tekuća dobna struktura stavlja Hrvatsku u nepovoljniji položaj od većine zemalja. Premda

se životni vijek u Hrvatskoj ne produljuje ništa brže od europskog prosjeka, nužno je napomenuti kako je demografsko starenje izazvano ne samo povećanjem očekivanog trajanja života, već je u velikoj mjeri rezultat smanjenog broja rađanja u posljednjih nekoliko desetljeća. Riječ je o tzv. starenju odozdo, koje u najrazvijenijim zemljama sve više uzmiče pred tzv. starenjem odozgo odnosno snižavanjem stope mortaliteta, posebice u starijoj dobi. U Hrvatskoj je dodatni problem što je uz demografsko starenje na djelu i depopulacija, odnosno pad broja stanovnika.

Demografsko starenje, samo po sebi, nije problem. Naprotiv, riječ je o jednom od najvećih dostignuća čovječanstva u posljednjem stoljeću koje se manifestiralo kroz značajno povećanje očekivanog trajanja života pri rođenju, nakon dugog razdoblja relativno niskog i slabo rastućeg očekivanog trajanja života. Ono što bi mogao biti problem su ekonomski i socijalni troškovi povezani uz demografsko starenje. Ukoliko se javne politike ne prilagode novom demografskom režimu (sve većem udjelu starijih u populaciji), demografsko starenje bi uistinu moglo postati jedan od najvećih socijalno-finanacijskih problema nositeljima političke vlasti.

Starenje stanovništva možemo jednostavno definirati kao rast udjela starijih u ukupnoj populaciji. Postoje brojne mjere demografskog starenja, no demografi najčešće koriste medijalnu starost populacije, udio starih (65+) u populaciji i koeficijent dobne ovisnosti starijih (Tablice 8-10).

Prema jednom od najčešće navođenih pokazatelja starenja, medijalnoj starosti populacije, stanovništvo Hrvatske se ubraja među natprosječno stare populacije (Tablica 8). Od promatranih 27 zemalja članica EU, Hrvatska se nalazi na visokom 8. mjestu s medijalnom starošću od 41,5 godine. Ukoliko se dosadašnji demografski trendovi nastave, za očekivati je da će medijalna starost populacije porasti u sljedećih 10 godina do razine od 45 godina, a do 2040. na čak 50 godina. U takvim uvjetima, kada više od polovice stanovništva bude starije od 50 godina, veliki izazov bit će osigurati financiranje troškova javnih zdravstvenih politika bez značajnijih strukturnih reformi ili, s druge strane, bez značajnog poboljšanja zdravlja starije populacije.

Tablica 8. Medijalna starost populacije u zemljama EU-27 i Hrvatskoj u 2011. Izvor: Eurostat.

Rang	Država	Medijalna dob (god)	Rang	Država	Medijalna dob (god)
1.	Njemačka	44,6	15.	Španjolska	40,3
2.	Italija	43,5	16.	Mađarska	40,1
3.	Grčka	42,1	17.	Francuska	40,0
4.	Finska	42,1	18.	Litva	40,0
5.	Austrija	42,0	19.	Estonija	39,7
6.	Slovenija	41,7	20.	Velika Britanija	39,7
7.	Bugarska	41,6	21.	Češka	39,6
8.	Hrvatska	41,5	22.	Malta	39,5
9.	Portugal	41,1	23.	Luksemburg	39,0
10.	Nizozemska	41,0	24.	Rumunjska	38,3
11.	Belgija	40,9	25.	Poljska	38,0
12.	Švedska	40,8	26.	Slovačka	37,2
13.	Danska	40,6	27.	Cipar	36,2
14.	Latvija	40,4	28.	Irska	34,7

* Podaci se odnose na 2010.

Prema udjelu starijeg dijela populacije (65 i više godine), Hrvatska se također nalazi u europskom vrhu (Tablica 9), unatoč činjenici da je mortalitet starijih i očekivano trajanje života u starijim dobnim grupama među nižima u usporedbi sa zemljama članicama EU-a.

Već 2020. udio starijih 65 i više godina premašit će 20%, a sadašnje projekcije pokazuju da bi oko 2050. svaki treći stanovnik Hrvatske mogao biti stariji od 65 godina. Ono što se zasigurno očekuje jest ne samo starenje ukupne populacije, već i starenje starijeg dijela populacije. Do 2020. više od 5% ukupne hrvatske populacije bit će starije od 80 godina, a njihov udio će se do 2050., udvostručiti i tada bi svaki deseti stanovnik Hrvatske trebao biti stariji od 80 godina.

Tablica 9. Udio populacije u dobi 65 i više godina u zemljama EU-27 i Hrvatskoj u 2011. Izvor: Eurostat.

Rang	Država	%	Rang	Država	%
1.	Njemačka	20,6	15.	Francuska	16,7
2.	Italija	20,3	16.	Mađarska	16,7
3.	Grčka	19,3	17.	Velika Britanija	16,6
4.	Švedska	18,5	18.	Litva	16,5
5.	Portugal	18,2	19.	Slovenija	16,5
6.	Bugarska	17,7	20.	Nizozemska	15,6
7.	Austrija	17,6	21.	Češka	15,5
8.	Španjolska	17,5	22.	Malta	15,5
9.	Latvija	17,4	23.	Rumunjska	14,9
10.	Belgija	17,2	24.	Luksemburg	13,9
11.	Hrvatska	17,1	25.	Poljska	13,6
12.	Španjolska	17,1	26.	Cipar	13,1*
13.	Estonija	17,0	27.	Slovačka	12,4
14.	Danska	16,8	28.	Irska	11,6

* Podaci se odnose na 2010.

Treći pokazatelj starenja, koeficijent dobne ovisnosti starijih, pokazuje omjer stanovništva u dobi od 65 i više godina u odnosu na stanovništvo u radno-sposobnoj dobi 15 – 64 (Tablica 10).

Tablica 10. Koeficijent dobne ovisnosti starijih u zemljama EU-27 i Hrvatskoj u 2011. Izvor: Eurostat.

Rang	Država	Koeficijent u 2011.	Rang	Država	Koeficijent u 2011.
1.	Njemačka	31,2	15.	Latvija	25,2
2.	Italija	30,9	16.	Velika Britanija	25,2
3.	Grčka	29,0	17.	Mađarska	24,4
4.	Švedska	28,4	18.	Litva	24,1
5.	Portugal	27,2	19.	Slovenija	23,9
6.	Španjolska	26,5	20.	Nizozemska	23,3
7.	Belgija	26,0	21.	Malta	22,4
8.	Austrija	26,0	22.	Češka	22,2
9.	Bugarska	25,9	23.	Rumunjska	21,4
10.	Francuska	25,9	24.	Luksemburg	20,3
11.	Danska	25,7	25.	Poljska	19,0
12.	Hrvatska	25,4	26.	Cipar	18,6
13.	Estonija	25,2	27.	Irska	17,4
14.	Španjolska	25,2	28.	Slovačka	17,1

* Podaci se odnose na 2010.

Na regionalnoj razini (NUTS2 i NUTS3), pokazatelji starenja su prilično diverzificirani (Tablica 11). U tri hrvatske županije već je sada udio starijih prešao brojku od 20% (Ličko-senjskoj, Karlovačkoj i Šibensko-kninskoj), a tekuća dobna struktura u tim županijama nije povoljna i za očekivati je nastavak još bržeg procesa demografskog starenja. Općenito su u županijama Jadranske Hrvatske veći udjeli starije populacije u ukupnoj i veći koeficijent dobne ovisnosti starijih, što nije neočekivano zbog relativno dužeg očekivanog trajanja života koje stanovništvo tih županija ostvaruje u odnosu na ostale dijelove Hrvatske. Projekcije budućeg kretanja navedenih pokazatelja po županijama ovise o brzini povećanja očekivanog trajanja

života, naročito u starijim dobnim skupinama, ali i kretanju razine fertiliteta te donekle migracijskim trendovima.

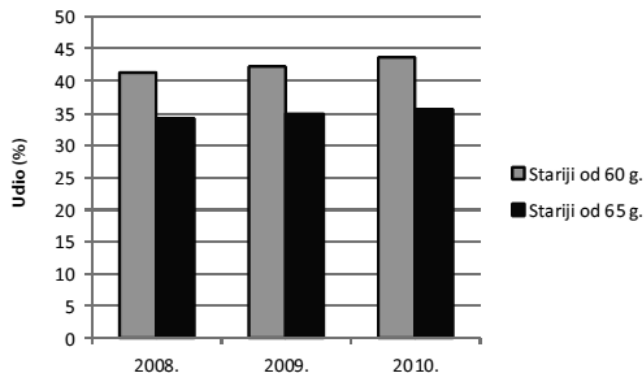
Tablica 11. Udio stanovnika u dobi 65+ i koeficijent dobne ovisnosti starijih u Hrvatskoj i NUTS2 i NUTS3 regijama u 2011. Izvor: Eurostat.

NUTS REGIJE	Udio 65+ (%)	Koeficijent dobne ovisnosti starijih
Hrvatska	17,1	25,4
Sjeverozapadna Hrvatska	16,6	24,5
Grad Zagreb	17,1	25,3
Zagrebačka županija	15,3	22,4
Krapinsko-zagorska županija	17,5	26,0
Varaždinska županija	16,6	24,5
Koprivničko-križevačka županija	17,3	25,9
Međimurska županija	15,2	22,4
Središnja i Istočna (Panonska) Hrvatska	17,2	25,7
Bjelovarsko-bilogorska županija	17,7	26,5
Virovitičko-podravska županija	16,3	24,3
Požeško-slavonska županija	16,7	25,2
Brodsko-posavska županija	16,5	24,9
Osječko-baranjska županija	16,5	24,2
Vukovarsko-srijemska županija	16,2	24,1
Karlovačka županija	20,2	30,8
Sisačko-moslavačka županija	18,6	28,1
Jadranska Hrvatska	17,5	26,0
Primorsko-goranska županija	18,4	26,8
Ličko-senjska županija	22,4	35,7
Zadarska županija	17,1	25,8
Šibensko-kninska županija	20,1	30,9
Splitsko-dalmatinska županija	15,9	23,5
Istarska županija	17,7	25,7
Dubrovačko-neretvanska županija	17,7	26,8

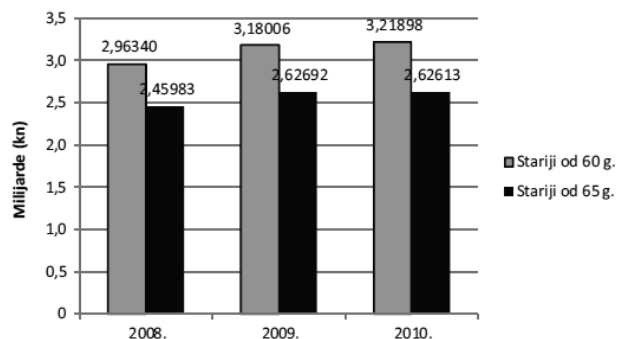
2.6.1.2 Projekcije zdravstvene potrošnje starijih osoba

Zdravstvena potrošnja je u velikoj mjeri funkcija dobi, a izdaci za zdravstvenu skrb u posljednjoj godini života višestruko premašuju prosječne izdatke. Nedvojbeno je potvrđeno kako starije osobe troše više zdravstvenih dobara i usluga *per capita* od bilo koje druge dobne skupine, osim možda novorođenčadi. Većina projekcija zdravstvene potrošnje starijih osoba kombinira specifičnu potrošnju prema dobi, projicirani broj stanovnika po dobi i neke pretpostavke o rastu realne javne i privatne zdravstvene potrošnje (ili stopa rasta). U razvijenim zemljama udio izdataka za zdravstvenu skrb starije populacije (60+ ili 65+) premašuje trećinu ukupne zdravstvene potrošnje. Prema podacima HZZO-a najveći dio izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj otpada na bolničko liječenje – preko 8 milijardi kuna 2011. godine ili oko 45% izdataka za zdravstvenu zaštitu. Zbog navedenog se broj i trošak po pojedinom hospitaliziranom slučaju mogu koristiti kao pouzdan *proxy* u projekcijama zdravstvene potrošnje. Pretpostavljamo da se struktura tj. relativni udjeli hospitalizacija u stacionarnom dijelu bolnica iz odabrane godine ne mijenjaju (u ovom slučaju iz 2009. godine), a jedino se mijenja ukupan broj stanovnika u pojedinoj dobnj skupini, a na temelju demografskih projekcija. Trošak po pojedinoj hospitalizaciji dobiven je podjelom ukupno iskazanih bolničkih troškova HZZO-a (npr. 8,23 mlrd. kuna 2010.) s ukupnim brojem liječenih osoba na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica (npr. 745.692 u 2010. godini). Također, jedinični trošak po danu bolničkog liječenja (DBL) dobiven je dijeljenjem ukupnih rashoda za bolničko liječenje i ukupnog broja DBL (npr. 7,05 milijuna 2010. godine).

Osobe starije od 60 godina sudjelovale su s oko 44% od ukupnog broja hospitalizacija 2010. godine (Slika 26), dok su ukupni troškovi bolničkog liječenja iznosili 3,2 mlrd. kuna (39,5% ukupnih troškova bolničkog liječenja) (Slika 27). Postoji trend ubrzanog rasta udjela slučajeva bolničkog liječenja starijih osoba, 60+ kao i 65+ (Slika 26).

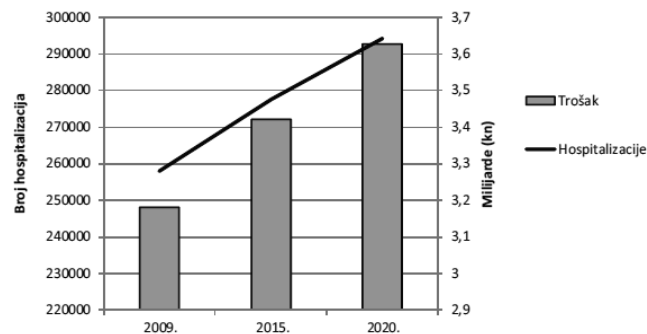


Slika 26. Udio hospitalizacija starijih osoba. Izvor: obrada autora prema HZJZ-u i HZZO-u.



Slika 27. Troškovi hospitalizacija starijih osoba. Izvor: obrada autora prema HZJZ-u i HZZO-u.

Kada bismo strukturu hospitalizacija starijih osoba (60+) uklonili u projekcije broja stanovnika u toj dobnj skupini 2015. i 2020. godine, njihov bi se broj povećao za oko 14% do 2020. Relativni porast možda nije toliko izražen, ali treba pretpostaviti i pad ukupnog broja stanovnika Hrvatske od 3% u istom razdoblju. U skladu s time došlo bi i do porasta ukupnih realnih troškova bolničkog liječenja starijih osoba (Slika 28).



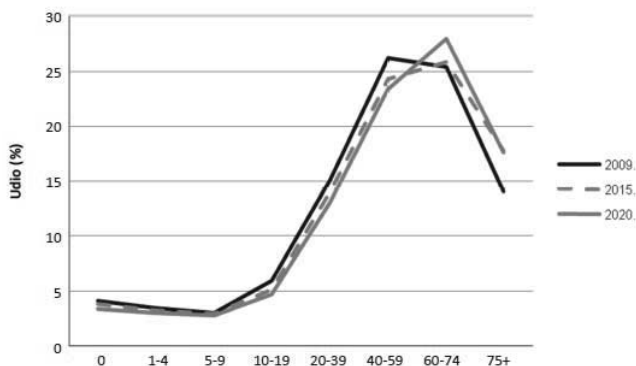
Slika 28. Projekcije broja slučajeva i ukupnih troškova bolničkog liječenja starijih osoba (60+), na temelju prosječnog troška bolničkog liječenja iz 2009. godine. Izvor: izračun autora prema HZZO-u i HZJZ-u.

U Tablici 12 prikazani su udjeli pojedinih dobnih skupina u ukupnom broju hospitalizacija prema individualnim prijavama o liječenim pacijentima. Za baznu godinu odabrana je 2009. zbog dostupnosti detaljnije strukture bolničkog liječenja u stacionarnim odjelima dobnih skupina iznad 60 godina. Prema podacima HZJZ-a u 2009. godini prijavljeno je ukupno 611.368 liječenih pacijenata na stacionarnim odjelima bolnica (39,5% starijih od 65 godina). Do 2020. godine broj osoba starijih od 65 godina porast će za 13,6%, a starijih od 80 za 35,2%. U skladu s time očekuje se pozitivan trend rasta udjela slučajeva bolničkog liječenja starijih osoba. Njihov bi se udio u ukupnom broju slučajeva bolničkog liječenja povećao s 39,5% 2009. godine na 45,6% u 2020. godini. Apsolutni porast slučajeva bolničkog liječenja iznosi oko 10.000, ali će se u promatranom razdoblju i ukupan broj stanovnika smanjiti za oko 130.000.

Tablica 12. Udjeli pojedinih dobnih skupina u ukupnom broju hospitalizacija (samo zbog promjene ukupnog broja stanovnika; pretpostavlja se isti relativni udio hospitalizacija iz 2009. godine). Izvor: izračun autora prema HZJZ-u i HZZO-u.

Dobna skupina	0	1 – 4	5 – 9	10 – 19	20 – 39	40 – 59	60 – 74	75+
Godina								
2009.	4,1%	3,4%	3,0%	5,9%	15,1%	26,2%	25,4%	14,0%
2015.	3,8%	3,2%	2,9%	5,1%	14,0%	24,3%	25,9%	17,8%
2020.	3,3%	3,0%	2,8%	4,7%	13,0%	23,4%	28,0%	17,6%

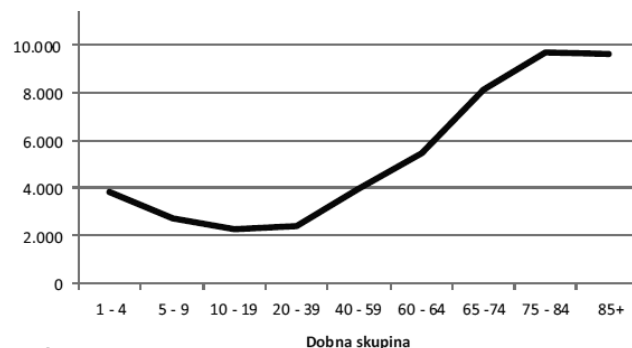
Na slici 29 jasnije su vidljive promjene u udjelima u ukupnom broju slučajeva bolničkog liječenja prema dobnim skupinama. U mlađim dobnim skupinama trebalo bi doći do pada udjela u ukupnom broju bolničkog liječenja, a do 2020. godine u svim će dobnim skupinama iznad 60 godina udjeli u ukupnom broju bolničkog liječenja biti veći od onih u 2009. godini.



Slika 29. Distribucija udjela u ukupnom broju slučajeva bolničkog liječenja 2009., 2015. i 2020. godine. Izvor: izračun autora prema HZJZ-u i HZZO-u.

Ovakav raspored troškova zdravstvene zaštite može se preslikati na ukupne troškove zdravstvene zaštite. Prema podacima za 2009. rashodi za zdravstvenu zaštitu iznosili su 19,14 mlrd. kuna (17,56 iz obveznog i oko 1,58 mlrd. iz dopunskog zdravstvenog osiguranja). Distribucija ukupnih troškova zdravstvene zaštite po stanovniku pokazuje da se maksimum troškova u starijim dobnim skupinama doseže u dobi od 75 – 84 godine što je ujedno dob u kojoj umire najviše muškaraca i žena u Hrvatskoj (Slika 30). Uzme li se dobnim skupinama 40 – 64 kao referentna, izdaci za zdravstvo po stanovniku veći su za 1,7 puta u dobnim skupinama 65 – 74 i oko 2 puta u dobnim skupinama

75 – 84 i 85+. Slične omjere možemo pronaći i u nekim razvijenim zemljama OECD-a npr. Španjolskoj, Njemačkoj ili Švedskoj.



Slika 30. Distribucija troškova zdravstvene zaštite po stanovniku 2009. godine, u kunama (Nisu uključeni troškovi zdravstvene zaštite djece mlađe od godinu dana koji iznose oko 18.000 kuna per capita). Izvor: izračun autora prema HZJZ-u, HZZO-u, Državnom zavodu za statistiku.

2.6.1.3 Dugotrajna zdravstvena skrb o starijim osobama

Šira definicija dugotrajne skrbi ili *eng. Long Term Care (LTC)* obuhvaća pomoć starim i nemoćnim osobama u obavljanju kućanskih poslova (kupovina, priprema jela) i osobne njege (npr. hranjenje, oblačenje) kao i zdravstvenu skrb. Sve do 1989. godine u većini bivših socijalističkih zemalja za LTC starijih osoba bile su odgovorni članovi obitelji. Ukoliko pomoć obitelji nije bila dostupna, pacijenti bi bili »institucionalizirani«. Danas se na LTC odnosi veliki dio zdravstvenih i izdataka za socijalnu skrb u većini razvijenih društava.

Dugotrajnu zdravstvenu skrb u Hrvatskoj pokriva zdravstveno osiguranje i to preko bolničkih ustanova npr. na psihijatrijskim ili gerijatrijskim odjelima bolnica. U ustanovama socijalne skrbi starijih osoba zdravstvena skrb se pruža na temelju ugovora sa zdravstvenim timovima u tim ustanovama ili lokalnim domovima zdravlja.

U Hrvatskoj nisu dostupni pouzdani podaci o izdvajanjima za ukupnu dugotrajnu skrb o starijim osobama koja obuhvaća i zdravstvenu skrb. Na temelju broja dana liječenja na odjelima gerijatrijskih ili psihijatrijskih bolnica i izdatacima za zdravstvenu skrb starijih osoba u kući dolazi se do brojke od oko 0,1% BDP-a u 2011. godini, no ti podaci nisu potpuni i treba ih shvatiti samo kao okvirne.

U Tablici 13 prikazani su udjeli izdataka za dugotrajnu zdravstvenu skrb starijih osoba u odabranim zemljama EU-a iz koje je evidentno zaostajanje bivših socijalističkih zemalja u financiranju i organizaciji ovakvog oblika skrbi.

Tablica 13. Izdaci za dugotrajnu skrb o starijim osobama (% BDP-a). Izvor: Eurostat.

	2003.	2006.	2009.
Češka	0,26	0,25	0,28
Danska	1,96	2,07	2,72
Francuska	1,38	1,57	1,85
Mađarska	0,29	0,25	0,28
Nizozemska	1,28	1,28	2,53
Poljska	0,30	0,43	0,40
Rumunjska	0,52	0,53	0,75
Slovenija	1,04	1,08	1,24
Slovačka	:	0,24	0,25
Švedska	3,82	3,65	3,89

2.6.2 Bolesti srca i krvnih žila

2.6.2.1 Kardiovaskularne bolesti ukupno

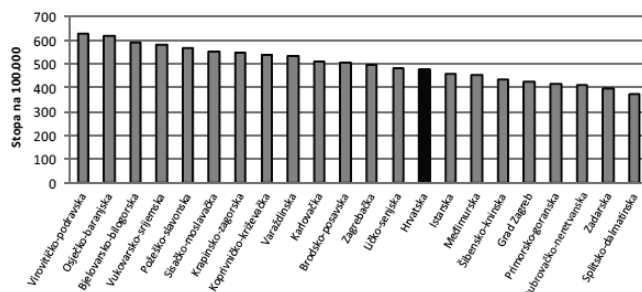
U 2010. godini od kardiovaskularnih bolesti (KVB) umrla je 25.631 osoba, a od toga 14.702 žene i 10.929 muškaraca. Opća stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti ukupno je iznosila 580,2/100.000, u žena je bila 643,1/100.000, a u muškaraca 512,7/100.000.

Među ukupnim brojem umrlih od bolesti srca i krvnih žila 2010., 11% ih je bilo u dobi do 64 godine, s tim da muškarci u znatno većem udjelu umiru u dobi do 64 godine – njih čak 2.111 (19,3%), u odnosu na žene, s 695 (4,7%) umrlih u toj dobi.

Dobno-specifične stope smrtnosti za KVB povećavaju se s dobi i više su u muškaraca nego u žena u svim dobnim skupinama. Intenzivnije povećanje smrtnosti počinje u dobi iznad 50 godina. Gledajući prema dobi i spolu, nalazimo veliku razliku između muškaraca i žena u smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila, a posebice od ishemijske bolesti srca: u dobi 0-64 godina muškarci imaju znatno veće stope smrtnosti od žena, dok je za dob iznad 65 godina ta razlika manja.

Vodeće dijagnostičke podskupine kao uzroci smrti u skupini kardiovaskularnih bolesti (MKB-10: I00-I99) su ishemijske bolesti srca (I20-I25) s udjelom od 21,6% i cerebrovaskularne bolesti (I60-I69) s udjelom od 14,6% u ukupnom mortalitetu, zatim slijede srčana insuficijencija (3,5%) i hipertenzija (3,1%).

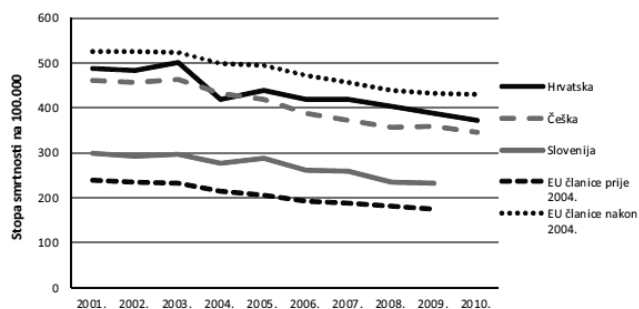
Usporedi li se smrtnost od kardiovaskularnih bolesti po županijama, dobno-standardizirane stope smrtnosti kreću se u rasponu od najviše 630,6 u Virovitičko-podravskoj županiji do najniže 374,4/100.000 u Splitsko-dalmatinskoj županiji (Slika 31). Uglavnom su stope mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti više u kontinentalnom dijelu Hrvatske, a niže u priobalnom dijelu Hrvatske, uz izuzetak Grada Zagreba i Međimurske županije koji imaju nižu stopu smrtnosti kao i priobalne županije.



Slika 31. Dobno standardizirane stope smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila po županijama u RH 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

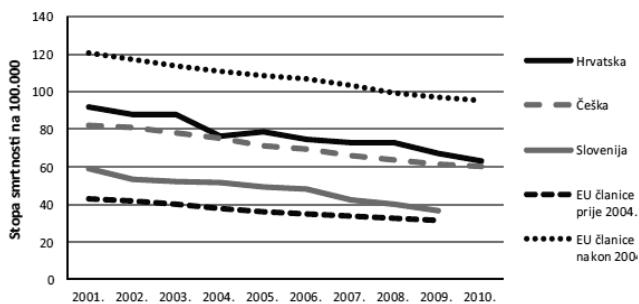
Po mortalitetu od bolesti srca i krvnih žila Hrvatska sa standardiziranom stopom smrtnosti od 370,8/100.000 spada među zemlje u Europi koje imaju srednje visoke stope smrtnosti (Slika 32). Prosjek za zemlje »stare« članice EU-a prije 2004. iznosi 174,6/100.000, za zemlje članice EU-a koje su pristupile od 2004. godine 428,9/100.000. Susjedna Slovenija ima znatno nižu stopu smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti 231,8, a Češka nešto malo nižu od Hrvatske 344/100.000.

Zemlje Istočne Europe imaju uglavnom više stope smrtnosti od Hrvatske, a zemlje Zapadne i Južne (mediteranske) Europe imaju znatno niže stope smrtnosti od Hrvatske sa stalnim trendom smanjenja.



Slika 32. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila za sve dobi u Hrvatskoj i EU-u od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

U posljednjih 10 godina postoji trend smanjenja smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj i to posebno za dob do 64 godine (Slika 33), što je izraženije za cerebrovaskularne bolesti, nego za ishemijsku bolest srca. Analizirajući kretanje dobno standardiziranih stopa mortaliteta od KVB ukupno u Hrvatskoj, od 2001. godine s 486,2/100.000 stopa se smanjila na 370,8/100.000 u 2010. godine što je smanjenje od 23,7% (Slika 23). U dobnj skupini do 64 godine smanjenje smrtnosti iznosi 31,0% (Slika 24).



Slika 33. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila za dob 0 – 64 godine u Hrvatskoj i EU-u od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

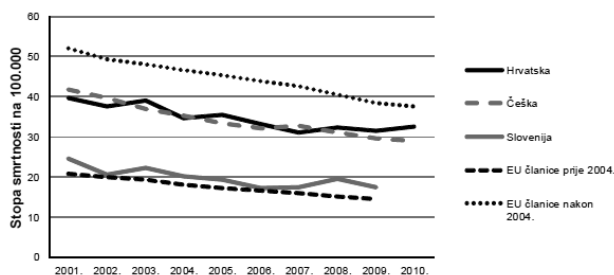
U bolničkom morbiditetu KVB su već više godina na prvom ili drugom mjestu po broju hospitalizacija, izmjenjujući se s malignim bolestima. KVB su 2010. s udjelom od 14,3% bile na prvom mjestu po broju hospitalizacija, a od ukupnog broja od 81.575, 47,1% su bile hospitalizacije žena i 52,9% hospitalizacije muškaraca. Međutim, analiza prema spolu pokazuje da su u muškaraca KVB na prvom mjestu po broju hospitalizacija s udjelom od 15,4%, a kod žena su na drugom mjestu s udjelom od 13,1%, iza novotvorničija čiji je udio 13,9% u ukupnom broju hospitalizacija žena. Stopa hospitalizacija iznosila je 1.838,3/100.000 stanovnika, u muškaraca 2.022,0/100.000, a u žena 1.667,9/100.000. Analiza bolničkog pobola prema dobi pokazuje da se i u muškaraca i u žena stope hospitalizacija za kardiovaskularne bolesti povećavaju s dobi te su veće u muškaraca nego u žena u svim dobnim skupinama. Intenzivnije povećanje bolničkog pobola počinje u dobi iznad 40 godina. Najčešći uzroci hospitalizacija bile su ishemijska bolest srca s udjelom od 26,4%, (najčešće angina pectoris i infarkt miokarda), zatim ostali oblici srčane bolesti –26,0% s najčešćom dijagnozom srčane insuficijencije i kardiomiopatije, te cerebrovaskularne bolesti s udjelom od 21,3 % u skupini kardiovaskularnih bolesti.

Usporedimo li stope smrtnosti i stope hospitalizacija prema spolu u posljednjih deset godina, vidimo da stope smrtnosti padaju i u muškaraca i u žena, ali su u žena opće stope smrtnosti više

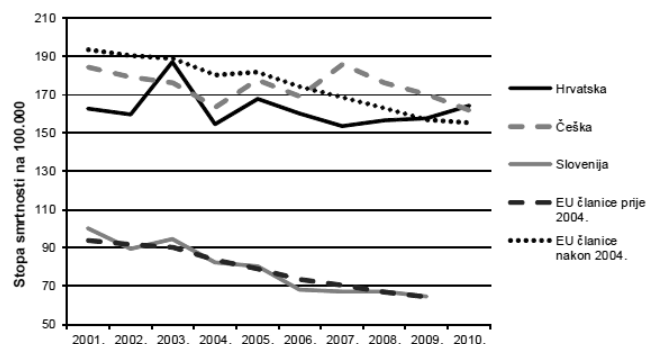
no u muškaraca kroz cijelo razdoblje. Međutim stope hospitalizacija rastu u oba spola, s time da su stope hospitalizacija znatno niže u žena. U usporedbi s prosjekom zemalja EU-a, Hrvatska ima značajno nižu stopu hospitalizacija.

2.6.2.2 Ishemijske bolesti srca

U zadnjih 10 godina vidljiv je pozitivan trend smanjenja smrtnosti od ishemijskih bolesti za dob 0 – 64 godine u Hrvatskoj, od 2001. godine s 39,6/100.000 stopa pada na 32,5/100.000 u 2010. godine što je pad za 18% (Slika 34). Međutim stopa smrtnosti za sve dobi u tom razdoblju oscilira i ne bilježi se trend smanjenja smrtnosti (Slika 35).



Slika 34. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od ishemijske bolesti srca za dob 0 – 64 godine u Hrvatskoj i nekim zemljama Europe u razdoblju od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 35. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od ishemijske bolesti srca za sve dobi ukupno, u Hrvatskoj i nekim zemljama Europe u razdoblju od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

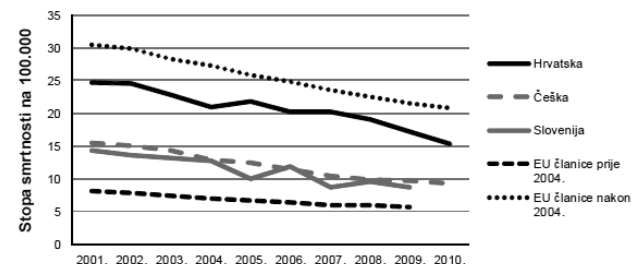
U usporedbi s drugim zemljama po mortalitetu od ishemijskih bolesti za sve dobi Hrvatska sa standardiziranom stopom smrtnosti od 164,2/100.000 (slika 35) ima znatno više stope smrtnosti od prosjeka za zemlje »stare« članice EU-a čija stopa iznosi 64,5/100.000 i Slovenije sa stopom od 64,4. Prosjek za zemlje članice EU-a koje su pristupile od 2004. godine je 155,3/100.000, a Češka ima nešto malo nižu stopu od Hrvatske 162,8/100.000.

2.6.2.3 Cerebrovaskularne bolesti

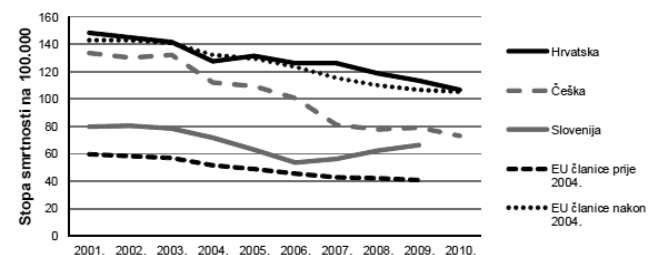
Cerebrovaskularne bolesti nalaze se na drugom mjestu među 10 vodećih pojedinačnih uzroka smrti u Hrvatskoj, a u ukupnom mortalitetu sudjeluju s udjelom od 14,6% (7.610 umrle osobe) i to u mortalitetu muškaraca s 12,5% (3.206 umrlih muškaraca), a u mortalitetu žena s 16,7% (4.404 umrlih žena). Najčešća pojedinačna dijagnoza je inzult nespecificiran kao krvarenje ili ishemija.

U zadnjih 10 godina postoji pozitivan trend smanjenja smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za sve dobi, a posebno za dob 0-64 godine u Hrvatskoj. Od 2001. godine s 24,6/100.000 stopa pada na 15,4/100.000 u 2010. godini što je pad za 37,7% (Slika 36). Stopa smrtnosti za sve dobi u tom razdoblju bilježi također trend smanjenja smrtnosti za 27,9% (Slika 37).

U usporedbi s drugim zemljama po mortalitetu od cerebrovaskularnih bolesti za sve dobi Hrvatska sa standardiziranom stopom smrtnosti od 106,8/100.000 ima znatno veće stope smrtnosti od prosjeka za zemlje »stare« članice EU-a čija stopa iznosi 40,5/100.000, od susjedne Slovenije 66,2, i Češke 73 /100.000. Prosjek za zemlje članice EU-a koje su pristupile od 2004. godine je 105,5/100.000, a slična je smrtnost u Hrvatskoj.



Slika 36. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za dob 0-64 godine u Hrvatskoj i EU-u od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 37. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za sve dobi ukupno, u Hrvatskoj i EU-u od 2001 – 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

2.6.2.4 Poremećaji metabolizma masti

Prema rezultatima istraživanja provedenog u Hrvatskoj u okviru Prvog hrvatskog projekta zdravstva od 1995. – 1997. na uzorku od 5.840 ispitanika u dobi 18 – 65 godina, utvrđene su veće srednje vrijednosti kolesterola ispitanika od poželjnih 5,2 mmol/L. Prosječne vrijednosti kolesterola u muških ispitanika iznosile su $(5,9 \pm 1,32 \text{ mmol/L})$, a u ispitnica $(5,93 \pm 1,32 \text{ mmol/L})$. Ukupno 10% muškaraca imalo je vrijednosti iznad 7,60 mmol/L, a 10% žena iznad 7,19 mmol/L. Vrijednosti ovog biokemijskog parametara značajno su se povećavale s dobi i bile su veće u muškaraca nego u žena sve do dobi od 50 godina, kada vrijednosti kolesterola u žena nadvisuju prosječne vrijednosti kolesterola za muškarce što je posljedica poznate zaštitne uloge hormona u žena do menopauze.

U istom istraživanju srednje vrijednosti triglicerida u ispitnom uzorku bile su značajno veće u muškaraca nego u žena $(2,29 \pm 1,69 \text{ mmol/L}$ prema $1,43 \pm 0,94 \text{ mmol/L})$. Posebno međutim treba istaknuti da je oko 10% muškaraca imalo vrijednosti triglicerida iznad 6,01 mmol/L, dok je isti udio ispitanica imao vrijednosti iznad 3,13 mmol/L.

2.6.2.5 Hipertenzija

Podaci o arterijskoj hipertenziji (AH) za stanovništvo Hrvatske dostupni su iz više istraživanja. U studiji na 1.222 slučajno odabrana ispitanika starija od 18 godina, dobi prilagođena prevalencija AH bila je 35,5% za muškarce i 39,7% za žene (kriterij: uzimanje terapije ili sistolički tlak ≥ 140 mmHg ili dijastolički tlak ≥ 90 mmHg). U istraživanjima provedenim 2003. godine na podacima Hrvatske zdravstvene ankete (HZA2003) zabilježena prevalencija AH u muškaraca bila je 45,6%, a u žena 43% (kriteriji: uzima terapiju ili sistolički tlak ≥ 140 mmHg ili dijastolički tlak ≥ 90 mmHg). Prevalencija AH povećava se s dobi i najveća je u onih iznad 65 godina. Prosječna petogodišnja incidencija AH na kohorti ispitanika iz HZA2003 u 2008. g. bila je 7,4% u muškaraca i 6,6% u žena. Hrvatska ima približno istu stopu prevalencije poput one u Španjolskoj, gdje je u dobnoj skupini 35-64 godine zabilježena stopa od 45,1%, a nižu od Njemačke koja u dobnoj skupini 18-79 godina ima 55,3% hipertoničara. Niže stope bilježe se i u Engleskoj (38,8%), Italiji (37,7%), Švedskoj (38,4%) i Grčkoj (28,4%).

Prema rezultatima istraživanja provedenih u Hrvatskoj, 58,6% ispitanika svjesno je svog AH-a, od njih se liječi 48,4%, a samo 14,8% njih ima kontrolirani tlak.

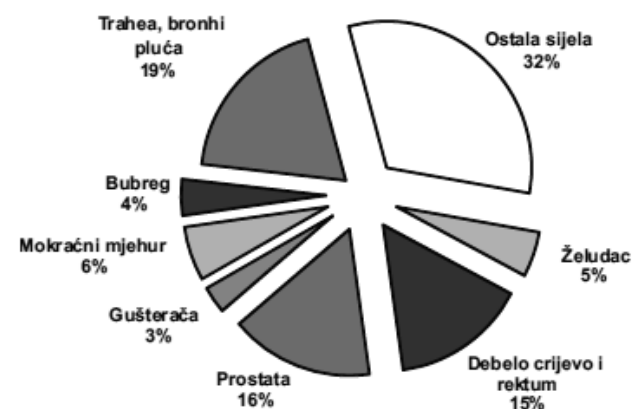
2.6.3 Novotvorine

2.6.3.1 Ukupne stope i najčešća sijela

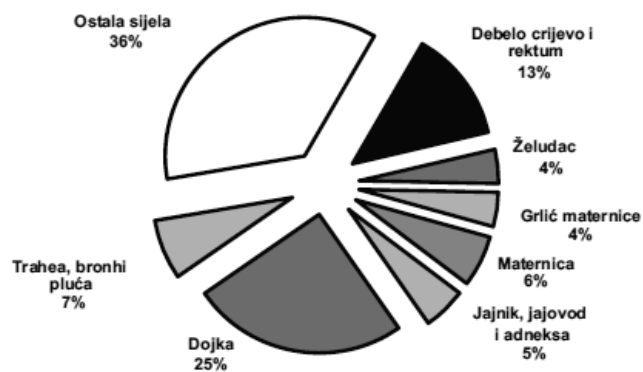
U Hrvatskoj je u 2009. dijagnosticirano 21.199 novih (stopa 477,7/100 000) bolesnika od raka (nije uključen rak kože), a umrlo je 13.315 ljudi (stopa 300,1/100 000). Rak je drugi najčešći uzrok smrti u RH – 26% od svih umrlih umire zbog raka.

Najčešća sijela raka u muškaraca su bronh i pluća (2.228 novih bolesnika godišnje), debelo crijevo (1.689 bolesnika), prostata (1.783 novih bolesnika) i usta, ždrijelo i grkljan (837 novih bolesnika) (Slika 38). Ukupni broj oboljelih muškaraca bio je 11.483.

U žena su najčešća sijela raka dojka (2.390 novih bolesnica), debelo crijevo (1.223 novih bolesnica godišnje), bronh i pluća (708 bolesnica godišnje) te tijelo maternice (583 bolesnica godišnje) (Slika 39). Ukupni broj oboljelih žena bio je 9.716.



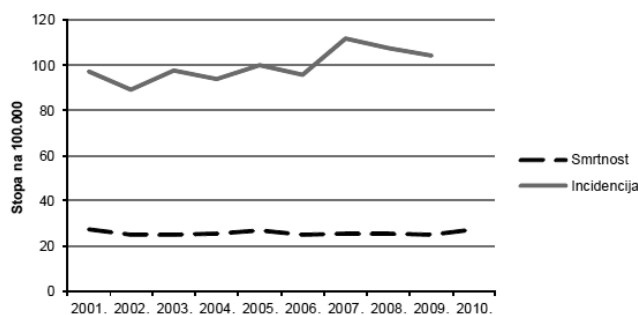
Slika 38. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2009. (muškarci, sve dobi). Izvor: Registar za rak i Državni zavod za statistiku.



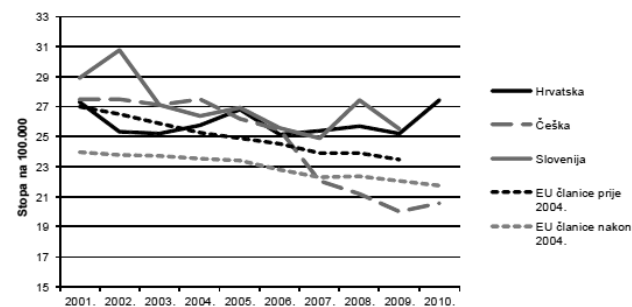
Slika 39. Najčešća sijela raka u Hrvatskoj u 2009. (žene, sve dobi). Izvor: Registar za rak i Državni zavod za statistiku.

2.6.3.2 Rak dojke

Rak dojke najčešće je sijelo raka u žena prema incidenciji i mortalitetu. U 2010. od raka dojke u Hrvatskoj su umrle 983 žene. Incidencija raka dojke je u kontinuiranom porastu, dok je mortalitet nakon 2000. godine uglavnom konstantan (Slika 40). U usporedbi s ostalim europskim zemljama, Hrvatska je područje intermedijarne incidencije i mortaliteta od raka dojke. Trendovi mortaliteta su nepovoljniji nego u zapadnoeuropskim zemljama gdje se jasni pad mortaliteta bilježi već od 1980-ih kao posljedica napretka u liječenju i uvođenja skrining programa (Slika 41). Hrvatski Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke »Mamma« uveden je krajem 2006. godine. U prvom krugu programa otkriveno je 1.586 karcinoma dojke. Obuhvat ciljne skupine žena u dobi 50 – 69 godina bio je 63%. Uvođenje programa odrazilo se porastom incidencije, no još je prerano da bi se uočili eventualni utjecaji na mortalitet.



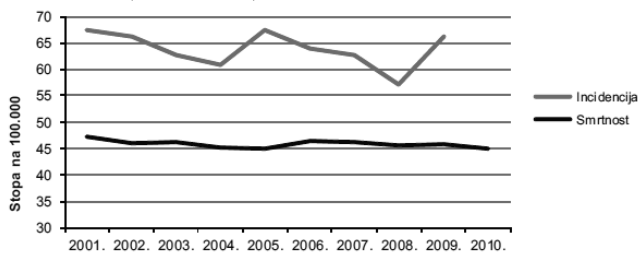
Slika 40. Dobno-standardizirane (Standardno svjetsko stanovništvo) stope incidencije i mortaliteta od raka ženske dojke u Hrvatskoj, 2000.-2009. Izvor: WHO Health for All Database



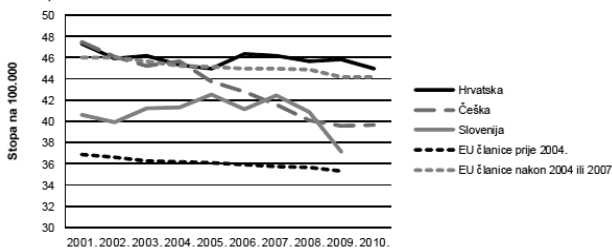
Slika 41. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope mortaliteta od raka dojke u nekim zemljama Europe, stopa na 100 000 žena, 2000.-2010. Izvor: WHO Health for All Database.

2.6.3.3 Rak pluća

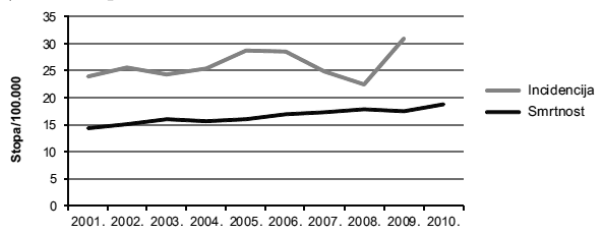
Rak pluća najčešće je sjelo raka i najčešći uzrok smrti od raka u muškaraca, a treće najčešće sjelo raka i drugi najčešći uzrok smrti od raka žena u Hrvatskoj. Premda u padu, stope incidencije i mortaliteta od raka pluća u muškaraca su među najvišima u Europi (Slika 42 i 43). Stope incidencije i mortaliteta od raka pluća u žena su intermedijarne u usporedbi s ostalim europskim zemljama, no u žena se, kao i u ostalim populacijama, bilježi povećanje incidencije i mortaliteta (Slika 44 i 45).



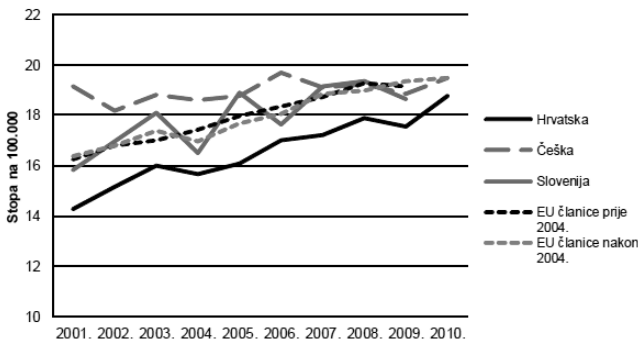
Slika 42. Dobno-standardizirane (Standardno svjetsko stanovništvo) stope incidencije i mortaliteta od raka pluća u Hrvatskoj (muškarci). Izvor: WHO Health for All Database.



Slika 43. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope mortaliteta od raka traheje, bronha i pluća u nekim zemljama Europe (muškarci). Izvor: WHO Health for All Database.



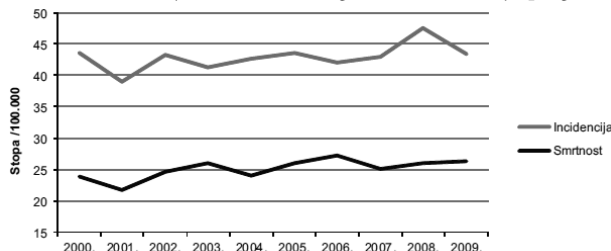
Slika 44. Dobno-standardizirane stope incidencije i mortaliteta od raka pluća u Hrvatskoj (žene). Izvor: WHO Health for All Database.



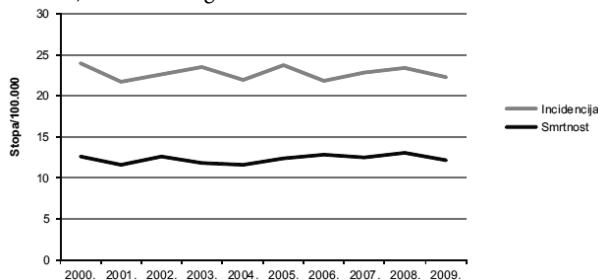
Slika 45. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope mortaliteta od raka traheje, bronha i pluća u nekim zemljama Europe (žene). Izvor: WHO Health for All Database.

2.6.3.4 Rak debelog crijeva

Debelo crijevo je drugo najčešće sjelo raka i u muškaraca i u žena u Hrvatskoj. S obzirom na to da su faktori rizika za rak debelog crijeva vezani uz suvremeni način života, u većini zemalja bilježi se porast incidencije. U Hrvatskoj je incidencija raka debelog crijeva u muškaraca u porastu, a ono što je zabrinjavajuće je da smo jedna od rijetkih zemalja u Europi kod kojih se bilježi i porast mortaliteta od raka debelog crijeva u muškaraca (Slika 46). Incidencija i mortalitet u žena u posljednjih desetak godina su stabilni, no i za muškarce i za žene Hrvatska je među pet zemalja s najvišim mortalitetom od raka debelog crijeva u Europi (Slika 47). Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva uveden je u Hrvatskoj 2007. godine. Eventualni učinci uvođenja programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva na mortalitet očekuju se nakon 5-10 godina od uvođenja programa.



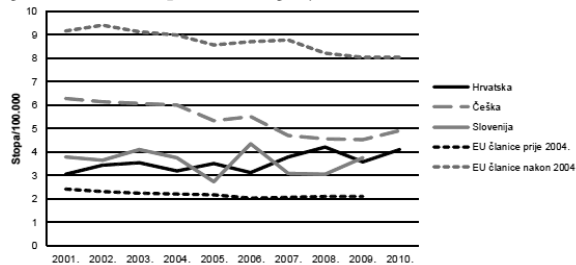
Slika 46. Dobno-standardizirane (Standardno svjetsko stanovništvo) stope incidencije i mortaliteta od raka debelog crijeva u Hrvatskoj (muškarci) 2000.-2009. godine. Izvor: WHO Health for All Database.



Slika 47. Dobno-standardizirane (Standardno svjetsko stanovništvo) stope incidencije i mortaliteta od raka debelog crijeva u Hrvatskoj (žene) 2000. – 2009. godine. Izvor: WHO Health for All Database.

2.6.3.5 Rak vrata maternice

S oboljelih 369 žena u 2009. godini rak vrata maternice u Hrvatskoj se prema incidenciji nalazi na 8. mjestu. Unatoč dugoj tradiciji citologije i oportunističkog probira, u posljednjem desetljeću više ne bilježimo značajno smanjenje incidencije raka vrata maternice te je ona, iako niža od zemalja u regiji, još uvijek više nego dvostruko viša od zemalja s najnižom incidencijom. Mortalitet od raka vrata maternice je nizak (Slika 48), no to je djelomično uvjetovano i učestalom dijagnozom raka nespecificiranog dijela maternice kao uzroka smrti.



Slika 48. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope mortaliteta od raka vrata maternice u nekim zemljama Europe, žene, stopa na 100 000. Izvor: WHO Health for All Database.

2.6.3.6 Rak kože

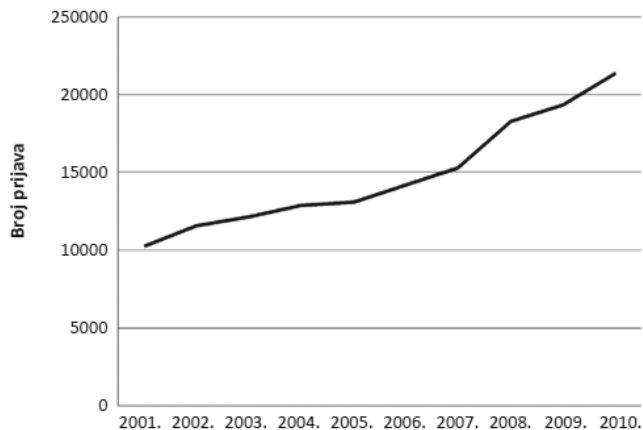
Bazocelularni i planocelularni karcinom najčešći su tumori kože, no s obzirom da su najčešće lokalizirani i liječe se ambulantno, većina registara za rak ne prikuplja rutinski podatke o tom tipu tumora.

Od malignog melanoma kože u Republici Hrvatskoj je 2009. oboljelo 296 muškaraca i 295 žena, a umrlo 97 muškaraca i 79 žena. U razdoblju 1988. – 2008. godine incidencija malignog melanoma se više nego dvostruko povećala u oba spola, s prosječnim godišnjim porastom od 5,9% za muškarce i 5,6% za žene. U istom razdoblju značajno se povećao i mortalitet – 3% godišnje za muškarce i 2,4% godišnje za žene. U usporedbi s ostalim europskim zemljama, Hrvatska ima srednje vrijednosti incidencije malignog melanoma kože, no prema mortalitetu zauzima vrlo visoko 3. mjesto u muškaraca i 4. u žena. Najznačajniji okolišni faktor rizika je izloženost ultraljubičastom zračenju, posebno intermitentna izloženost u dobi mlađoj od 10 godina. U prevenciji melanoma bitna je zaštita od sunca kao i rano otkrivanje. Od 2008. godine Republika Hrvatska sudjeluje u Euromelanoma kampanji koja uključuje podizanje svijesti o melanomu te besplatne preglede kože tijekom Euromelanoma tjedna, no za sada se još ne mogu procijeniti eventualni učinci kampanje na incidenciju i mortalitet. S obzirom na postojeće trendove koji odražavaju izlaganje suncu u proteklim desetljećima te na starenje stanovništva, u RH se očekuje sve veći broj novooboljelih od melanoma.

2.6.4 Šećerna bolest

Ukupan broj bolesnika sa šećernom bolešću u Hrvatskoj u 2010. godini bio je oko 316.000 od čega je oko 214.000 bolesnika imalo otkrivenu bolest, dok ih je više od 100.000 neotkriveno. U dobnoj skupini od 18 – 65 godina prevalencija šećerne bolesti je 6,1%, dok je u starijoj dobi 15 – 20%, tako da se prevalencija procjenjuje na oko 9,2% u osoba starosti od 20 do 80 godina.

Od 2001. – 2010. godine zabilježen je značajan porast prijava šećerne bolesti s razine primarne zdravstvene zaštite (Slika 49).



Slika 49. Broj prijavi šećerne bolesti s primarne razine zdravstvene zaštite. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

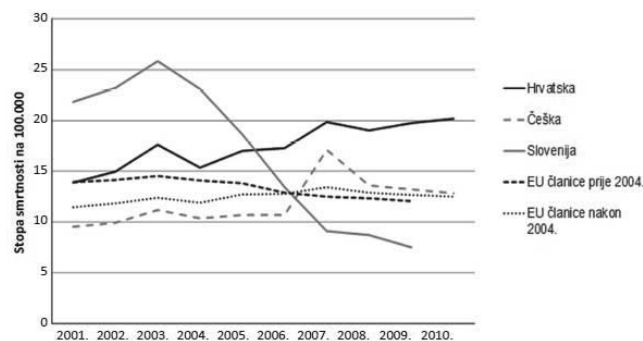
Prema podacima CroDiab registra, od svih oboljelih, njih oko 92% ima tip 2 bolesti, 7% tip 1 bolesti dok je tek oko 1% bolesnika s drugim tipom bolesti. Standardizirana incidencija tipa 1 bolesti u dobnoj skupini 0 – 14 godina iznosi 8,87/100.000, s trendom povećanja incidencije od 9% godišnje posljednjih godina. Prosječna dob bolesnika s tipom 2 bolesti je 57 godina, uz trajanje bolesti oko 7 godina. Zabrinjavajuće je da veliki broj bolesnika ne dostiže ciljne

vrijednosti najznačajnijih metaboličkih parametara, rizičnih čimbenika za razvoj kasnih komplikacija bolesti. Najveći udio bolesnika ima zadovoljavajuće vrijednosti HbA1c (iako svega 39%), manji broj krvnog tlaka (30%), a zadovoljavajuće vrijednosti svih lipidnih frakcija prisutne su u samo 2,4% bolesnika.

U 56% bolesnika s tipom 2 bolesti postoje kronične komplikacije od kojih su najčešće retinopatija (32%) i periferna neuropatija (31%). Moždani udar imalo je gotovo 7% bolesnika, a gotovo 5% srčani udar ili koronarnu prenosnicu/angioplastiku. Amputacija je provedena u 2,3% bolesnika, terminalnu fazu bubrežne bolesti ima 0,7%, a slijepo je 1,6% bolesnika.

Šećerna bolest jedan je od vodećih uzroka smrti u Hrvatskoj (u 2010. 8. vodeći uzrok, mortalitetni udio 2,73%). Prema procjenama Međunarodne dijabetičke federacije (IDF) prisutni načini šifriranja višestruko podcjenjuju šećernu bolest kao uzrok smrti te se i do 4 puta više smrti može pripisati šećernoj bolesti. U Republici Hrvatskoj u 2010. godini smrt 1.879 muškaraca i 1.804 žene u dobnoj skupini 20 – 79 godina bila je pripisiva šećernoj bolesti.

Dobno standardizirana stopa smrtnosti od šećerne bolesti 2010. godine za Hrvatsku (20,2/100.000) znatno je veća od prosjeka za zemlje članice EU do 2004. godine i za one zemlje koje su od tada pristupile Europskoj uniji (Slika 50), kao i od Češke i Slovenije.



Slika 50. Dobno standardizirane stope smrtnosti od šećerne bolesti u Hrvatskoj.

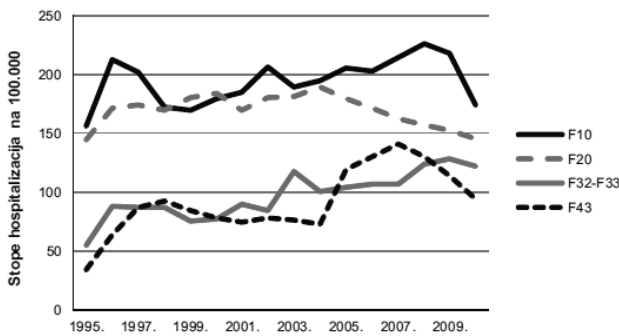
Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

2.6.5 Mentalno zdravlje

2.6.5.1 Ukupne stope i najčešći poremećaji

Mentalni poremećaji sudjeluju s udjelom oko 7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Najveći broj hospitalizacija (oko 70%) odnosi se na pacijente u dobi 20 – 59 godina. Svaki četvrti ili peti dan bolničkog liječenja koristi se za mentalne poremećaje te su i vodeća skupina bolničkog pobola po korištenju dana bolničkog liječenja. Mentalni/duševni poremećaji uzrokovani alkoholom, shizofrenija, depresivni poremećaji i reakcije na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), kao pojedinačne dijagnostičke kategorije, predstavljaju gotovo dvije trećine svih uzroka bolničkog pobola zbog mentalnih poremećaja. Prema korištenju dana bolničkog liječenja izrazito prednjači shizofrenija s udjelom oko 30%.

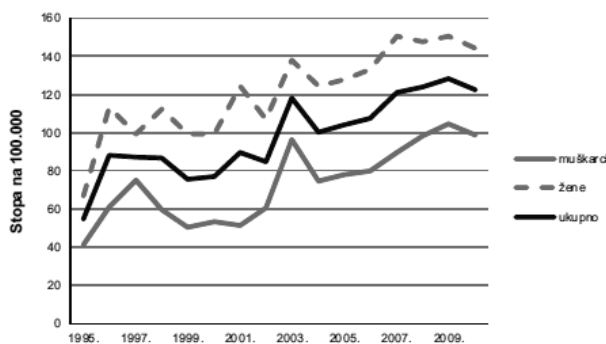
U bolničkom pobolu bilježi se trend povećanja stopa hospitalizacija na 100.000 stanovnika ukupno, kao i po spolu. Značajno povećanje bolničkog pobola bilježi se kod depresivnih poremećaja kroz čitavo promatrano razdoblje, dok je kod reakcija na teški stres uključujući PTSP stopa, uz oscilacije, rasla do 2007. godine, a nadalje je u padu (Slika 51).



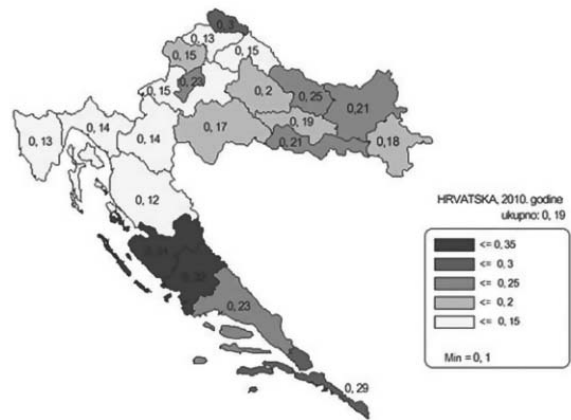
Slika 51. Stope hospitalizacija zbog mentalnih/duševnih poremećaja uzrokovanih alkoholom (F10), shizofrenije (F20), depresivnih poremećaja (F32-F33) i reakcija na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj (F43) u razdoblju 1995. – 2010. godine u Hrvatskoj. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

2.6.5.2 Psihoze

Bolnička incidencija shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja kroz godine nije značajnije oscilirala te prosječna dobno-standardizirana stopa za dob 15+ godina iznosi 0,26/1.000. Posljednjih godina bilježi se blaži pad incidencije. Procijenjena prevalencija shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja iznosi 5,3/1.000 stanovnika starijih od 15 godina. U dugogodišnjem razdoblju vidljive su promjene u načinu hospitaliziranja; porast broja primljenih i otpuštenih osoba s učestalijim i kraćim hospitalizacijama. Broj cjelogodišnje hospitaliziranih osoba značajno je smanjen, a također i ukupna duljina trajanja liječenja kod osoba s rotirajućim hospitalizacijama. Posljednjih godina bilježi se pad hospitalizacija ukupno i prema spolu (Slika 52). U Hrvatskoj postoje značajne regionalne razlike u broju hospitalizacija zbog shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja (Slika 53).



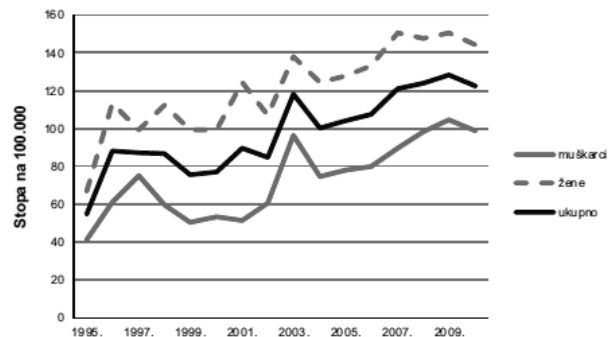
Slika 52. Dobno-standardizirane stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja po pojedinim godinama u razdoblju 1963. – 2009. godine u Hrvatskoj. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



Slika 53. Prosječne godišnje dobno-standardizirane stope bolničke incidencije shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja u razdoblju 2007. – 2009. prema županijama prebivališta Hrvatske. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

2.6.5.3 Depresije

Prema procjeni opterećenja bolestima (pokazatelj DALY) za Hrvatsku za 2002. godinu među vodećim pojedinačnim dijagnostičkim kategorijama unipolarni depresivni poremećaji zauzimaju 3. mjesto s udjelom od 7,5%. Bilježi se uzlazni trend u bolničkom pobolu zbog depresivnih poremećaja sa značajnim porastom stope hospitalizacija, ukupno i prema spolu. Žene obolijevaju češće od muškaraca te su stope hospitalizacija u svim dobnim skupinama više za žene (Slika 54).



Slika 54. Stope hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja po spolu u razdoblju 1995.- 2010. godine u Hrvatskoj. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

2.6.5.4 Demencije

Alzheimerova i druge demencije se s udjelom od 2,6% nalaze na 7. mjestu vodećih pojedinačnih dijagnostičkih kategorija prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku za 2002. godinu (pokazatelj DALY).

Prema podacima projekta EUGLOREH 2007 (prema metodologiji EURODEM i Ferri et al. studijama) procijenjeni broj osoba sa srednjom i teškom demencijom bio je 0,9-1,0% ukupnog stanovništva u Hrvatskoj što je u okviru procjena za Europu (Tablica 14).

Tablica 14. Procijenjeni postotak stanovništva sa srednjom i teškom demencijom za neke zemlje Europe i za EU 27 (ukupno).

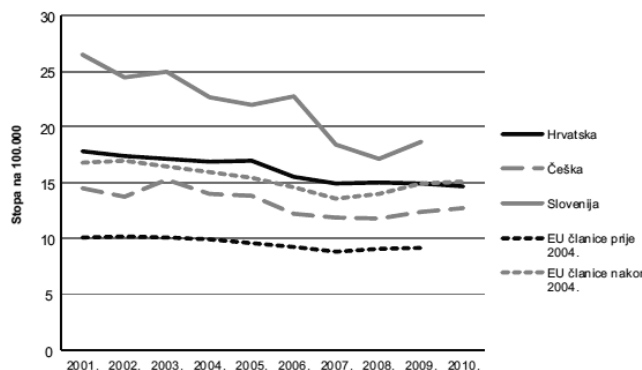
Zemlja	% od ukupnog stanovništva (EURODEM studija)	% od ukupnog stanovništva (Ferri et al. studija)
Hrvatska	1,0	0,9
Slovenija	1,1	1,0

Češka	1,0	0,9
EU 27 ukupno	1,3	1,1

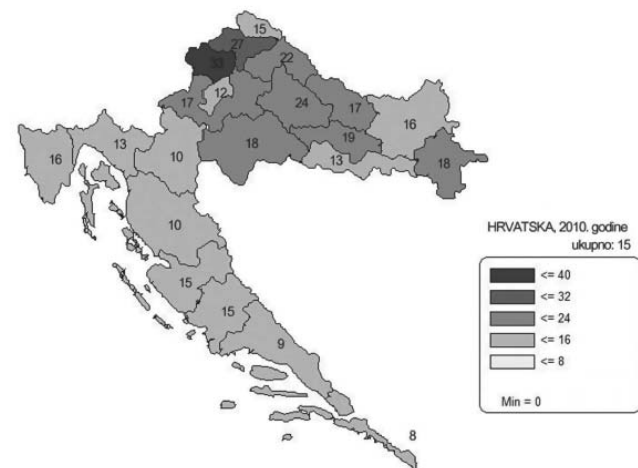
2.6.5.5 Izvršena samoubojstva

Hrvatska bilježi niže dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava od Slovenije, a više (za sve dobi ukupno) ili podjednake (dob 0 – 64) od Republike Češke. Zemlje EU članice prije svibnja 2004. bilježe niže stope, dok zemlje članice EU-a od 2004. ili 2007. bilježe podjednake stope za sve dobi ukupno te više stope smrtnosti zbog samoubojstava za dob 0 – 64 godine od Hrvatske (Slika 55).

Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj od 1998. godine bilježe kontinuirano smanjenje. Županije priobalnog dijela bilježe značajno niže stope od pojedinih županija kontinentalnog dijela (Slika 56).



Slika 55. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi ukupno u razdoblju 2001. – 2010. po pojedinim zemljama Europe. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 56. Dobno-standardizirane stope (na staro europsko stanovništvo) smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi ukupno 2010. godine u Hrvatskoj prema županiji prebivališta. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

2.6.5.6 Intelektualne teškoće i autizam

U Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom HZJZ-a registrirane su 22.053 osobe s intelektualnim teškoćama (ili mentalnom retardacijom, kako su se donedavno nazivale) te 1115 osoba s

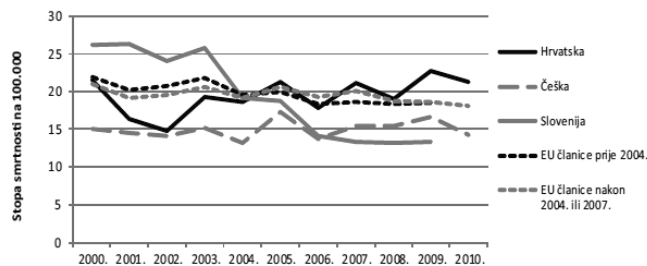
autizmom (Pogl. 2.7.4, Tabl. 20). No, prema nekim procjenama, u Hrvatskoj živi pet do osam tisuća osoba s poremećajima iz autističnog spektra (PAS) i oko 100.000 osoba s kvocijentom inteligencije manjim od 70, sniženim sposobnostima prilagodbe u barem dva područja djelovanja i sve to prije 18. godine života (kriteriji po MKB-10 i DSM-IV, te American Association of Intellectual and Developmental Disabilities). Barem trećina tih osoba nužno treba stručnu pomoć u zajednici, u čemu je uloga liječnika, posebice psihijatarata, kao članova multidisciplinarnih timova nezamjenjiva. Naime, osobe s intelektualnim teškoćama imaju četiri puta češće psihičke poremećaje nego opća populacija i što su intelektualne teškoće teže, to su ozbiljniji i dublji psihički poremećaji. Probleme ponašanja ima 50 – 70% populacije s intelektualnim teškoćama. U ovom trenutku u RH ne postoji specijalizirana psihijatrijska skrb za osobe s intelektualnim teškoćama, a nedovoljan je broj stručnjaka izobraženih za procjenu i skrb o mentalnom zdravlju osoba s intelektualnim teškoćama.

Neprikladna je i pretjerana uporaba psihofarmaka, dijelom nekontrolirana uporaba prisilnih mjera, monodisciplinarni pristup skrbi te nedostatak preventivnih aktivnosti.

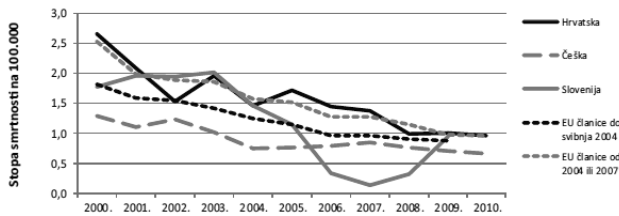
2.6.6 Kronična opstruktivna bolest pluća i astma

Kronična opstruktivna bolest pluća (KOBP) obuhvaća kronični bronhitis i emfizem. Bolesti dišnih organa skupina su koja najviše opterećuje primarnu zdravstvenu zaštitu (2.218.149 posjeta što je 21% svih posjeta ordinacijama primarne zdravstvene zaštite u 2010.). Među njima su najučestalije akutne dišne infekcije, koje čine oko 70% dijagnoza, a slijede KOBP i astma s više od 5% godišnje, ili 127.116 posjeta. Udio bolesti dišnog sustava u hospitalizacijama u Hrvatskoj se promijenio od početka devedesetih. S tadašnjega prvog mjesta po učestalosti, u 2010. godini te su bolesti na petom mjestu s 51.442 otpusta (7.6%). Prosječna dužina liječenja je 9 dana. U 2010. godini kronične bolesti pluća (dijagnoze J40-J47, Međunarodna klasifikacija bolesti-10) su na 7. mjestu uzroka smrtnosti s 1.525 (3%) umrlih, od čega 943 muškaraca i 582 žena. U nas je procjena prevalencije KOBP-a 10-15% u odrasloj populaciji, osobito u gradskim uvjetima života gdje su češća zagađenja okoliša. Prema svim statistikama učestalost je veća u muškaraca nego u žena, najčešće poslije četvrtog desetljeća, iako se udio oboljelih žena povećava jer raste broj žena koje puše.

Usporedbom s EU-om, Češkom i Slovenijom od 2000. godine standardizirane stope smrtnosti od KOBP-a osciliraju i za sada nema tendencije opadanja u Hrvatskoj (Slika 57). Primjetan je trend opadanja stope smrtnosti od astme (Slika 58).



Slika 57. Dobno standardizirane stope smrtnosti od kronične bolesti donjih dišnih puteva (KOPB) u Hrvatskoj i zemljama EU-a. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 58. Dobno standardizirane stope smrtnosti od astme u Hrvatskoj i zemljama EU-a. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

Stopa izgubljenih godina zdravoga života (DALY) za Hrvatsku za 2004. godinu bila je 15.983, od toga je 134/100.000 DALY bilo zbog infekcija dišnog sustava (mahom donjega dišnog sustava). Kronična opstruktivna plućna bolest odgovorna je za 347/100.000 DALY, a astma za 171/100.000. Bolesti dišnog sustava u stopi DALY sudjeluju s 5%. Od toga je 97% umrlih bilo u dobnj skupini 65 i više godina. U strukturi uzroka smrti u ovoj dobnj skupini za oba spola je najzastupljenija upala pluća (51%), slijedi KOBP te astma i plućni edem.

2.6.7 Zarazne bolesti

2.6.7.1 Zarazne bolesti općenito

Hrvatska ima vrlo dugu tradiciju nadzora nad zaraznim bolestima, već preko 80 godina. U tome sudjeluje cijelo naše zdravstvo, a unutar njega posebno za to educirana, kvalificirana i opremljena epidemiološka odnosno higijensko-epidemiološka služba, ustrojena u mrežu zavoda za javno zdravstvo, na čelu s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. Svrha je te mreže da neprekidno bude u mogućnosti primiti obavijesti o obolijevanju ili o pojavi epidemija poznatih ili nepoznatih bolesti s cijelog područja Hrvatske i promptno na takvu obavijest odgovoriti protuepidemijskom intervencijom.

Epidemiološka situacija u Hrvatskoj u pogledu zaraznih bolesti u 2011. godini, može se kao i prethodnih godina ocijeniti kao razmjerno povoljna (Tablica 15). Bolesti koje su karakteristične za niski životni standard i loše higijenske prilike uz neprosvijećenost ljudi, danas su kod nas posve rijetke ili čak i odsutne (*trbušni tifus*, *bacilarna dizenterija*, *hepatitis A*). Bolesti protiv kojih se provodi sustavno cijepljenje potisnute su, neke i eliminirane ili iskorijenjene (*poliomijelitis*, *difterija*). Rijetke i pod kontrolom su klasične spolne bolesti, gonoreja i sifilis, a nizak je intenzitet HIV/AIDS-a, dvadeset i šest godina od prvog registriranog slučaja. Preventivne zdravstvene mjere za osiguranje sigurne javne vodoopskrbe i sigurne prehrane su učinkovite. U 2011. kao ni prethodnih godina nije bilo epidemija uzrokovanih industrijski pripravljenim prehrambenim proizvodima ili jelima. Hidrične epidemije posve su rijetke i iznimne, u 2011. nije bilo ni jedne.

Tablica 15. Zarazne bolesti zabilježene u Hrvatskoj 2011. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

BOLEST	oboljeli/ umrli	BOLEST	oboljeli/ umrli
Salmonellosis	2599/2	Trichinellosis	8
Toxiinfectio alimentaris	6704/2	Echinococcosis	16
Enterocolitis	6087	Malaria	7 (import)
Campylobacteriosis	1345	Leishmaniasis cutanea	1
Dysenteria bacillaris	9	Scabies	531
Dysenteria, EHEC	2	Toxoplasmosis	24

Hepatitis A	11	Meningoencephalitis ixodidea	26
Hepatitis B	56/1	Febris hemorr. & sindr. renale	22
Hepatitis C	153	Meningitis purulenta	34
Hepatitis E	1	Legionellosis	32/1
Hepatitis vir. non identif.	10	Enterovirosis	639
Botulismus	10	Pediculosis	274
Angina streptococcica	7827	Pneumonia	7767
Scarlatina	2162	Herpes zoster	3951
Tetanus	2	Lyme borreliosis	499
Pertussis	105/2	Influenza	55508
Morbilli	11	Chlamidiasis	304
Varicella	20184	Helminthiasis	527
Parotitis epidemica	88	Typhus murinus	1
Meningitis epidemica	54/4	Meditranska pjeg. groznica	2
Meningitis virosa	136	Rickettsiosis	5
Encephalitis	40/3	Creutzfeldt Jakob*	1/1
Leptospirosis	42/1	Amoebiasis	4
Mononucleosis infectiosa	1901	Sepsis bacterialis	163/15
Erysipelas	1491	Hib – invazivna bolest	1
Tuberculosis activa	683/31	Str. pneum. – invazivna bolest	16
Gonorrhoea	13	Yersiniosis	19
Syphilis	20	Lambliasis	80
AIDS	18/3	Listeriosis	4/1
Q febris	20	Gastroenteritis virosa	630
Brucellosis	2	Psittacosis	1

* ne radi se o novoj varijanti (vCJD)

Takvo stanje zaraznih bolesti izjednačuje Hrvatsku s razvijenim zemljama Europe i svijeta. Uz ove povoljne činjenice, ne treba zamenariti da ponegdje postoje nezadovoljavajuće sanitarno higijenske prilike, osobito u pogledu odlaganja otpadnih tvari; još uvijek su prisutne i posljedice rata, ratne i poratne migracije ljudi i dr. što sve predstavlja rizične čimbenike. Uz njih kao posljedica intenzivnog međunarodnog prometa ljudi i roba, novi komarac *Aedes albopictus*, potencijalni vektor raznih humanih zaraza, postao je stalan stanovnik naših toplih krajeva, zadajući dodatne poslove i aktivnosti u provedbi sustavne dezinfekcije. Zbog spomenutih nepovoljnih čimbenika, a i zbog općenite mogućnosti pojave i širenja novih bolesti u svijetu pod utjecajem klimatskih promjena i dr. (vidi odlomak o dengue groznici u Hrvatskoj) situacija se i dalje mora smatrati i potencijalno nesigurnom, a to znači ovisnom o daljnjem neprekidnom protuepidemijskom i preventivnom radu.

U okviru procesa pristupanja EU-u, Hrvatska je uključena i u europske sustave nadzora nad zaraznim bolestima, a također je uključena i u globalni IHR (engl. International Health Regulations) sustav Svjetske zdravstvene organizacije odnosno Ujedinjenih naroda. Praćenje pobola i pomora najbolji je način povjere jesu li mjere za sprečavanje i suzbijanje bolesti učinkovite.

2.6.7.2 Tuberkuloza

Nakon ratnog zastoja, učestalost tuberkuloze pokazuje povoljan nastavak trenda pada, uz očekivane manje godišnje oscilacije. Broj zabilježenih slučajeva u 2011., iako još uvijek značajan (683), najmanji je ikada zabilježen i daje već razmjerno povoljnu stopu od 15 na 100.000 stanovnika, neusporedivo manju od incidencije iz pedesetih godina prošlog stoljeća kada je iznosila 444 na 100.000 stanovni-

ka. Uz mjere ranog ispravnog i potpunog liječenja koje uz korist za bolesnike sprečava širenje bolesti i nastanak rezistencije uzročnika (stupanj rezistencije *Mycobacterium tuberculosis* Hrvatskoj je manji od 3%), kod nas se sustavno provodi cijepjenje koje je zaslužno za potpuni izostanak teških diseminiranih oblika tuberkuloze (meningitis, milijarna tuberkuloza) u djece – u posljednjih pet godina ni jedan slučaj u dobi do 19 godina. Uz nastavak svih aktivnosti prema Nacionalnom programu borbe protiv tuberkuloze, obnovljenom 2010., može se očekivati daljnje poboljšanje stanja.

2.6.7.3 Influenza (gripa)

U 2011. je u sezoni gripe ukupno zabilježeno više od 50.000 oboljelih, slično kao i u prethodnoj pandemijskoj 2009./2010. godini.

U Hrvatskoj se već godinama u jesen prije nastupa sezone gripe provodi akcija cijepjenja namijenjena prvenstveno starijim osobama i osobama oštećenog zdravlja, za koje je gripa potencijalno najopasnija. Za te kategorije, a također i za zdravstvene djelatnike, cijepjenje je odlukom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i u 2010/11. bilo besplatno. Organiziranim cijepjenjem protiv gripe utječe se na smanjenje broja osoba s teškom gripom ili sa smrtnim ishodom i tako reducira tzv. sezonski višak smrtnosti koji se može neizravno pripisati gripi, a k tome, velik broj cijepljenih vrlo vjerojatno utječe i na smanjenje ukupnog broja oboljelih od gripe.

2.6.7.4 AIDS/HIV

Brojevi novootkrivenih slučajeva AIDS-a podjednaki su iz godine u godinu i daju povoljan stacionaran trend niske učestalosti (Tablica 16). U 2011. broj je bio nešto veći nego prethodne godine, neznatno iznad najvećih do sada registriranih godišnjih brojeva (20), čemu je pridonijelo razbolijevanje nekoliko osoba koje su se u Hrvatsku vratile nakon dugog boravka u inozemstvu u nekoj od zemalja s visokom učestalošću. Razmjerno niska, uglavnom ujednačena učestalost dijelom se može zahvaliti i sve uspješnijoj terapiji i produžavanju stanja HIV-nosilaštva bez nastupa AIDS-a, a i djelovanju svih mjera prevencije, prema Nacionalnom programu. Postojanje besplatnog anonimnog testiranja i savjetovanja u 10 gradova u Hrvatskoj utjecalo je na veći obuhvat pretragama i na određeno povećanje broja otkrivenih novih slučajeva infekcije HIV-om posljednjih godina. Broj novootkrivenih inficiranih HIV-om u 2011. bio je 47, malo veći nego prethodne godine (39).

Tablica 16. AIDS u Hrvatskoj. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

godina	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
broj bolesnih	19	8	19	11	13	19	20	9	18	15	19	22

Od prvih zabilježenih slučajeva 1986, do konca 2011. u Hrvatskoj je ukupno (kumulativ) zabilježeno 349 bolesnika od AIDS-a, od njih je 153 umrlo (44%). Prevalencija, odnosno ukupan broj HIV/AIDS pacijenata u Hrvatskoj koncem 2011. godine bio je 724.

2.6.7.5 Program masovnog cijepjenja u Hrvatskoj

Nesumnjivo najuspješnija preventivna masovna medicinska mjera u Hrvatskoj je Program masovnog cijepjenja, zahvaljujući svima koji u njemu na bilo koji način sudjeluju. Kontinuirano provođenje Programa, stalno s visokim cjepnim obuhvatima, rezultiralo je epohalnim poboljšanjem stanja zdravlja naših ljudi, s potpunim potiskivanjem nekada brojnih, strašnih i smrtonosnih bolesti. Proteklih godina postignuti su visoki postotci obuhvata za sva cijepjenja (Tablica 17).

Tablica 17. Obuhvat primovakcinacijom (%) u Hrvatskoj 2010. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Cijepljenje	2010.	2009.	2008.	2007.	2006.	2005.
Di Te Per (Diferija, Tetanus, Pertusis)	96,5	96,3	96,1	96,2	95,9	95,9
Polio	96,5	96,2	96,3	95,7	95,7	96,0
Morbili Rubeola Parotitis (MPR)	96,0	95,0	95,5	96,1	95,4	95,5
Hepatitis B	97,8	97,0	97,7	94,4	98,6	98,9
BCG (tuberkuloza)	98,7	97,8	99,1	99,1	96,6	95,6
Haemophilus influenzae tip B	96,4	96,3	96,1	94,4	95,9	95,7
Tetanus (60-godišnjaci)*	60,3	64,3	64,6	70,1	69,1	71,4

* docjepjenje

Svi obuhvati su iznad zadanog minimuma (95 % za ospice, 90% za ostala cjepiva), osim postotka za ana-Te docjepjenje kod 60 godišnjaka koje je zbog važnosti ovdje pridodano primovakcinacijama iako se radi o docjepjenju. Taj se obuhvat još nije poboljšao ni dosegao zadanih 90%.

2.6.7.6 Bolničke infekcije i rezistencija na antibiotike

Sprečavanje i kontrola bolničkih infekcija u Hrvatskoj provodi se već dugo, međutim još je uvijek nedovoljno razvijena infrastruktura za kontrolu bolničkih infekcija (ispravna je u oko 60% bolničkih ustanova), kao i specifična educiranost osoblja koje provodi sprečavanje, suzbijanje i kontrolu bolničkih infekcija (svega oko 45% specifično educiranog osoblja). Prevalencija bolničkih infekcija utvrđena u pilot projektu Europskog centra za prevenciju i nadzor bolesti (ECDC) u 2010. godini bila je 5,2% i 9,2% u dvije bolnice koje su u projektu sudjelovale, dok je prosječno u svim bolnicama (66 bolnica iz 22 zemlje EU i Republike Hrvatske) prevalencija bila 7,1%, što znači da se stanje s bolničkim infekcijama u Hrvatskoj može izjednačiti sa stanjem u razvijenim zemljama Europe. Referentni centar za bolničke infekcije Ministarstva zdravlja za 2012. godinu priprema provesti takvu studiju prevalencije u okviru studije ECDC-a na većini akutnih bolnica u Hrvatskoj. U 2010. godini, 45% akutnih bolnica imalo je potrošnju alkoholnih antiseptika za higijenu ruku $\geq 20L/1000$ bolesničkih dana, dok je 2008. godine taj postotak bio samo 32%. Godine 2010. u svim bolnicama 87-100% osoblja bilo je cijepjeno protiv hepatitisa B, dok je 2006. godine ta brojka bila znatno niža i iznosila 41-100%, ovisno o bolnici. Cijepljenje zdravstvenog osoblja protiv influence kreće se oko 30% što odgovara postotku u drugim razvijenim zemljama. Tijekom 2010. godine samo 30% bolnica koje imaju kirurške odjele pratilo je postoperativne infekcije na usporediv način, a utvrđena je razlika između pojedinih bolnica u stopama postoperativnih infekcija pojedinih specifičnih operacija. Oko 70% svih bolnica koje imaju jedinice intenzivnog liječenja, prati infekcije povezane s invazivnim pomagalicama gdje je također utvrđena velika raznolikost u stopama pojedinih infekcija. Većina bolničkih ustanova prati bakterijemije koje uzrokuje MRSA, i premda je zabilježeno značajno smanjenje učestalosti tih bakterijemija u odnosu na 2006. godinu u većini bolnica, još uvijek postoje velike razlike između pojedinih bolnica (npr. u 2010. godini broj MRSA bakterijemija u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima kreće se od 0 do 0,73/1000 bolesničkih dana, a u općim bolnicama od 0 do 0,52/1000 bolesničkih dana). Aktivnosti na području sprečavanja, suzbijanja i kontrole bolničkih infekcija treba nastaviti s ciljem da se smanje stope tih infekcija, a po ulasku u EU priključiti zajedničkom obveznom izvješćivanju o njihovoj pojavnosti. S tim ciljem izrađen je i Nacionalni program za uspješnu kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi 2012. – 2016. koji bi trebao biti usvojen do kraja 2012. godine.

U 2010. g. otpornost beta-hemolitičkog streptokoka skupine A (BHS-A) na makrolide (8%) i klindamicin (5%) bila je podjednaka kao i prethodne godine (9% i 6%) i još uvijek nešto niža negoli u 2008. g. (13% i 7%). Otpornost *H. influenzae* na ampicilin posljednjih godina kreće se oko 10%, a u 2010. g. bila je 11%. Većina (76%) pneumokoka je dobro osjetljiva na peroralnu primjenu penicilina, a gotovo svi na parenteralnu primjenu penicilina ako se ne radi o infekciji središnjeg živčanog sustava. Nakon povećanja otpornosti pneumokoka na makrolide u 2008. g. (40%) otpornost pneumokoka na makrolide nije se nastavila povećavati i u 2009., a 2010. je bila 39% i 38%. Udio meticilin-rezistentnih stafilokoka (MRSA) u ukupnom broju *S. aureus* izolata u Hrvatskoj je u 2010. bio 16% što je najniža vrijednost zabilježena od početka praćenja 1997. godine. Sojevi rezistentni na vankomicin i linezolid nisu uočeni. Multiplerezistentni *P. aeruginosa* i nadalje predstavlja veliki problem u Hrvatskoj uz prosječnu rezistenciju od 12% na imipenem i 11% na meropenem. Trend povećanja otpornosti na karbapeneme u *Acinetobacter baumannii* izolata se i dalje nastavlja (23% u 2009. i 34% u 2010.). Otpornost na ampicilin/sulbaktam je također u porastu i iznosi 14% (9% u 2009.). Otpornost salmonela se nije bitno mijenjala. Otpornost na ampicilin u 2010. bila je 11%, a na sve druge antibiotike manja od 5%. Sojevi koji proizvode beta-laktamazu proširenog spektra (ESBL) nisu zabilježeni, kao ni izolati rezistentni na ciprofloksacin. Početna otpornost na kinolone (nalidiksičnu kiselinu) uočena je u 1% izolata.

2.6.8 Poremećaji vida

U Hrvatskoj je registrirano 17.637 osoba čiji je uzrok invaliditeta sljepoća i znatna slabovidnost. Veća učestalost zabilježena je kod muškog spola, oko 55%, a prema dobi: 8% je u dobnoj skupini 0 – 19, 47% je u radno aktivnoj dobi te 45% u dobnoj skupini 65+. U ukupnoj populaciji Hrvatske, prevalencija je težih oštećenja vida (sljepoća, teža slabovidnost), kao uzroka invaliditeta, 4 na 1000 stanovnika, dok je prevalencija sljepoće oko 1,5 na 1000 stanovnika. I u Hrvatskoj se bilježi povećanje prevalencije poremećaja vida koji uzrokuju invaliditet u dobim skupinama najstarijih (65-74 – 0,6; 75-84 – 1,8; >85 – 3,2).

Vodeći uzroci oštećenja vida u populaciji 0-19 su poremećaji očnih mišića i binokularnog vida (H49-H51) strabizam, bolesti žilnice i mrežnice uključujući i prematurne retinopatije (H30-H36) te prirodne anomalije (Q10-Q15). U radno aktivnoj dobi vodeći uzroci oštećenja vida su: dijabetične i ostale retinopatije (H30-H36), poremećaji očnih mišića i binokularnog vida (H49-H51), bolesti leće (H25-H28) te glaukom (H40-H42). U populaciji 65+ vodeći uzroci su bolesti leće (H25-H28), glaukom (H40-H42) te dijabetične i ostale promjene na retini (H30-H36). Prema podacima Hrvatskog zdravstvenog statističkog ljetopisa iz primarne zdravstvene zaštite, za 2010. godinu, bolesti oka i adneksa čine oko 4-5% utvrđenih bolesti i stanja dok broj pregledanih u oftalmološkim specijalističkim ordinacijama čini oko 10% od ukupno pregledanih osoba u svim specijaliziranim specijalističkim ordinacijama.

Ono što je vrlo značajno je činjenica da je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji 80% svih oštećenja vida moguće prevenirati ili izliječiti.

2.6.9 Poremećaji sluha

Prevalencija gubitka sluha koji dovodi do invaliditeta iznosi 3 na 1000 stanovnika. Veća učestalost zabilježena je kod muškog spola, oko 59%, a prema dobi: 10,9% je u dobnoj skupini 0-19, 45,8% je u radno aktivnoj dobi te 43,3% u dobnoj skupini 65+. Oko 23% osoba s oštećenjem sluha ima specijalizirani teži oblik oštećenja sluha tj.

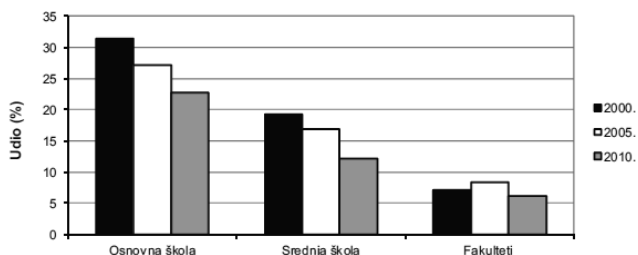
gubitak sluha veći od 60% po Fowleru. Prema podacima Hrvatskog zdravstvenog statističkog ljetopisa iz primarne zdravstvene zaštite, za 2010. godinu, bolesti uha i popratne teškoće čine oko 2-3% utvrđenih bolesti i stanja dok broj pregledanih u otorinolaringološkim (ORL) specijalističkim ordinacijama čini oko 6% od ukupno pregledanih osoba u svim specijaliziranim specijalističkim ordinacijama pri čemu treba napomenuti da su pregledani u ORL ambulancama i zbog drugih razloga osim oštećenja sluha.

2.6.10 Zdravlje zubi

Podaci istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) pokazuju da je 2010. 61% učenika odnosno učenica u Hrvatskoj pralo zube dva ili više puta dnevno što je nešto veći udio nego u prethodnim godinama (57% u 2006., 52% u 2002.), pri čemu smo se smjestili nešto ispod sredine ljestvice zemalja sudionica istraživanja, daleko iza vodećih zemalja poput Švedske, Švicarske i Njemačke gdje taj udio iznosi oko 80%. Kod djevojčica zamjećujemo povećanje učestalosti pranja zubi s povećanjem dobi, dok kod dječaka postoji smanjenje s dobi koje je bilo izraženo u 2002., no ne i tako jasno prisutno ni u 2006., a ni u 2010. godini.

Kao pokazatelj oralnog zdravlja prati se zastupljenost karijesa u školskoj dobi. Zabilježen je pad udjela karijesa pronađenog na sistematskim pregledima u djece i mladih (Slika 59).

Prema istraživanju iz 2000. godine, KEP indeks (zbroy brojeva karioznih, ekstrahiranih i plombiranih zuba) je u Hrvatskoj kod djece u dobi od 12 godina u 1991. godine iznosio 2,6 a 1999. godine 3,5. Od 2000. godine ne postoje podaci na razini Republike Hrvatske. Pojedina istraživanja provedena su na lokalnim razinama pokazuju povećanje KEP indeksa u istraživanim skupinama. KEP indeks u zemljama EU-a već je i prije 2000. godine bio ispod 3.

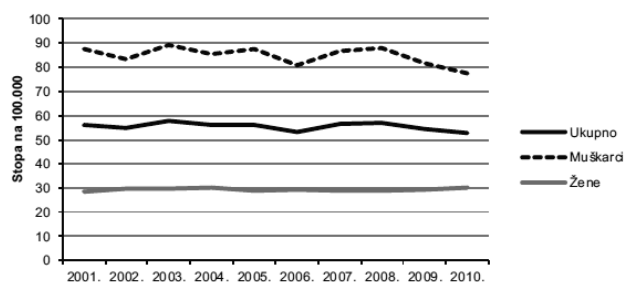


Slika 59. Zastupljenost karijesa (%) na sistematskim pregledima školske i studentske populacije u Hrvatskoj od 2000. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2000., 2005. i 2010. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

2.6.11 Ozljede

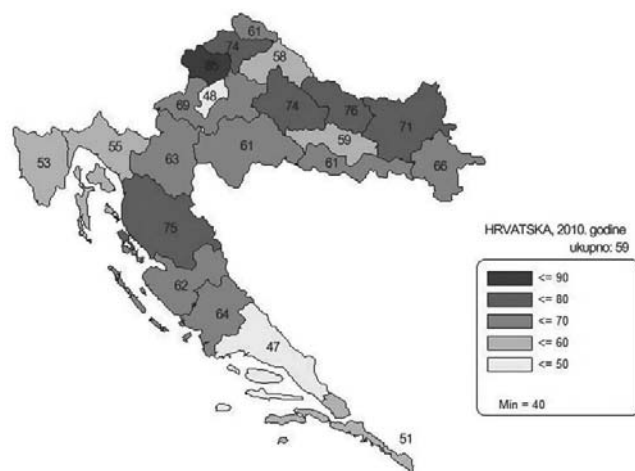
2.6.11.1 Ozljede općenito

Na ljestvici mortaliteta u Hrvatskoj 2010. godine ozljede (MKB: Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka; V01-Y98) se nalaze na trećem mjestu uzroka smrtnosti u Hrvatskoj, nakon bolesti srca i krvnih žila i novotvorina, s ukupno 2.968 umrlih i udjelom od 5,7% u ukupnoj smrtnosti. Dobnospecifične stope smrtnosti od ozljeda u oba spola ukupno osciliraju u zadnjem desetogodišnjem razdoblju u rasponu 51 – 58/100.000 te se ne bilježe značajnije promjene. Od ozljeda umire više muškaraca nego žena. Omjer stopa smrtnosti muškaraca i žena iznosi u zadnjem desetogodišnjem razdoblju u prosjeku 2,1:1 (Slika 60).



Slika 60. Stope smrtnosti od ozljeda u Hrvatskoj, prema spolu, u razdoblju 2001. – 2010. godine. Izvor: Državni zavod za statistiku, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Dobno-standardizirane stope smrtnosti od ukupnih ozljeda (V01-Y98) za Hrvatsku su u 2010. godini iznosile 59,9/100.000. Najmanje dobno-standardizirane stope smrtnosti zabilježene su u Splitsko-dalmatinskoj županiji (47,7/100.000) te u Gradu Zagrebu (48,1/100.000) dok najviše stope imaju Krapinsko-zagorska županija (85,7/100.000) te Virovitičko-podravski županija (76,9/100.000) (Slika 61).

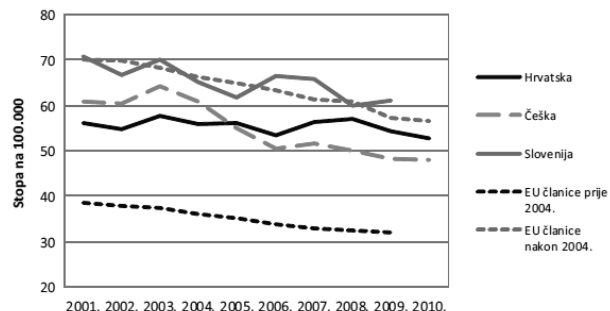


Slika 61. Dobno-standardizirana stopa smrtnosti zbog ozljeda (V01-Y98) prema županijama u RH 2010. godine. Izvor: Državni zavod za statistiku, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Važnost ozljeda kao jednog od vodećih javnozdravstvenih problema je u tome što su one vodeći uzrok smrti u djece i mladih osoba. S obzirom na pokazatelj prijevremenog mortaliteta – broj potencijalno izgubljenih godina života (1 – 75 g.), ozljede se nalaze na trećem mjestu (44.500) iza novotvorina (97.015) i bolesti srca i krvnih žila (72.652).

Vodeći vanjski uzroci smrti od ozljeda u 2010. godini su padovi (36%), samoubojstva (26%) i prometne nesreće (17%). Djeca i mlade osobe (0 – 39g.) umiru najviše uslijed prometnih nesreća, osobe srednje dobi (40 – 64 g.) najviše uslijed samoubojstava, dok je u starijih osoba (65 i više g.) pad vodeći vanjski uzrok smrti.

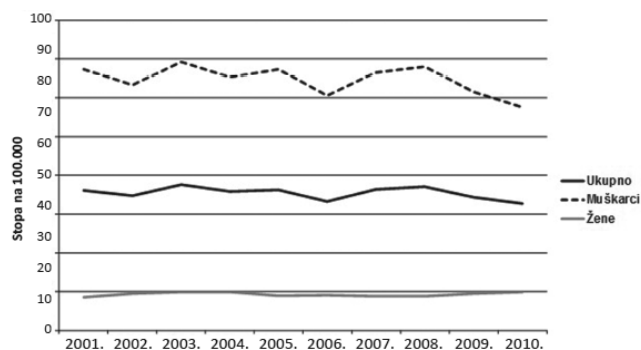
Standardizirana stopa smrtnosti od ozljeda za sve dobi 2009. godine za Hrvatsku iznosila je 54,4/100.000 i bila je viša od prosjeka starih članica EU (31,9/100.000) te Češke (48,2/100.000), ali niža od prosjeka novih članica EU-a (57,26/100.000) i Slovenije (61,1/100.000) (Slika 62).



Slika 62. Standardizirane stope smrtnosti zbog ozljeda u Europi u razdoblju 2001. – 2010. godine. Izvor: WHO Health For All Database.

Među uzrocima bolničkog liječenja u 2010. godini ozljede se nalaze na petom mjestu s ukupno 43.033 hospitalizacije (stacionarni dio) i udjelom od 7,5% te ukupnom stopom 969,8/100.000. Pad je vodeći uzrok hospitalizacija zbog ozljeda s udjelom 41% što znači da je skoro svaka treća hospitalizacija zbog ozljede uzrokovana padom. U starijih osoba (65 i više godina) koje su liječene u bolnici zbog ozljeda, polovica hospitalizacija otpada na ozljede nastale kao posljedica pada. Ozljede uslijed prometnih nesreća čine 22% od svih hospitalizacija zbog ozljeda.

U posljednjem desetogodišnjem razdoblju, stopa hospitalizacija od ozljeda u prvoj polovici promatranog razdoblja oscilira dok se u drugoj polovici ne bilježe značajnije promjene sve do posljednje promatrane godine (2010.) kada se bilježi smanjenje stope što bi se dijelom moglo objasniti većim porastom hospitalizacija od ozljeda u dnevnim bolnicama koje se ovdje ne prikazuju (Slika 63). Za usporedbu, u 2009. godini je zabilježeno 1.579 hospitalizacija u dnevnim bolnicama (894 u osoba muškog spola) dok je 2010. godine zabilježeno 4.592 hospitalizacije zbog ozljeda (od toga 2.531 u osoba muškog spola.) Zbog ozljeda se češće hospitaliziraju osobe muškog spola. Omjer stopa hospitalizacija od ozljeda u muškaraca i žena u promatranom razdoblju iznosi 1,6:1 na štetu muškaraca.



Slika 63. Stope hospitalizacija zbog ozljeda u Republici Hrvatskoj od 2001. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Od ukupno utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj u razdoblju 2001. do 2010. Godine, ozljede sudjeluju s prosječnim udjelom od 4,3%.

Ozljede su vodeća skupina u ukupno utvrđenim bolestima i stanjima u djelatnosti hitne medicinske pomoći 2010. godine s udjelom od 17,4%. Ozljede u prometnim nesrećama čine 8% od ukupno utvrđenih ozljeda u djelatnosti hitne medicinske pomoći.

2.6.11.2 Prometne nesreće

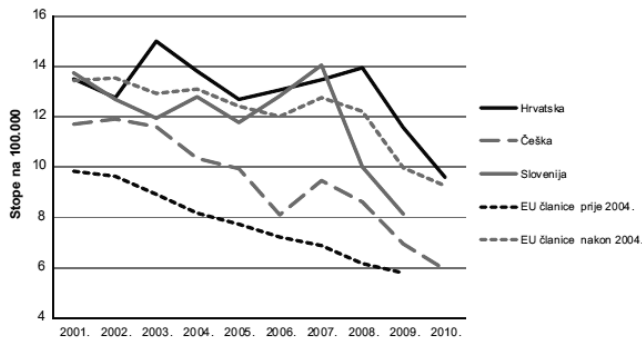
Prometne nesreće u 2010. godini nalaze se na trećem mjestu uzroka smrti od ozljeda s udjelom od 17%, te dobno-specifičnom

stopom 11,3/100.000. Izgubljene godine života (1 – 75) u 2010. godini uslijed umiranja od ozljeda nastalih u prometnim nesrećama su za oba spola 13.815, s udjelom od 31% od ukupnog broja izgubljenih godina života od svih ozljeda.

Od prometnih nesreća umire gotovo četiri puta više muškaraca u odnosu na žene. Najviše stope smrtnosti zabilježene su u dobi iznad 65 godina (19/100.000) te u dobi 15 – 24 godine (12,3/100.000), a u svim dobnim skupinama značajno su veće u muškaraca nego u žena.

Ozljede uslijed prometnih nesreća čine 22% od svih hospitalizacija zbog ozljeda. Dvostruko više hospitalizacija je zabilježeno u osoba muškog spola.

U posljednjem desetogodišnjem razdoblju standardizirane stope smrtnosti zbog prometnih nesreća s motornim vozilima u Hrvatskoj su kroz čitavo promatrano razdoblje više od stopa smrtnosti »starih« članica EU-a (do svibnja 2004.) i Češke, a posljednjih osam godina i od prosjeka država novih članica EU-a (od 2004., 2007.). Posljednje dvije promatrane godine: 2009. i 2010. uočava se smanjenje stope smrtnosti za Hrvatsku (Slika 64.)



Slika 64. Standardizirane stope smrtnosti zbog prometnih nesreća s motornim vozilima u Europi u razdoblju 2001. – 2010. godine. Izvor: WHO Health For All Database.

2.6.12 Zdravlje na radu

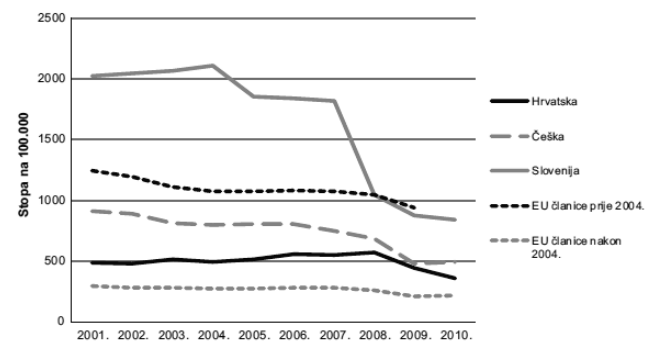
U razdoblju od 1990. do 2010. godine prijavljeno je ukupno 2.973 profesionalnih bolesti. Ukupna stopa obolijevanja u 2010. je 7,1/100.000 aktivnih osiguranika, a u promatranom razdoblju kretala se od najmanje 6,2 (1999.) do najviše 26,2 (1995.). Od svih prijavljenih profesionalnih bolesti u Hrvatskoj najčešće su: oštećenje sluha uzrokovano štetnim djelovanjem buke (22%), pneumonioze (19%), oštećenja uzrokovana vibracijama (16%), zarazne bolesti (14%) i bolesti kože (11%). Profesionalne bolesti najčešće su bile dijagnosticirane kod radnika koji su na radnom mjestu bili izloženi štetnosti od 11 – 15 godina (42,6%), zatim slijede oni s relativno kratkom izloženosti do 6 godina odnosno od 6 – 10 godina (s udjelom od po 17,8%), uglavnom zaposleni u prerađivačkoj industriji (58,3%) što ukazuje na nedovoljno primjenjivanje mjera zaštite na radu i nedovoljnu osposobljenost za rad na siguran način. Tek na trećem mjestu su radnici s izloženosti od 21 i više godina (10,9%).

U Hrvatskoj se na godinu zabilježi više od 20.000 ozljeda na radu, odnosno na 1.000 zaposlenih godišnje se ozljedi njih 15 – 17. Ove vrijednosti stope su više-manje konstantne u posljednjih desetak godina. Prema tim vrijednostima Hrvatska se svrstava među zemlje s niskom stopom prijavljenih ozljeda na radu (Slika 65), što bi, kao i u zemljama koje su nakon 2004. pristupile EU-u, moglo

biti posljedica neprijavlivanja ozljeda i neuređenog sustava zaštite zdravlja radnika, a ne dobre zaštite zdravlja i sigurnosti na radu.

S obzirom na spol, ozlijeđeni na poslu 2010. godine u 64% slučajeva bili su muškarci, a u 36% žene. Udio muškaraca stradalih na samom radnom mjestu je 72,5%, a žena 27,5%. U ukupnom broju ozljeda na radu, ozljede nastale na putu do posla odnosno s posla u muškaraca imaju udjel od svega 13,8%, a u žena čak 42,6%.

U 2010. godini smrtno je stradalo 38 osoba što je isti broj kao i prethodne 2009. godine (2008: 80 osoba). Na samom radnom mjestu su stradala 35 radnika (92,1%) (2009: 32 radnika), a na putu na posao/s posla stradala su 3 radnika (2009: 6 radnika). Nesreće sa smrtnim ishodom bile su najčešće u građevinarstvu s udjelom od 39,5%, slijedi poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo s udjelom od 23,7% te prerađivačka industrija s 18,4%. U svim ostalim djelatnostima smrtno je stradalo još 7 radnika (18,4%).



Slika 65. Stopa ozljeda na radu na 100.000 radno aktivnih stanovnika u Hrvatskoj i nekim zemljama Europe. Izvor: WHO Health For All Database.

U zemljama EU-a bilježe se podaci o zanimanju ozlijeđenog, djelatnosti u kojoj je ozlijeđeni zaposlen, ozlijeđenom dijelu ili dijelovima tijela, prirodni ozljede, spolu ozlijeđene osobe, uzroku ozljeda i broju dana privremene radne nesposobnosti. Zajednička metodologija skupljanja podataka propisana je Europskom statistikom ozljeda na radu (European Statistics on Accidents at Work- ESAW), a usklađena je i s metodologijom preporučenom od Međunarodne organizacije rada. Prema naputcima ureda za statistiku Europske zajednice (Eurostat) sve zemlje članice EU-a prihvatile su zajednički način izvješćivanja, a obrasci koji se koriste u Hrvatskoj prilagođeni su standardima EU-a, iako izvješća ne sadrže sve elemente.

2.7 Zaštita vulnerabilnih skupina i nejednakosti u zdravlju

2.7.1 Zdravlje djece

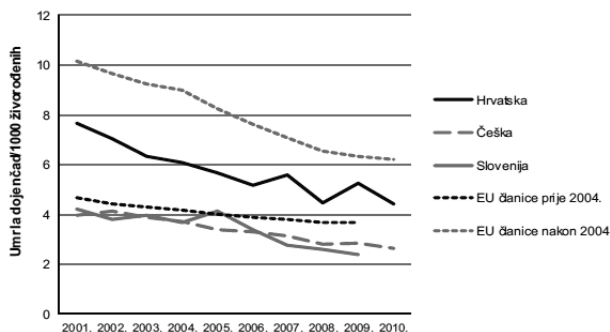
S obzirom na zdravlje djece, prioritetni zdravstveni problemi u Hrvatskoj više nisu zarazne i respiratorne bolesti nego ozljede, zloćudne novotvorine, bolesti alergijske etiologije, neurorazvojne bolesti te ostale kronične i nasljedne degenerativne bolesti koje uzrokuju smetnje u razvoju i invalidnost djeteta. Sve više se pojavljuju problemi vezani uz duševno zdravlje djece te problemi zanemarivanja, zapuštanja i zlostavljanja djece te drugi socijalni rizici koji mogu utjecati na zdravlje kao što su (ne)mogućnosti ostvarivanja jednakih prava na zdravstvenu zaštitu i liječenje.

Velik broj pokazatelja potrebnih za ocjenu ukupnog djelovanja djetetovog okruženja na njegovo zdravlje još uvijek nam je nedostupan ili teško dostupan. Stoga se u ocjeni zdravstvenog stanja prven-

sveno koristimo pokazateljima rutinske zdravstvene statistike koji se odnose na somatsku stranu zdravlja odnosno bolesti među kojima su najznačajniji smrtnost i pobol.

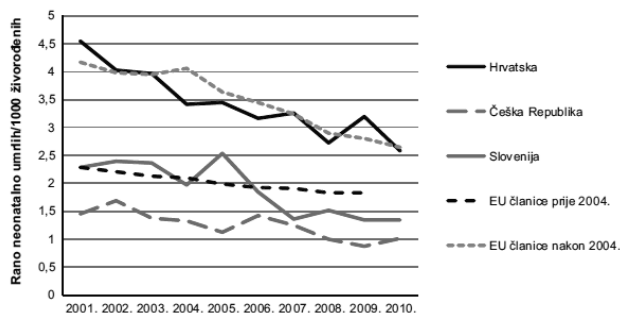
Najvažnijim pokazateljem perinatalne skrbi smatra se perinatalna smrtnost. Perinatalna smrtnost u Hrvatskoj je najvećim dijelom uvjetovana umiranjem djece niskih težinskih skupina, posebice onih izrazito niske porodne težine (<1000 g) i vrlo niske porodne težine (1000 – 1499 g). Od 2.217 rođenih s niskom težinskom skupinom, u skupini <2500 grama je perinatalno umrlo 220 djece ili 9,92% djece niske porodne težine (u 2009. godini 267 odnosno 11,93%). Ujedno ta su djeca 2010. činila 70,29% svih perinatalno umrlih, dok su u 2009. godini bili u udjelu od 78,07%. Najčešći uzroci dojenačkih smrti nastaju zbog patoloških stanja vezanih uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja u udjelu od 58,9%) i kongenitalnih anomalija (29,7%) što upućuje da svi ostali uzroci sudjeluju u ukupnoj dojenačkoj smrtnosti s 11,4%.

Prema mortalitetnim pokazateljima nalazimo da se dojenačka smrtnost u Hrvatskoj postupno smanjuje te je s 4,4/1.000 živorođenih, u razini prosjeka EU27 među kojima je raspon 3-8/1.000 živorođenih (Slika 66).



Slika 66. Dojenačka smrtnost u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health For All Database.

Rana novorođenačka smrtnost cijele Europske regije SZO-a posljednjih je nekoliko godina oko 3,5/1.000, a zemalja EU-27 je oko 2/1.000 živorođenih (Slika 67). Prave razlike se mogu naći tek međusobnom usporedbom pojedinih država te je u starim EU-15 članicama ova stopa u rasponu od 0,71/1.000 u Luksemburgu do 2,42 u Velikoj Britaniji, a među 52 zemlje Europske regije najviše su stope u Kirgistanu (18,12) i Kazahstanu (12,18). Rana neonatalna smrtnost u Hrvatskoj u 2010. godini iznosi 2,58/1.000 živorođenih i u 2010. godini se smanjila u odnosu na 2009. godinu (3,19/1.000 živorođenih). Kasna neonatalna smrtnost (7 – 27 dana života) iznosi 0,76/1.000 živorođenih, a prosjek za EU-27 je 0,81/1000 živorođenih (zadnji dostupni podaci za 2008.godinu). Postneonatalna smrtnost (28-364 dana) je 1,08/1.000 živorođenih, a prosjek za EU-27 je 1,44/1000 živorođenih (posljednji dostupni podaci za 2008. godinu).



Slika 67. Usporedba rane neonatalne smrtnosti između Hrvatske i nekih europskih zemalja. Izvor: WHO Health for All Database

U dobi 1 – 19 godina prevladavaju smrti od nesreća, malignomi, kongenitalne anomalije i neurološke bolesti i oštećenja. Iako je smrtnost u ovoj dobi niska, oko 20/100.000 djece i mladih, ovisno o dobnoj podskupini (20,5/100.000 u dobi 1 – 4 godine; 12,1/100.000 u dobi 5 – 9 godina, 11,7/100.000 u dobi 10 – 14 godina i 33/100.000 u dobi 15 – 19 godina), preventivnim djelovanjem bi se moglo postići da bude još niža, prije svega vezano uz ozljede čija je učestalost veća u dječaka nego u djevojčica, u odnosu 3:1.

U pobolu ambulanti primarne zdravstvene zaštite prevladavaju respiratorne infekcije (43%), slijede zarazne i parazitarne bolesti (9%) te upale uha (6%). U prvoj godini života djeca najčešće borave u bolnici zbog stanja vezanih uz porod (nezrelost, neonatalna žutica), a nakon tog razdoblja vodeći uzroci hospitalizacija su operacije tonzila i adenoida te druge bolesti dišnog sustava (upale pluća, astma). Iza 10. godine života značajan uzrok hospitalizacija su i ozljede kao posljedica različitih nesreća.

Prema istraživanjima na pedijatrijskoj populaciji, provedenima standardiziranom epidemiološkom metodom (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC), u Hrvatskoj je prevalencija simptoma astme u rasponu od 5,1% do 8,4%, rinitisa u rasponu od 8,4% do 19,2%, polinoze u rasponu od 4,7% do 9,9%, te ekcema u rasponu od 3,4 do 10,0%.

Za 88,6% djece predškolske dobi zaštita se provodi u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece (260.672 djece), a ostala djeca predškolske dobi (11,4%, odnosno 33.487 djece), najčešće na ruralnim područjima i otocima, u skrbi su djelatnosti opće/obiteljske medicine. Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.550 osiguranika od kojih su 1.026 djece u dobi 0 – 6 godina.

U sistematski pregledane dojenčadi utvrđena je pothranjenost u 1,7% slučajeva, a preuhranjenost u 3,6% slučajeva. Za 66,3% dojenčadi u dobi 0 – 2 mjeseca je zabilježeno da su hranjena isključivo majčinim mlijekom (64,5% u 2009. godini), 15,5% (16,3% u 2009. godini) je dojeno uz nadomjeske za majčino mlijeko, 13,3% je na umjetnoj prehrani (13,4% u 2009. godini), a za 5,0% nije poznat podatak o načinu prehrane. Poslije prva tri mjeseca života udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 45,9% u skupini dojenčadi do 6. mjeseca života i na 15,9% u dobi 6 – 11 mjeseci te uz dohranu, raste uporaba nadomjestaka za majčino mlijeko. U 81,6% sistematski pregledane dojenčadi zabilježeno je provođenje profilakse rahitisa (80,4% u 2009. godini), u 11,1% profilaksa anemije (10,3%, u 2009. godini), a znakovi rahitisa utvrđeni su u 0,1% dojenčadi (u 0,6% u 2009.). Među utvrđenim poremećajima razvoja pri sistematskim pregledima dojenčadi najčešće je registriran usporen psihomotorni razvoj u 2,6% pregledanih (2,8% u 2009.). Ostali poremećaji poput fimoze (0,9%), prirodnih srčanih grešaka (0,5%), prirodnog iščašenja kuka (0,5%), drugih kongenitalnih anomalija (0,4%), mišićno-koštanih deformacija (0,3%) i kriptorhizma (0,2%) su zabilježeni u udjelu ispod 1%. U sistematskim pregledima male djece zabilježena je pothranjenost u 1,4% (u 2009. godini 1,5%), preuhranjenost u 2,5% pregledanih (u 2009. godini 2,6%), a od patoloških stanja utvrđenih u sistematskim pregledima najčešći su kariozni zubi 8,5% (u 2009. godini 9,3%), zatim displazija 3,4% (u 2009. godini 3,3%), fimozis 2,3% (u 2009. godini 2,1%) mišićno-koštane deformacije udova 1,9% (u 2009. godini 1,8%), strabizam 1,5% (u 2009. godini 1,7%).

2.7.2 Zdravlje mladih

Prema podacima Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, u osnovne škole školske godine 2010./2011. upisano je 351.345 djece,

u srednje škole 180.158 djece, a na redovitom studiju je bilo 111.820 studenata. Zbog negativnih demografskih trendova, broj se školske djece i mladeži u Hrvatskoj postupno smanjuje, a predviđanja ukazuju da će te dobne skupine u budućnosti biti još manje zastupljene.

Djeca i mladi smatraju se često najzdravijim dijelom populacije koji ne zahtijeva posebnu zdravstvenu skrb – više ne boluju od potencijalno teških bolesti dojenačke dobi i ranog djetinjstva, a još nisu počeli razvijati kronične bolesti pogubne za srednju i stariju dob. No, upravo je razdoblje intenzivnog rasta i sazrijevanja kritično i rizično ne samo zbog izravnih rizika po zdravlje već zbog neizravnih mogućih utjecaja mladalačkih potencijalno štetnih navika i neopreznih ponašanja.

Među bolestima zbog kojih djeca i mladi najčešće traže pomoć u ambulantama primarne zdravstvene zaštite prevladavaju bolesti dišnog sustava – 514.000 oboljenja djece do šest godina i 524.000 u dobi 7 – 19 godina. Među njima su najčešće obične prehlade, bronhitis, gripa i pneumonije. Slijedi skupina zaraznih i parazitarne bolesti, a među njima su najučestalije zarazne bolesti probavnog sustava, osobito u ljetnim mjesecima. Pojava alergijskih bolesti koje se očituju kao alergije dišnog sustava ili kožne alergije sve je učestalija u posljednjim godinama.

Bolničko liječenje najčešće je potrebno zbog bolesti dišnog sustava, a među njima zbog kroničnih bolesti tonzila i adenoida. Slijede, a kako se povećava dob sve su učestalije (osobito kod dječaka) hospitalizacije zbog ozljeda. Među njima su najzastupljenije frakture udova te ozljede glave, često nastale zbog prometnih nesreća. Nekoliko stotina djevojaka do 19 godina godišnje se zbrinjava i zbog komplikacija trudnoće, porođaja i babinja.

U 2010. godini u Hrvatskoj je umrlo 138 djece i mladih u dobi 5 – 19 godina. Najčešći su uzrok umiranja u oba spola ozljede, ponajprije u prometu.

Smanjenje smrtnosti zbog ozljeda je u posljednjem desetljeću najviše utjecalo na smanjenje smrtnosti uopće – dok je u 2000. godini stradalo 97 dječaka i 21 djevojka u dobi 15-19 godina, u 2010. godini su zbog ozljeda umrla 33 dječaka, odnosno 19 djevojaka (Tablica 18).

Tablica 18. Uzroci smrti djece i mladih, prema dobnim skupinama (5 – 9, 10 – 14 i 15 – 19g.), 2000., 2005. i 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Uzroci smrti	Spol	2000.			2005.			2010.		
		5-9	10-14	15-19	5-9	10-14	15-19	5-9	10-14	15-19
Svi uzroci ukupno	M	32	37	127	21	23	103	17	15	50
	Ž	16	18	34	10	12	41	8	14	34
Ozljede i otrovanja	M	19	21	97	10	10	79	7	7	33
	Ž	7	8	21	2	3	20	3	7	19
Novotvorine	M	6	7	10	6	5	6	6	3	9
	Ž	6	5	6	2	2	11	2	1	5
Bolesti živčanoga sustava	M	-	3	3	3	2	6	-	3	2
	Ž	-	1	2	2	2	4	1	1	3
Bolesti srca i krvnih žila	M	1	2	7	-	2	5	2	1	2
	Ž	-	1	3	-	1	2	-	2	1
Ostalo	M	7	4	10	2	4	7	2	1	4
	Ž	3	3	2	4	2	4	2	3	6

Trend smanjenja učestalosti rađanja u mlađim dobnim skupinama (dob ispod 20 godina) i povećanje učestalosti rađanja u dobi iznad 35 godina karakterističan za razvijene zemlje nalazimo i u Hrvatskoj. U 2010. godini rođeno je 1.512 djece koje su rodile majke mlađe od 19 godina, što ukupno čini 3,5% sveukupno rođene djece. Broj mladih djevojaka do 19 godina u žena koje obavljaju pobačaj na zahtjev u 2010. godini je bio 349, odnosno 8,6% od ukupnog broja pobačaja na zahtjev žene.

2.7.3 Zdravlje starijih

Kronične nezarazne bolesti najviše doprinose bremenu bolesti starijih, a povezane su s djelovanjem rizičnih čimbenika nezdravog načina života.

Od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine, oko 30% je zabilježeno u dobi 65 i više godina. Najučestalije zabilježene bolesti u starijih osoba su: hipertenzivna bolest, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, srčane bolesti, akutna infekcija gornjih dišnih sustava i šećerna bolest.

Udio hospitaliziranih u dobi 65 i više godina iznosi oko 30% ukupno liječenih u bolnicama Hrvatske. Vodeće skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija starijih ljudi su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti oka i očnih adneksa, bolesti dišnog sustava te ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka. Stopa hospitalizacije žena ≥ 65 godina je 235/1000, a muškaraca ≥ 65 godina 317/1000.

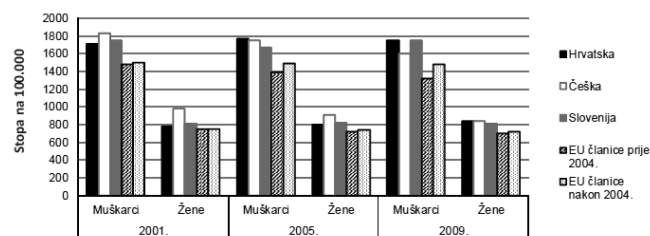
Dobno-standardizirane stope smrtnosti od cirkulacijskih bolesti u dobi 65 i više godina iznosile su 2967/100 000. Navedene stope su više od prosjeka zemalja članica EU-a prije svibnja 2004.g. Slovenije i Češke, a nešto niže od zemalja članica EU-a od 2004.-2007. (Tablica 19).

Tablica 19. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od cirkulacijskih bolesti u dobi 65 i više godina, na 100 000 ljudi. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

Godina	Hrvatska	Češka	Slovenija	EU članice prije 2004.	EU članice nakon 2004.
2001.	3677,87	3516,26	2234,95	1816,33	3834,15
2005.	3353,39	3235,22	2218,48	1583,98	3642,29
2009.	2966,98	2749,94	1810,12	1350,42	3161,39

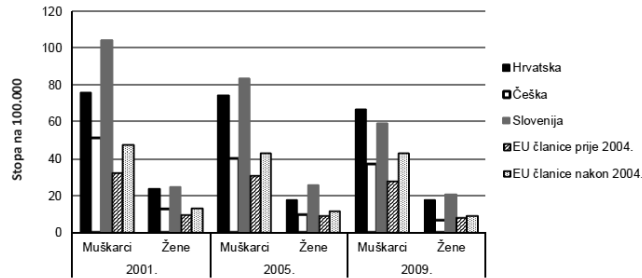
Najčešće pojedinačne dijagnoze u mortalitetu od cirkulacijskih bolesti u dobi 65 i više godina kod muškaraca i žena su ishemijska bolest srca i cerebrovaskularne bolesti.

Standardizirana stopa smrtnosti od malignih bolesti osoba starije životne dobi u Hrvatskoj približno je jednaka stopi u Sloveniji i Češkoj, ali je daleko viša, osobito u muškaraca, od stope zemalja članica EU-a prije svibnja 2004. te zemalja članica od 2004. – 2007. godine (Slika 68).



Slika 68. Standardizirana stopa smrtnosti od malignih bolesti muškaraca i žena starije životne dobi u Hrvatskoj od 2001. do 2009. godine. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

Standardizirana stopa smrtnosti zbog samoubojstava u muškaraca 65 i više godina viša je nego u žena (Slika 69). Hrvatska kontinuirano bilježi više stope smrtnosti od prosjeka zemalja članica EU-a.



Slika 69. Standardizirana stopa smrtnosti zbog samoubojstava muškaraca i žena starije životne dobi u Hrvatskoj od 2001. do 2009. godine. Izvor: WHO Health for All Database, siječanj 2012.

Podaci o funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba na razini RH dostupni su jedino iz Registra osoba s invaliditetom prema kojem je registrirano 197 564 osoba starijih od 65 godina (38% od ukupnog broja osoba s invaliditetom). Na taj način osobe s invaliditetom čine oko 11,7% ukupnog stanovništva RH dok je prevalencija invaliditeta u toj dobnoj skupini 28,5%.

2.7.4 Zdravlje osoba s invaliditetom

Prema Konvenciji Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom koju je Hrvatska ratificirala 2007. godine., osobe s invaliditetom su one osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima. Prema podacima iz Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom, na dan 30.03.2012., bilo je 519.199 osoba s invaliditetom, što je 12,1% od ukupnog stanovništva. Invaliditet je učestaliji kod muškoga spola, 60% u odnosu na 40% žena, pri čemu je najveći broj registriranih u Gradu Zagrebu i Splitsko-dalmatinskoj županiji. U te dvije županije prebiva oko 30% od ukupnog broja osoba s invaliditetom. Ukoliko se analizira prevalencija dolazimo do podataka da je invaliditet najučestaliji u Krapinsko-zagorskoj županiji s prevalencijom od oko 16%. Najmanja prevalencija invaliditeta je u Istarskoj županiji i iznosi 6,7%. Najčešća oštećenja koja uzrokuju invaliditet ili kao komorbiditetne dijagnoze utječu na funkcionalno oštećenje osobe su oštećenje lokomotornog sustava, duševni poremećaji, oštećenja drugih organa i organskih sustava te oštećenja središnjeg živčanog sustava (Tablica 20).

Tablica 20. Prikaz vrste oštećenja koja uzrokuju invaliditet ili kao komorbiditetne dijagnoze utječu na funkcionalno oštećenje osobe.* Izvor: Hrvatski registar o osobama s invaliditetom.

Vrsta oštećenja	Broj osoba	Prevalencija na 1000 stanovnika
Oštećenje lokomotornog sustava	150046	35
Duševni poremećaji	124071	29
Oštećenje drugih organa i organskih sustava	119219	28
Oštećenje središnjeg živčanog sustava	94805	22
Mentalne retardacije	22053	5
Oštećenje vida	17637	4
Oštećenje glasovno govorne komunikacije	15344	4

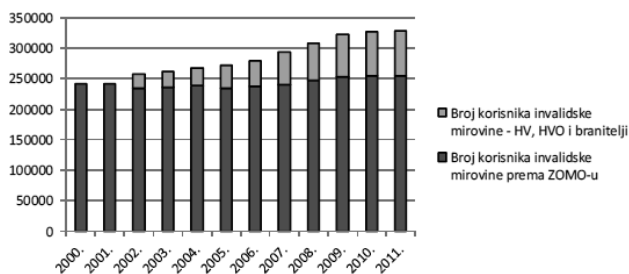
Oštećenje perifernog živčanog sustava	12098	3
Oštećenje sluha	12855	3
Autizam	1115	0,3
Prirođene anomalije i kromosomopatije	8584	2
Višestruka oštećenja	143476	33

* Ukupni zbroj dijagnoza je veći od broja osoba s invaliditetom zbog postojanja višestrukih oštećenja.

Vodeći uzrok oštećenja lokomotornog sustava u populaciji 0 – 19 su artropatije (M00-M25) i dorzopatije (M40-M54). U radno aktivnoj dobi vodeći uzrok su dorzopatije (M40-M54) dok su u populaciji 65+ vodeći uzrok artropatije (M00-M25). Kod duševnih poremećaja vodeći uzroci u populaciji 0 – 19, koji su uzrok teškoća u razvoju, iz skupine su poremećaja u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i u adolescenciji (F90-F98). U radno aktivnoj dobi vodeći uzroci duševnih poremećaja, koji su uzrok invaliditeta ili komorbiditetna dijagnoza koja utječe na funkcionalnu sposobnost osobe, iz skupine su neurotskih, vezanih uz stres i somatofornih poremećaja (F40-F48). U populaciji 65+ vodeći uzroci duševnih poremećaja, koji su uzrok invaliditeta ili komorbiditetna dijagnoza koja utječe na funkcionalnu sposobnost osobe, iz skupine su organskih i simptomatskih poremećaja – demencije (F00-F09+G30). Vodeći uzroci oštećenja drugih organa i organskih sustava u populaciji 0 – 19 su posljedice malignih bolesti, dijabetes melitus ovisan o inzulinu te opstruktivne plućne bolesti. U radno aktivnoj dobi i u populaciji starijoj od 65 godina vodeći uzroci su iz skupine kardiovaskularnih bolesti (I00-I99). Vodeći uzroci oštećenja središnjeg živčanog sustava, koji su uzrok invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje utječu na funkcionalnu sposobnost osobe, u populaciji 0 – 19 su infantilna cerebralna paraliza (G80) te epilepsije (G40). U radno aktivnoj dobi vodeći uzroci su neurološke posljedice oštećenja kralježnice; parietične i plegične posljedice cerebrovaskularnog infarkta te epilepsije. U populaciji 65+ vodeći uzroci su: neurološke posljedice oštećenja kralježnice, parietične i plegične posljedice cerebrovaskularnog infarkta te Parkinsonova bolest. Oko 4% osoba s invaliditetom su osobe s mentalnom retardacijom pri čemu su po težini stupnja mentalne retardacije najčešće lake i umjerene mentalne retardacije koje čine oko 73% svih mentalnih retardacija specificirane težine. Oko 0,2% osoba s invaliditetom su osobe s poremećajima iz autističnog spektra.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, u Republici Hrvatskoj je u ožujku 2011. godine broj radnika koji su ostvarili invalidsku mirovinu iznosio 255.358 (bez pripadnika Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske, Hrvatskog vijeća obrane i hrvatskih branitelja) što je 9348 na 100.000 stanovnika ili 21% svih mirovina ostvarenih prema Zakonu o mirovinskom osiguranju (ZOMO).

U razdoblju od 2005. do 2010. godine broj svih invalidskih mirovina ostvarenih prema ZOMO-u povećao se za 8% (Slika 70). U ožujku 2011., prosječna dob pri umirovljenju iznosila je 52 godine i 6 mjeseci, a 43% svih korisnika invalidskih mirovina bilo je mlađe od 59 godina. U 2005. godini u EU27 udio izdataka za invalidske mirovine u ukupnim mirovinskim izdacima činio je 15,9%, a u Republici Hrvatskoj 26,2%. U posljednjih nekoliko godina vidljiv je trend smanjenja udjela naknada zbog bolesti i invalidnosti pa je 2011. isplaćeno (u apsolutnom iznosu) 17% manje naknada zbog bolesti i invalidnosti nego 2007. (v. Pogl. 3.4.8.1, Tabl. 5).



Slika 70. Broj korisnika invalidske mirovine prema Zakonu o mirovinskom osiguranju (ZOMO) i među pripadnicima Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske (HV), Hrvatskog vijeća obrane (HVO) i hrvatskih branitelja. Za 2000. i 2001. godinu nema objavljenih podataka za HV i branitelje. Za HVO postoje podaci od 2007. Izvor: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje.

Hrvatski ratni vojni invalid iz Domovinskog rata je hrvatski branitelj iz Domovinskog rata kojemu je organizam oštećen najmanje 20% zbog rane ili ozljede koju je zadobio u obrani suvereniteta Republike Hrvatske, odnosno kao zatočenik u zatvoru ili neprijateljskom logoru u Domovinskom ratu, kao i hrvatski branitelj iz Domovinskog rata kojemu je organizam oštećen najmanje 20% zbog bolesti, a bolest, pogoršanje bolesti, odnosno pojava bolesti neposredna je posljedica sudjelovanja u obrani suvereniteta Republike Hrvatske u Domovinskom ratu. Ukupno je 61.594 hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata koji status ostvaruju temeljem ranjavanja, ozljeda ili oboljenja. Hrvatskih ratnih vojnih invalida s najvećim stupnjem oštećenja organizma ima 485 (100% oštećenja organizma I. skupine, kojima je za redovit život potrebna njega i pomoć druge osobe) i 392 (100% oštećenja organizma II. skupine).

2.7.5 Zdravlje hrvatskih branitelja

Istraživanje o zdravstvenom stanju hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata ne provodi se sustavno u okviru rutinske, zdravstvene statistike. Pojedina istraživanja provedena su temeljem podataka javnozdravstvenih registara i baza podataka Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo. Ministarstvo branitelja sklopilo je s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo Sporazum o provođenju znanstveno-istraživačkog projekta »Praćenje pobola i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji«. Tim istraživanjem utvrdit će se pobol i smrtnost braniteljske populacije u odnosu na opću populaciju. Na osnovu dobivenih podataka kreirat će se daljnji preventivni i zdravstveni programi, posebice za one skupine branitelja kod kojih se utvrde najznačajnija odstupanja u pobolu i smrtnosti.

Iz bolničke statistike od 2009. godine moguće je praćenje korištenja bolničke zdravstvene zaštite temeljem statusa branitelja. Najčešći uzroci hospitalizacije u stacionarnom djelu bolnice prema skupinama bolesti branitelja i članova njihove obitelji su: duševni poremećaji i poremećaji ponašanja s udjelom od 76,6% ukupno hospitaliziranih branitelja, zatim slijede bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (6,9%) te ozljede, otrovanja i dr. posljedice vanjskih uzroka (4%) (Tablica 12). U dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama vodeći uzrok hospitalizacija branitelja su bolesti genitourinarnog sustava (70,4%), zatim slijede duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (25,4%) (Tablica 21).

Tablica 21. Uzroci hospitalizacije branitelja i članova njihove obitelji prema skupinama bolesti u Hrvatskoj 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Skupina bolesti	Stacionarna zdravstvena zaštita				Dnevne bolnice i bolnička hemodijaliza			
	Branitelji		Ostali		Branitelji		Ostali	
	Broj	Udio (%)	Broj	Udio (%)	Broj	Udio (%)	Broj	Udio (%)
Duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (F00-F99)	1401	76,6	39743	7,0	355	25,4	18958	5,0
Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (M00-M99)	126	6,9	24688	4,3	0	0,0	4375	1,2
Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka (S00-T98)	73	4,0	42960	7,5	1	0,1	4591	1,2
Novotvorine (C00-D48)	49	2,7	79927	14,0	46	3,3	50870	13,4
Bolesti probavnog sustava (K00-K93)	41	2,2	49752	8,7	3	0,2	5193	1,4
Bolesti cirkulacijskog sustava (I00-I99)	34	1,9	81541	14,3	4	0,3	9470	2,5
Čimbenici koji utječu na stanje zdravlje i kontakt sa zdravstvenom službom (Z00-Z99)	31	1,7	28734	5,0	0	0,0	6445	1,7
Bolesti genitourinarnog sustava (N00-N99)	22	1,2	42965	7,5	983	70,4	199436	52,6
Ostale bolesti	52		179755		4		79793	
SVEUKUPNO	1829	100	570065	100	1396	100	379131	100

U bazi Registra osoba s invaliditetom nalaze se podaci za 24.556 osoba kod kojih je PTSP uzrokom invaliditeta ili je komorbiditetna dijagnoza koja pridonosi funkcionalnom oštećenju osobe. Poremećaj se javlja znatno češće kod muškaraca (95%) u odnosu na žene (5%), s time da je najveći broj oboljelih u dobnoj skupini 45 – 49. Najveći broj oboljelih ima prebivalište u Splitsko-dalmatinskoj, Sisačko-moslavačkoj, Osječko-baranjskoj te Vukovarsko-srijemskoj županiji.

Prema podacima iz Programa preventivnih pregleda osiguranih osoba 50+ (2005.-2009. godine) među braniteljima je udio pušača bio statistički značajno veći nego među civilima, odnosno 34,3% naspram 23,6%. Branitelja teških pušača (više od 20 cigareta dnevno) bilo je čak dvostruko više (12,5% teških pušača branitelja naspram 5,7% teških pušača civila). Zastupljenost zlorabe alkohola (konzumiranje 1-2 pića dnevno i više ili terapijska apstinencija) također se statistički značajno razlikovala između branitelja (28,2%) i civila (19,6%). Povišena razina šećera u krvi (iznad 5,8 mmol/l natašte) statistički je značajno češće pronađena u branitelja (47,8%) nego u civila (42,5%).

2.7.6 Zdravlje Roma

Osnovni nositelji rutinskih zdravstveno-statističkih istraživanja u državi – Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne raspolazu podacima o zdravstvenom stanju, zdravstvenoj zaštiti i obveznom zdravstvenom osiguranju Roma, a sličan problem se može utvrditi i u drugim sustavima (socijalna skrb, obrazovanje, zapošljavanje). Dostupni su podaci iz pojedinih terenskih istraživanja poput pilot istraživanja u Dardi provedenog u okviru Nacionalnog programa za Rome, podaci iz istraživanja

u Međimurju nakon provedbe lokalnih programa potpomognutih sredstvima iz fondova Europske Unije te podaci iz studija o antropološkim značajkama romske populacije u Baranji.

Zbog visoke stope nezaposlenosti vrlo mali broj radno sposobne romske populacije je aktivno osiguran. Posredovanjem županija određeni broj zdravstveno neosiguranih Roma ostvaruje zdravstvenu zaštitu na teret proračunskih sredstava sukladno Pravilniku o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za uzdržavanje za osobe s prebivalištem u RH kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi.

Prema dostupnim istraživanjima, podaci o dojenačkoj smrtnosti Roma, čak i nepotpuni, pokazuju velike razlike u odnosu na neromsko stanovništvo, a stopa smrtnosti je 3 – 4 puta viša u romskoj u odnosu na neromsku populaciju.

Jedan od pokazatelja sprječavanja bolesti i očuvanja zdravlja djece je provođenje cijepljenja prema Nacionalnom programu cijepljenja. Zavodi za javno zdravstvo povremeno provjeravaju cjepni status romske djece i po potrebi provode dopunska cijepljenja, a izvješća o procijepljenosti dostavljaju Službi za zarazne bolesti Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo i Ministarstvu zdravlja. Zdravstveni nadzor nad školskom djecom provode specijalisti školske medicine te su sva školska djece procijepljena u zadovoljavajućem obuhvatu, ali bez istih mjera ostaju ona romska djeca koja su napustila osnovnoškolsko obrazovanje.

2.7.7 Zdravlje na ruralnim područjima i otocima

Kao najčešći međunarodno priznati kriterij za razlikovanje ruralnih i urbanih područja, koji se temelji na gustoći naseljenosti stanovništva, koristi se definicija Organizacije za gospodarsku suradnju i razvoj (OECD). Primjenom OECD kriterija, ruralna područja obuhvaćaju 91,6% od ukupnog teritorija RH, a na njima živi 47,6% stanovništva. Prema OECD kriteriju, razlikuju se tri skupine područja, ovisno o udjelu stanovništva u regiji koje živi u ruralnim lokalnim područjima, a to su pretežito ruralna (više od 50% stanovništva), značajno ruralna (15-50% stanovništva) i pretežito urbana područja (manje od 15% stanovništva) (Tablica 22). U Hrvatskoj stanovnici ruralnih područja općenito žive u gospodarski i infrastrukturno slabije razvijenim područjima.

Tablica 22. Ruralna i urbana područja RH, stanovništvo i naselja prema OECD kriteriju. Izvor: Državni zavod za statistiku, 2001.

Područja	OECD kriterij		
	km ² (%)	Broj naselja (%)	Broj stanovnika (%)
Ruralna (pretežito i značajno)	51.872 (91,6)	6.001 (88,7)	2.110.988 (47,6)
Urbana	4.731 (8,4)	763 (11,3)	2.326.472 (52,4)

Ruralna populacija ima specifične potrebe zdravstvene zaštite, no podaci o ruralnom zdravlju i zdravstvenoj zaštiti ruralne populacije uglavnom se slabo prikupljaju i analiziraju. Zbog zemljopisnih i demografskih specifičnosti u pojedinim krajevima RH, pristup zdravstvenim ustanovama nije svima jednako dostupan. Prema postojećim istraživanjima, ruralno-urbane razlike u percepciji troškova potrebnih za posjetu liječniku su u Hrvatskoj gotovo dva puta veće nego u zemljama EU-a. Udaljenost zdravstvenih ustanova je problem s kojim se stanovnici seoskih područja češće susreću, a zbog toga su i opterećeniji troškovima posjeta liječniku.

Popisom poljoprivrede procijenjeno je da ima 1.485.647 članova poljoprivrednih kućanstva među koje se, uz radno aktivne muškarce i žene, ubrajaju i umirovljene i starije osobe te djeca. Osobe

koje obavljaju poljoprivredne radove izložene su povećanom riziku od ozljeda, koje mogu uzrokovati nesposobnost za rad (invaliditet), prijevremeno umirovljenje i smanjenje kvalitete života. Na članove poljoprivrednih kućanstava nije moguće primijeniti mjere i pravila sigurnosti za osiguranje njihove zaštite zdravlja koji su definirani Zakonom o zaštiti na radu i Zakonom o radu, jer ne postoji radni odnos i nije sklopljen ugovor o radu.

Broj ozljeda i profesionalnih bolesti se ne može utvrditi jer ne postoji obveza njihovog prijavljivanja, a sporadične prijave ozljeda ne pokazuju pravo stanje. Pretpostavka je da je broj ozljeda znatno veći nego kod radnika zaposlenih u ustanovama gdje se temeljem postojećih propisa primjenjuju mjere i pravila zaštite, a ozljede se prijavljuju. Također nije moguće primijeniti ni nadzor, jer nije zasnovan radni odnos pa članovi poljoprivrednih kućanstava obavljaju poljoprivredne radove bez nadzora vezanog uz radno vrijeme, prekovremeni i noćni rad, posebnu zaštitu žena, trudnica i djece što može uzrokovati ozljede i oštećenja zdravlja.

Otoci su posebnost Hrvatske u svakom smislu, pa i u organizaciji zdravstva. Hrvatska ima 1.185 otoka, otočića i hridi od kojih 48 stalno naseljenih. Ukupan broj stanovnika na otocima danas iznosi 132.000 što je 12% manje nego 1948. godine i u stalnom je opadanju. Prosječna gustoća naseljenosti otoka je 40 stanovnika na kvadratni kilometar. Velike otoke koji imaju više od 100 kvadratnih kilometara, naseljava 106.015 stanovnika (ili oko 80% ukupnog otočkog stanovništva). Takvi otoci su Krk, Korčula, Brač i Hvar i na njima je zdravstvena sigurnost puno veća od one na manjim ili slabije naseljenim otocima. Najveći su problem otoci s nekoliko stotina stanovnika ili manje, jer je zdravstvena zaštita na njima svedena na povremene dolaskе liječnika, uz otežanu opskrbu lijekovima i otežan transport u slučaju hitnosti. Za poboljšanje demografske slike otoka potrebno je planirano ulaganje u društvenu infrastrukturu, pri čemu zdravstvo zauzima vodeće mjesto.

Za zdravstvenu zaštitu koja se provodi u područjima s posebnim značajkama s obzirom na zemljopisni položaj, demografska obilježja stanovništva, prometnu povezanost, tj. izoliranost i gustoću naseljenosti, HZZO primjenjuje Odluku o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja.

Sažetak

U razdoblju od 2001. do 2010. godine u Hrvatskoj je zabilježen porast **očekivanog trajanja života kod rođenja** za 3 godine u muškaraca i za 2 godine u žena te je ono u 2010. godini za muškarce iznosilo 74 godine, a žene 80 godina. Usprkos pozitivnom trendu, muškarci i žene Hrvatske žive 4 godine kraće od stanovnika zemalja »starih« članica EU-a. Osim što postoje razlike između Hrvatske i zemalja EU-a, razlike u očekivanom trajanju života postoje i unutar regija u Hrvatskoj. Te razlike naročito su naglašene između Jadranske Hrvatske (priobalne hrvatske županije) gdje je očekivano trajanje života najdulje i Panonske Hrvatske (slavonske i neke županije središnje Hrvatske) u kojoj je očekivano trajanje najkraće.

U Hrvatskoj godišnje umire približno 50 000 osoba. Posljednjih deset godina bilježi se pad **dobno standardizirane stope smrtnosti** od 921/100 000 stanovnika u 2001. godini na 790/100 000 u 2010. godini. Standardizirane stope smrtnosti zabilježene u Hrvatskoj više su od prosjeka za zemlje stare članice EU-a (546/100.000), a niže od prosjeka zemalja novih članica EU-a od 2004. godine (855/100 000). Usporedba dobno standardiziranih stopa smrtnosti prema županijama, pokazuje da se više vrijednosti od hrvatskog prosjeka bilježe u onima kontinentalnog dijela Hrvatske.

Vodeći uzrok smrtnosti su bolesti srca i krvnih žila koje u posljednjih deset godina bilježe blago smanjenje udjela u ukupnom mortalitetu sa 53% na 49%, dok novotvorine kao drugi uzrok smrtnosti bilježe blago povećanje udjela s 24% na 26%. Treći su uzrok smrti ozljede i otrovanja, četvrti bolesti probavnog sustava, a peti bolesti dišnog sustava. U muškaraca se u istom razdoblju nije promijenio prethodno navedeni poredak, dok su se u žena na peto mjesto, umjesto bolesti dišnog sustava, probile bolesti endokrinog sustava.

Od početka 1990-tih godina u Hrvatskoj se bilježi veći broj umrlih stanovnika od broja živorođenih. **Stope općeg i specifičnog fertiliteta** kontinuirano se smanjuju, a u 2010. godini bile su 42,2 (opća) i 1,5 (ukupna). Posljedično nema pozitivnog prirodnog kretanja pa ni jednostavne obnove stanovništva. Stanovništvo Hrvatske završilo je svoju »**demografsku tranziciju**« i ubraja se u »stara stanovništva« s visokim udjelom stanovništva starijeg od 65 godina. Trendovi ukazuju na loše stanje »demografskog zdravlja« što predstavlja značajan izazov za održivi razvoj društva u cjelini, ali i za sam zdravstveni sustav koji će morati odgovoriti na zdravstvene potrebe sve većeg broja starijeg stanovništva.

Epidemiološka situacija u Hrvatskoj u pogledu **zaraznih bolesti** može se ocijeniti kao razmjerno povoljna. Bolesti koje su karakteristične za niski životni standard i loše higijenske prilike uz neprosvijećenost ljudi, danas su kod nas posve rijetke ili čak i odsutne (trbušni tifus, bacilarna dizenterija, hepatitis A). Bolesti protiv kojih se provodi sustavno cijepljenje potisnute su, neke i eliminirane ili iskorijenjene (poliomijelitis, difterija). Rijetke i pod kontrolom su klasične spolne bolesti, gonoreja i sifilis, a nizak je intenzitet HIV/AIDS-a, dvadeset i šest godina od prvog registriranog slučaja. Preventivne zdravstvene mjere za osiguranje sigurne javne vodoopskrbe i sigurne prehrane su učinkovite. U 2011. kao ni prethodnih godina nije bilo epidemija uzrokovanih industrijski pripremljenim prehrambenim proizvodima ili jelima. Hidrične epidemije posve su rijetke i iznimne. Takvo stanje zaraznih bolesti izjednačuje Hrvatsku s razvijenim zemljama Europe i svijeta.

Uz ove povoljne činjenice, ne treba zanemariti da ponegdje postoje nezadovoljavajuće sanitarno-higijenske prilike, osobito u pogledu odlaganja otpadnih tvari, još uvijek su prisutne i posljedice rata, ratnih i poratnih migracija ljudi i dr. što sve predstavlja rizične čimbenike. Ne treba zanemariti pojavu rezistencije na antibiotike, ni mogućnosti pojave i širenja novih zaraznih bolesti u svijetu zbog čega je i dalje potrebno kontinuirano provoditi neprekidni protuepidemijski i preventivni rad u cilju njihova pravovremena prepoznavanja i sprječavanja. U tom smislu Hrvatska nije izolirana zemlja već je uključena u međunarodne sustave ranog prepoznavanja i odgovora na prijetnje zaraznih bolesti kao što su europski sustavi nadzora nad zaraznim bolestima i globalni IHR (engl. International Health Regulations) sustav Svjetske zdravstvene organizacije.

Odrednice okoliša i njihov utjecaj na zdravlje stanovništva razmjerno je povoljan. Općenito na razini Hrvatske, uzevši u obzir tehničko-tehnološko stanje vodovoda, zdravstvena ispravnost **vode za piće** iz javnih vodoopskrbnih objekata kojima je obuhvaćeno 80% domaćinstava je zadovoljavajuća. Nepostojanje sustavne kontrole zdravstvene ispravnosti vode za piće malih lokalnih vodovoda i bunara i dalje ostaje važan problem u području osiguranja zdravstveno ispravne vode za piće u Hrvatskoj. Redovito se provode analize zdravstvene ispravnosti **hrane** domaćeg podrijetla i iz uvoza. Smanjuje se udio mikrobiološki zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica (u 2010. godine 7%), a mali je udio kemijski zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica (5%). Sustavno praćenje **kakvoće zraka** u Hrvatskoj provodi se na postajama za praćenje kakvoće zraka, ali trenutno ne postoji kontinuirano analiziranje povezanosti razine i

vrste onečišćenja zraka i njegovih posljedica po ljudsko zdravlje. Nije razvijeno ni sustavno prikupljanje podataka o stanju tla i procjena njegova utjecaja na zdravlje.

Teret bolesti koje nosi stanovništvo Hrvatske govori da je ono prošlo kroz tzv. »**epidemiološku tranziciju**« iz vremena u kojima su najveći teret za stanovništvo bile zarazne bolesti, u sadašnje vrijeme u kojem su to postale kronične nezarazne bolesti.

Najveći doprinos teretu bolesti koje nosi stanovništvo danas daju **bolesti srca i krvnih žila** (dalje KVB) od kojih godišnje umire 25.631 osoba (14.702 žene i 10.929 muškaraca). Dobno-specifične stope smrtnosti za KVB povećavaju se s dobi, a više su u muškaraca nego u žena u svim dobnim skupinama. Intenzivnije povećanje smrtnosti počinje u dobi iznad 50 godina i raste prema najstarijim dobnim skupinama. Stope mortaliteta od KVB-a uglavnom su više u kontinentalnom, a niže u priobalnom dijelu Hrvatske, uz izuzetak Grada Zagreba i Međimurske županije koji imaju stope poput onih u priobalnim županijama. Dobno standardizirana stopa smrtnosti od KVB-a u Hrvatskoj smanjila se sa 486,2/100.000 u 2001. godini na 370,8/100.000 u 2010. godine, što je smanjenje od 23,7%. U skupini mlađih od 65 godina zabilježeno je veće smanjenje smrtnosti od 31,0%. Po smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila Hrvatska spada među zemlje u Europi koje imaju srednje visoke stope smrtnosti koje su značajno više od onih zabilježenih u zemljama starim članicama EU-a (174,6/100.000).

Među bolestima srca i krvnih žila vodeće su ishemijske bolesti srca (I20-I25) s udjelom od 21,6% i cerebrovaskularne bolesti (I60-I69) s udjelom od 14,6 u ukupnoj smrtnosti.

U posljednjih 10 godina vidljiv je pozitivan trend smanjenja za 18% stopa smrtnosti od **ishemijskih bolesti srca** (dalje IBS) za dob 0 – 64 godine (od 2001. godine s 39,6/100.000 na 32,5/100.000 u 2010. godini). Taj trend nije prisutan kada se analiziraju podaci za ukupno stanovništvo. Zabilježena standardizirana stopa smrtnosti od IBS-a za Hrvatsku od 164,2/100.000 viša je od prosjeka za »stare« zemlje članice EU-a (64,5/100.000), Slovenije (64,4/100.000), prosjeka za nove zemlje članice EU-a od 2004. godine (155,3/100.000), dok Češka (162,8 /100.000) ima neznatno nižu stopu od Hrvatske.

U posljednjih 10 godina postoji pozitivan trend smanjenja ukupne stope smrtnosti od **cerebrovaskularnih bolesti** za sve dobi za 27,9%. Trend smanjenja smrtnosti još je povoljniji za dob 0 – 64 godine u kojoj je od 2001. do 2010. godine stopa smrtnosti pala za 37,7% (sa 24,6/100.000 na 15,4/100.000).

Zloćudne novotvorine (rak) zauzimaju sve veći udio u teretu bolesti kojeg nosi stanovništvo i s udjelom od 26% svrstavaju se na drugo mjesto od svih uzroka smrti. Godišnje se zabilježi ukupno 21.199 novooboljelih od raka (nije uključen rak kože), a umre 13.315 osoba (podaci za 2009. godinu). Najčešća sijela raka u muškaraca su bronh i pluća (2.228 novih bolesnika godišnje), debelo crijevo (1.689 novih bolesnika), prostata (1.783 novih bolesnika) i usta, ždrijelo i grkljan (837 novih bolesnika).

U žena su najčešća sijela raka dojka (2.390 novih bolesnica), debelo crijevo (1.223 novih bolesnica godišnje), bronhi i pluća (708 bolesnica godišnje) te tijelo maternice (583 bolesnice godišnje).

Rak dojke najčešće je sijelo raka u žena prema incidenciji i mortalitetu. Incidencija raka dojke je u kontinuiranom porastu, dok je mortalitet nakon 2000. godine uglavnom konstantan. U usporedbi s ostalim europskim zemljama, Hrvatska je područje intermedijarne incidencije i mortaliteta od raka dojke. Trendovi mortaliteta su nepovoljniji od onih u zapadnoeuropskim zemljama gdje se jasni pad mortaliteta bilježi već od 1980-ih kao posljedica napretka u liječenju i uvođenja skrining programa. Hrvatski Nacionalni program ranog

otkrivanja raka dojke »Mamma« uveden je krajem 2006. godine i u prvom krugu programa, uz obuhvat ciljne skupine u dobi 50 – 69 godina od 63%, otkriveno je 1.586 karcinoma dojke. Uvođenje programa odrazilo se porastom incidencije, no još je prerano za uočavanje eventualnih utjecaja na smanjenje mortaliteta.

Rak pluća najčešće je sijelo raka i najčešći uzrok smrti od raka u muškaraca, a treće najčešće sijelo raka i drugi najčešći uzrok smrti od raka u žena. Premda u padu, stope incidencije i mortaliteta od raka pluća u muškaraca su među najvišima u Europi dok su u žena intermedijarne u usporedbi s ostalim europskim zemljama. I u Hrvatskoj se, kao i u drugim zemljama Europe, u žena bilježi povećanje incidencije i mortaliteta.

Debelo crijevo je drugo najčešće sijelo raka i u muškaraca i u žena u Hrvatskoj. U Hrvatskoj je incidencija raka debelog crijeva u muškaraca u porastu, a zabrinjava da smo jedna od rijetkih zemalja u Europi u kojoj se bilježi i porast mortaliteta od raka debelog crijeva u muškaraca. Incidencija i mortalitet u žena u posljednjih deset godina su stabilni. Hrvatska se svrstava među pet zemalja s najvišim mortalitetom od raka debelog crijeva u Europi i u skupini muškaraca i žena. Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva uveden je u Hrvatskoj 2007. Godine, no njegovi eventualni učinci na smrtnost očekuju se nakon 5-10 godina od uvođenja programa.

Unatoč dugoj tradiciji probira na **rak vrata maternice**, u posljednjem desetljeću više ne bilježimo značajno smanjenje incidencije raka vrata maternice te je ona, iako niža od zemalja u regiji, još uvijek dvostruko viša od one u razvijenim zemljama. Iako se bilježe niske stope smrtnosti, s obzirom na postojanje učinkovite metode probira, ovaj problem ne smije se zanemariti.

Ozljede se nalaze na trećem mjestu uzroka smrti u Hrvatskoj s ukupno 2.968 umrlih godišnje i udjelom od 5,7% u ukupnoj smrtnosti. Od ozljeda umire više muškaraca nego žena (omjer 2,1:1). Dobno-standardizirane stope smrtnosti od ozljeda za Hrvatsku u 2010. godini iznosile su 59,9/100 000. Najniže dobno-standardizirane stope smrtnosti zabilježene su u Splitsko-dalmatinskoj županiji (47,7/100.000) te u Gradu Zagrebu (48,1/100.000) dok najviše stope imaju Krapinsko-zagorska (85,7/100.000) te Virovitičko-podravska županija (76,9/100.000). Važnost ozljeda kao jednog od vodećih javnozdravstvenih problema je u tome što su one vodeći uzrok smrti u djece i mladih osoba. Vodeći vanjski uzroci smrti od ozljeda su padovi (36%), samoubojstva (26%) i prometne nesreće (17%). Djeca i mlađe osobe (0 – 39 g.) umiru najviše uslijed prometnih nesreća, osobe srednje dobi (40 – 64 g.) najviše uslijed samoubojstava, dok je u starijih osoba pad vodeći vanjski uzrok smrti. Standardizirane stope smrtnosti od ozljeda za Hrvatsku više su od onih u zemljama starim članicama EU, u kojima se, za razliku od Hrvatske, bilježi pad smrtnosti zbog ozljeda.

Padovi su vodeći uzrok hospitalizacija zbog ozljeda s udjelom 41% u svim hospitalizacijama zbog ozljeda što znači da je skoro svaka treća hospitalizacija zbog ozljede uzrokovana padom. U starijih osoba (65 i više godina) koje su liječene u bolnici zbog ozljeda, polovica hospitalizacija otpada na ozljede nastale kao posljedica pada. Omjer stopa hospitalizacija od ozljeda između muškaraca i žena iznosi 1,6:1.

Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog **samoubojstava** u Hrvatskoj od 1998. godine bilježe kontinuirano smanjenje. Županije priobalnog dijela bilježe značajno niže stope od pojedinih županija kontinentalnog dijela. Hrvatska bilježi više stope smrtnosti zbog samoubojstava od starih članica EU-a, dok zemlje članice EU-a od 2004. bilježe podjednake stope za sve dobi te više stope za dob 0 – 64 godine.

Od **prometnih nesreća** godišnje umre 13.815 osoba, od kojih je gotovo četiri puta više muškaraca u odnosu na žene. Najviše stope smrtnosti bilježe se u dobi iznad 65 godina (19/100.000) te u dobi 15-24 godine (12,3/100.000). U razdoblju 2001. – 2010. standardizirane stope smrtnosti zbog prometnih nesreća s motornim vozilima u Hrvatskoj bile su više od prosjeka za »stare« članice EU-a, Slovenije, Češke i prosjeka za članica EU-a od 2004. godine. Ohrabruje smanjenje stopa za Hrvatsku tijekom 2009. (11,57/100.000) i 2010. (9,59/100.000) godine.

Mentalni/duševni poremećaji uzrokovani alkoholom, shizofrenija, depresivni poremećaji i reakcije na teški stres uključujući posttraumatski stresni poremećaj, kao pojedinačne dijagnostičke kategorije, predstavljaju dvije trećine svih uzroka bolničkog pobola zbog mentalnih poremećaja. Procijenjena prevalencija **shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja** iznosi 5,3/1.000 stanovnika starijih od 15 godina. U dugogodišnjem razdoblju vidljive su promjene u načinu hospitaliziranja; porast broja primljenih i otpuštenih osoba s učestalijim i kraćim hospitalizacijama. Broj cjelogodišnje hospitaliziranih osoba značajno je smanjen, a također i ukupna duljina trajanja liječenja kod osoba s rotirajućim hospitalizacijama. Prema korištenju dana bolničkog liječenja shizofrenija još uvijek prednjači s udjelom oko 30%.

Prema procjenama izgubljenih godina života usklađenih s dizabilitetom (dalje DALY) za Hrvatsku, **unipolarni depresivni poremećaji** zauzimaju visoko 3. mjesto od svih promatranih entiteta. Bilježi se uzlazni trend depresivnih poremećaja u bolničkom pobolu sa značajnim porastom stope hospitalizacija. Stope hospitalizacija u svim dobnim skupinama više su u žena.

Alzheimerova i druge demencije se nalaze na 7. mjestu vodećih pojedinačnih dijagnostičkih kategorija prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku s udjelom od 2,6% od ukupne stope DALY. Prema dostupnim podacima, procijenjena prevalencija osoba sa srednjom i teškom demencijom je 0,9-1,0% ukupnog stanovništva u Hrvatskoj što je u okviru procjena za Europu. Zbog trenda starenja stanovništva u budućnosti se može očekivati rast ovog problema.

Najvažnije **odrednice zdravlja** u Hrvatskoj vezane su uz bihevioralne rizične čimbenike kao što su nepravilna prehrana, tjelesna neaktivnost, prekomjerna tjelesna masa i pretilost, a tome treba dodati pušenje, alkoholizam i zloupotrebu opojnih droga.

Rezultati Hrvatske zdravstvene ankete (HZA) iz 2003. pokazali su da 15,9% odrasle populacije (20,2% muškaraca i 12,1% žena) ima **loše prehrambene navike**. Prehranu u Hrvatskoj karakterizira energetska neuravnoteženost, preveliki unos masti i rafiniranih ugljikohidrata te nedovoljna potrošnja povrća i voća. Posebno brinu loše prehrambene navike mladih. Podaci istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) pokazuju da radnim danom uvijek doručkuje svega 59% učenika i 54% učenica. Porastom dobi sve se manje doručkuje, a djevojčice doručkuju rjeđe od dječaka. Konzumacija voća i povrća kod najvećeg dijela mladih ne zadovoljava stručne preporuke.

Rezultati HZA-e pokazali su da je ukupno 30,5% hrvatskih građana starijih od 18 godina **fizički neaktivno**, s podjednakom prevalencijom u muškaraca (28,9%) i žena (31,9%). Bolja situacija nije prisutna ni u djece školske dobi koja su umjereno aktivna u prosjeku samo 4,2 dana u tjednu (4,6 dana dječaci i 3,8 dana djevojčice). Posebno zabrinjava činjenica da je, prema istraživanju o tjelesnoj aktivnosti hrvatskog stanovništva, najniža razina tjelesne aktivnosti utvrđena u dobnj skupini 15-24 godine.

Ne čudi stoga da rezultati HZA-e pokazuju da **prekomjernu tjelesnu masu** (ITM > 25 kg/m²) ima više od 60% muškaraca i 50% žena u dobi starijoj od 18 godina što Hrvatsku svrstava u skupinu zemalja s vrlo visokom prevalencijom prekomjerne tjelesne mase. Povećanu tjelesnu masu u Hrvatskoj ima 20% muškaraca u dobi do 24 godine, više od trećine muškaraca u dobi od 25 do 34 godine te gotovo polovica muškaraca iznad 35 godina života. Povećanu tjelesnu masu ima manje od 10% najmlađih žena, ali se taj udio značajno povećava nakon 25. godine te je oko 40% žena u dobi od 45 godina ili starijih s povećanom tjelesnom masom. **Pretili** osobe (ITM > 30 kg/m²) čine oko 20% odraslog stanovništva u Hrvatskoj, s otprilike podjednako zastupljenim spolovima (20,1% muškaraca i 20,6% žena). Usporedbe radi, u Sloveniji je niži udio pretilih i među muškarcima (16,5%) i među ženama (13,8%). U Hrvatskoj udio pretilih raste s dobi. Više od 40% odraslih ima visceralni tip debljine (opseg struka > 102 cm kod muškaraca odnosno > 88 cm kod žena, kriteriji SZO-a) koji je sam po sebi značajan rizik za razvoj endokrinih bolesti i KVB-a.

Problem prekomjerne tjelesne mase i pretilosti u značajnoj mjeri prisutan je i u djece školske dobi. U razdoblju od 2005. do 2009. godine 26,4% pregledane školske djece imalo je prekomjernu tjelesnu masu, od čega je 15,2% bilo preuhranjeno (tj. s povećanom tjelesnom masom), a 11,2% pretilo.

Značajan porast prevalencije prekomjerne tjelesne mase među djecom i odraslim stanovništvom svrstava Hrvatsku među vodeće zemlje po prevalenciji prekomjerne tjelesne mase u Europi, ali i u svijetu.

Među odrednicama zdravlja valja spomenuti bolesti koje su povezane s prethodno opisanim rizicima, ali i same predstavljaju rizik za razvoj bolesti srca i krvnih žila, zatajenja bubrega, sljepoće i sl.

Prevalencija **arterijske hipertenzije** (dalje AH) zabilježena u istraživanju HZA-e u muškaraca bila je 45,6%, a u žena 43% (kriteriji: uzima terapiju ili sistolički tlak > 140 mmHg ili dijastolički tlak > 90 mmHg). Prevalencija AH-a povećava se s dobi i najveća je u onih iznad 65 godina. Prema rezultatima istraživanja provedenih u Hrvatskoj, svega 58,6 % ispitanika svjesno je svog AH-a, od njih se liječi 48,4 %, a samo 14,8 % njih ima kontrolirani tlak.

Prevalencija **šećerne bolesti** u dobnoj skupini od 18 – 65 godina je 6,1%, dok je u starijoj dobi 15-20%, tako da se ukupna prevalencija procjenjuje na oko 9,2% u osoba starosti od 20 do 80 godina. Prema podacima CroDiab registra, od svih oboljelih, njih oko 92% ima tip 2 bolesti, 7% tip 1 bolesti dok je tek oko 1% bolesnika s drugim tipom bolesti. Standardizirana incidencija tipa 1 bolesti u dobnoj skupini 0 – 14 godina iznosi 8,87/100.000, s trendom povećanja incidencije od 9% godišnje posljednjih godina. Prosječna dob bolesnika s tipom 2 bolesti je 57 godina, uz trajanje bolesti oko 7 godina. Zabrinjavajuće je da veliki broj bolesnika ne dostiže ciljne vrijednosti najznačajnijih metaboličkih parametara, rizičnih čimbenika za razvoj kasnih komplikacija bolesti. U 56% bolesnika s tipom 2 bolesti postoje kronične komplikacije, od kojih su najčešće retinopatija (32%) i periferna neuropatija (31%). Moždani udar imalo je gotovo 7% bolesnika, a gotovo 5% srčani udar ili koronarnu prenosnicu/angioplastiku. Amputacija je provedena u 2,3% bolesnika, terminalnu fazu bubrežne bolesti ima 0,7%, a slijepo je 1,6% bolesnika. U Republici Hrvatskoj u 2010. godini smrt 1.879 muškaraca i 1.804 žene u dobnoj skupini 20 – 79 godina bila je pripisiva šećernoj bolesti. Dobno standardizirana stopa smrtnosti od šećerne bolesti u 2010. godini za Hrvatsku (20,2/100.000) bila je znatno veća od prosjeka za zemlje članice EU do 2004. godine i za one zemlje koje su od tada pristupile Europskoj uniji kao i od Češke i Slovenije.

Prema procjenama SZO-a, **pušenje** je u Hrvatskoj vodeći uzrok opterećenja bolestima s udjelom od 15,8% od cjelokupne stope DALY. Prema podacima HZA-e iz 2003., u Hrvatskoj je pušilo 27,4% osoba (33,8% muškaraca i 21,7% žena) u dobi 18 i više godina što je više od prevalecije pušenja u državama članicama EU-a prije 2004. godine (25,6%) kao i u novim članicama (25,4%). Procjenjuje se da od bolesti vezanih uz pušenje u Hrvatskoj godišnje umire više od 9.000 ljudi ili svaka šesta umrla osoba. Prema podacima istraživanja ESPAD-a (engl. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) iz 2007. godine, u posljednjih mjesec dana pušilo je 38% dječaka i jednaki postotak djevojčica, a eksperimentiranje s duhanom započinje u sve ranijoj dobi. Prema podacima Svjetskog istraživanja o uporabi duhana u mladih (GYTS, 2007.), u Hrvatskoj je u dobi od 13 – 15 godina, 67,1 % učenika probalo pušiti ili je eksperimentiralo s cigaretama.

Prema bazi podataka SZO-a registrirana potrošnja čistog **alkohola** u Hrvatskoj za 2009. godinu bila je 12,8 litara po stanovniku, dok je prosjek Europske unije procijenjen na 12,5 litara. U razdoblju 2000. – 2009. registrirana potrošnja alkohola u Hrvatskoj postupno se povećavala. Zloupotreba alkohola uzrokuje gubitak 2748 DALY-a na 100.000 stanovnika za muškarce, odnosno sudjeluje sa 17% u ukupnoj stopi DALY za muškarce. Za žene se procjenjuje udio od 5% DALY, odnosno 599 na 100.000 stanovnika godina života izgubljenih zbog prijevremene smrti i sa smanjenom kvalitetom života. Smrti povezane s alkoholom procjenjuju se na 92/100.000 stanovnika, odnosno 17% od ukupnih smrti za muškarce, a za žene na 21/100.000 stanovnika, odnosno 9% smrti. S obzirom na smrtnost od kronične bolesti jetre i ciroze u muškaraca, Hrvatska ima višu stopu od »starih« članica EU-a i Češke. Godišnje se u Hrvatskoj hospitalizira oko 8500 muškaraca i oko 1200 žena zbog problema s alkoholom. Najveći je broj hospitalizacija u dobnoj skupini 50 – 59 godina, slijedi dobna skupina 40 – 49 godina. Alkohol je značajan problem i mladog stanovništva što pokazuju rezultati istraživanja prema kojima su svaki drugi dječak i svaka četvrta djevojčica pili alkohol 40 i više puta u životu do dobi 15 – 16 godina. Više od 5 pića u jednoj epizodi pijenja u posljednjih mjesec dana pilo je 59% dječaka i 48% djevojčica. Za oba pokazatelja trendovi su u porastu.

U zdravstvenim ustanovama Hrvatske, bilo u bolničkom ili izvanbolničkom sustavu, godišnje se zbog **zloupotrebe droga** liječi oko 7.500 osoba. Ukupan broj osoba u tretmanu je u posljednjih godina uglavnom stabilan, no broj novih osoba u sustavu se smanjuje. Osobito je uočljivo smanjenje broja novih ovisnika o heroinu što je sukladno trendovima u zemljama zapadne Europe i SAD-a. Najviša stopa liječenih ovisnika zabilježena je u Istarskoj županiji, slijede Zadarska, Grad Zagreb, Šibensko-kninska, Dubrovačko-neretvanska, Splitsko-dalmatinska te Primorsko-goranska županija, dok su ostale županije imale stope niže od hrvatskog prosjeka (253,0/100.000).

Pojedinim skupinama stanovništva potrebno je posvetiti posebnu pažnju u planiranju zdravstvene zaštite. Razlog za to može biti njihova dob zbog koje imaju povećane zdravstvene potrebe, njihov položaj u društvu ili naprosto geografsko područje u kojem žive zbog kojeg im je otežana dostupnost zdravstvene zaštite.

Djeca i mladi smatraju se često najzdravijim dijelom populacije, koji ne zahtijeva posebnu zdravstvenu skrb – više ne boluju od potencijalno teških bolesti dojenačke dobi i ranog djetinjstva, a još nisu počeli razvijati kronične bolesti pogubne za srednju i stariju dob. No, upravo je razdoblje intenzivnog rasta i sazrijevanja kritično i rizično ne samo zbog izravnih rizika po zdravlje već zbog neizravnih mogućih utjecaja mladalačkih potencijalno štetnih navika i neopreznih ponašanja. Među bolestima zbog kojih djeca i mladi najčešće traže pomoć u ambulantom primarne zdravstvene zaštite

prevladavaju bolesti dišnog sustava – 514.000 oboljenja djece do šest godina i 524.000 u dobi 7 – 19 godina. Pojava alergijskih bolesti koje se očituju kao alergije dišnoga sustava ili kožne alergije sve je učestalija u posljednjim godinama. Bolničko liječenje u toj dobi najčešće je potrebno zbog bolesti dišnog sustava, a među njima zbog kroničnih bolesti tonzila i adenoida. Slijede ih hospitalizacije zbog ozljeda. U dobi 1 – 19 godina bilježe se niske stope smrtnosti, a prevladavaju smrti od nesreća, malignomi, kongenitalne anomalije i neurološke bolesti i oštećenja. Iako je smrtnost u ovoj dobi niska, preventivnim djelovanjem bi se moglo postići da bude još niža, prije svega vezano uz ozljede čija je učestalost veća u dječaka nego u djevojčica (3:1).

Starija dob vrijeme je u kojem dominiraju kronične degenerativne bolesti koje dovode do smanjenja funkcionalne sposobnosti starijih osoba. Najučestalije zabilježene bolesti u starijih osoba su: hipertenzivna bolest, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, srčane bolesti, akutna infekcija gornjih dišnih ustava i šećerna bolest. Starije osobe u značajnoj mjeri koriste zdravstveni sustav. Primjerice, od svih otpusta iz bolnica u Hrvatskoj 30% njih odnosi se na osobe starije od 65 godina. Vodeći uzroci hospitalizacija starijih ljudi su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti oka i očnih adneksa, bolesti dišnog sustava te ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka. Stopa hospitalizacije žena > 65 godina je 235/1000, a muškaraca > 65 godina 317/1000. Očuvanje i unapređenje funkcionalne sposobnosti starijih osoba jedan je od ciljeva zdravstvene zaštite starijeg stanovništva i preduvjet održivog razvoja zdravstvenog sustava.

Podaci o funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba na razini RH dostupni su jedino iz Registra osoba s invaliditetom prema kojem je registrirano 197 564 osoba starijih od 65 godina koji čine 38% od 519.199 osoba s invaliditetom u RH. Osobe s invaliditetom čine oko 11,7% ukupnog stanovništva RH, a prevalencija invaliditeta u dobnoj skupini 65+ je 28,5%. Među invalidnim osobama više je onih muškoga spola (60%) u odnosu na žene (40%). Ukupno najveći broj invalidnih osoba registriran je u Gradu Zagrebu i Splitsko dalmatinskoj županiji (30% od ukupno registriranih osoba s invaliditetom). U odnosu na broj stanovnika, prevalencija invalidnosti najviša je u Krapinsko-zagorskoj županiji (16%), a najniža u Istarskoj županiji (6,7%). Najčešća oštećenja koja uzrokuju invalidnost su oštećenje lokomotornog sustava, duševni poremećaji, oštećenja drugih organa i organskih sustava te oštećenja središnjeg živčanog sustava. U razdoblju od 2005. do 2010. godine broj svih invalidskih mirovina ostvarenih prema Zakonu o mirovinskom osiguranju povećao se za 8%. U ožujku 2011., prosječna dob pri umirovljenju iznosila je 52 godine i 6 mjeseci, a 43% svih korisnika invalidskih mirovina bilo je mlađe od 59 godina. U 2005. godini u EU27 udio izdataka za invalidske mirovine u ukupnim mirovinskim izdacima činio je 15,9%, a u Republici Hrvatskoj 26,2%.

I skupina hrvatskih branitelja predstavlja posebnu skupinu stanovništva za koju treba promišljati mjere zdravstvene zaštite. Na žalost, za sada se istraživanja o zdravstvenom stanju **hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata** ne provodi sustavno u okviru rutinske zdravstvene statistike. Temeljem dostupnih podataka o korištenju bolničke zdravstvene zaštite, najčešći uzroci hospitalizacije branitelja i članova njihove obitelji su: duševni poremećaji i poremećaji ponašanja s udjelom od 76,6% ukupno hospitaliziranih branitelja, zatim slijede bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (6,9%) te ozljede, otrovanja i posljedice vanjskih uzroka (4%). U bazi Registra osoba s invaliditetom nalaze se podaci za 24.556 branitelja kod kojih je PTSP uzrok invaliditeta ili je komorbiditetna dijagnoza koja pridonosi funkcionalnom oštećenju osobe.

Posebnu pažnju treba usmjeriti **zdravlju romskog stanovništva**. Zbog visoke stope nezaposlenosti vrlo mali broj radno sposobne romske populacije je aktivno osiguran. Posredovanjem županija određeni broj Roma ostvaruje zdravstvenu zaštitu na teret proračunskih sredstava. Prema dostupnim istraživanjima, dojenačka smrtnost 3 – 4 puta je viša u romskoj u odnosu na neromsku populaciju. Posebnu pažnju treba posvetiti očuvanju i unapređenju zdravlja djece iz romskih populacija. Zavodi za javno zdravstvo i dalje moraju provjeravati cjepni status romske djece i po potrebi provoditi dopunska cijepljenja. Zdravstveni nadzor nad školskom djecom provode specijalisti školske medicine te su sva romska školska djece procijepljena u zadovoljavajućem obuhvatu, ali bez istih mjera ostaju ona romska djeca koja napuštaju osnovnoškolsko obrazovanje.

Ruralna populacija ima specifične potrebe zdravstvene zaštite, no podaci o ruralnom zdravlju i zdravstvenoj zaštiti ruralne populacije uglavnom se slabo prikupljaju i analiziraju. Prema postojećim istraživanjima, ruralno-urbane razlike u percepciji troškova potrebnih za posjetu liječniku u Hrvatskoj su gotovo dva puta veće nego u zemljama EU-a. Udaljenost zdravstvenih ustanova je problem s kojim se stanovnici seoskih područja češće susreću, a zbog toga su i opterećeniji troškovima posjeta liječniku. **Otoci** su posebnost Hrvatske u svakom smislu pa i u organizaciji zdravstva. Hrvatska ima 1.185 otoka, otočića i hridi od kojih 48 stalno naseljenih. Najveći su problem otoci s nekoliko stotina stanovnika ili manje jer je zdravstvena zaštita na njima svedena na povremene dolaske liječnika, uz otežanu opskrbu lijekovima i otežan transport u slučaju hitnosti. Za poboljšanje demografske slike otoka potrebno je planirano ulaganje u društvenu infrastrukturu, pri čemu zdravstvo zauzima vodeće mjesto.

3. STANJE I TRENDOVI U ZDRAVSTVU REPUBLIKE HRVATSKE

3.1. Makroekonomski okvir

Za analizu bilo kojeg ekonomskog ili društvenog segmenta neke zemlje potrebno je uzeti u obzir makro okolinu u kojoj djeluje. Iz tog razloga u nastavku slijedi identificiranje međunarodnih (globalnih) utjecaja i odrednica razvoja zdravstvenih sustava te analiza odabranih makroekonomskih pokazatelja hrvatskog gospodarstva kako bi se identificirale osnovne značajke i anticipirali potencijalni pravci i ograničenja budućeg razvoja.

3.1.1. Globalizacija zdravlja

Danas je zdravlje u središtu nacionalnih i međunarodnih politika i strategija razvoja. Iako je suština mnogih problema vezanih uz zdravlje i šire područje zdravstva u današnjim uvjetima globalizacije identična onoj u prošlosti, ono što je različito jest kontekst, odnosno okruženje. Prilikom razvijanja politika zdravstva zemlje sve više uzimaju u obzir širi međunarodni kontekst. Došlo je do globalizacije zdravlja kao posljedice jače suradnje na području prevencije i kontrole bolesti i prihvaćeno je stajalište da globalizacija svjetske ekonomije utječe na razvoj globalizacije zdravlja pa se tako razvio i novi pojam »globalnog zdravlja«. Suočavanje s problemima zdravstva na globalnoj razini važno je s aspekta osiguravanja nacionalne sigurnosti, stvaranja ekonomskog blagostanja i rasta te poticanja razvoja zemalja i regija. Ratovi, javni nemiri i prirodne katastrofe predstavljaju prijetnju sigurnosti javnog zdravstva. Prisilne migracije, gubitak doma i osnovnih uvjeta za zdrav život vode do pojave različitih zaraza i bolesti. Globalna tržišta, globalna komunikacija i

razmjena informacija, globalna mobilnost, globalne ekološke i klimatske promjene ključni su elementi procesa globalizacije, a koji ujedno predstavljaju i odrednice globalnog zdravlja. Posljednja dva desetljeća obilježena su intenzivnim razvojem vanjskih politika i diplomatskih odnosa na području zdravstva uslijed pojave različitih prijetnji zdravlju, uključujući HIV/AIDS, tuberkulozu, pandemijske gripe i druge bolesti. Političke i ekonomske implikacije spomenutih prijetnji učinile su nužnim izradu nacionalnih politika i međunarodno djelovanje. Globalni zdravstveni sustav pod utjecajem je suprotstavljenih interesa na području zdravstva i gospodarstva, osobito trgovine i zdravstva pa se, primjerice, nerijetko spominju problemi povezani s djelovanjem i pravilima Svjetske trgovinske organizacije na području sigurnosti hrane, tehničkih prepreka trgovini i prava intelektualnog vlasništva.

Razvijanje međunarodnih politika i odnosa postalo je nužnost uslijed povećanih prijetnji i brzine širenja zaraza te potrebe brzih reakcija kako bi se spriječile negativne posljedice. Koordinacija politika i suradnja zemalja smatra se prioritetom pri izgradnji nacionalnih politika zdravstvenog sustava i kreiranja globalne strategije zdravstva. Međutim, uslijed nedostatka strateškog planiranja mnoge su se zemlje našle u teškoćama zbog otežanog ostvarivanja konvergencije politike međunarodnih odnosa i politike zdravstva. Kako bi se ostvarila poboljšanja u promišljanju i planiranju globalnog zdravstvenog sustava, zemlje moraju voditi računa o sljedećem: političkoj obvezi i vodstvu, ekonomskom kapitalu, koordinaciji upravljanja, usklađenosti politika i razvijanju kapaciteta sustava javnog zdravstva.

3.1.2 Povezanost zdravlja, sustava zdravstva i razvoja gospodarstva

Zdravlje i gospodarstvo samo su naizgled dvije zasebne i potpuno različite kategorije. Ipak, zdravlje je ljudi zapravo temeljni motiv, ali i preduvjet djelovanja gospodarstva. Stanje gospodarstva neke zemlje ovisi o brojnim čimbenicima, između ostalog i opskrbljenosti ljudskim kapitalom. Ljudski kapital je povezan sa zdravljem ljudi jer zdrav pojedinac može maksimalno iskoristiti svoj radni potencijal i povećati produktivnost. Zdravlje može utjecati na gospodarstvo zemlje kroz četiri kanala: (1) produktivnost, (2) ponudu rada, (3) obrazovanje i (4) štednju raspoloživu za ulaganje u fizički i intelektualni kapital. Istovremeno, stanje gospodarstva utječe na zdravlje ljudi. Nadalje, može se razlikovati zdravlje kao potrošno dobro i zdravlje kao kapitalno dobro. Kada se na zdravlje gleda kao na potrošno dobro, tada ono ima izravan utjecaj na pojedinca, budući da ljudi žele biti zdravi. Kao kapitalno dobro, zdravlje ima utjecaj na pojedinca i na cjelokupno tržište jer se smatra da zdravi ljudi manje vremena provode na bolovanju, odnosno sposobni su za rad i obavljanje radnih aktivnosti izravno i neizravno povezanih s tržištem. Pretpostavka je da više rada povećava dohodak i zadovoljstvo. Pojedinci su ti koji potražuju, ali i »proizvode« zdravlje. Veza između zdravlja i gospodarstva može se objasniti i putem kanala štednje i ulaganja uzimajući u obzir očekivani životni vijek. One zemlje u kojima je stanovništvo zdravo i životni vijek stanovništva duži, vjerojatnije će imati veću štednju, a time i veću motivaciju za ulaganja u fizički i intelektualni kapital od zemalja u kojima je zdravlje ljudi ugroženo ili narušeno, a životni vijek relativno kratak.

Zdravstveni sustav utječe i na konkurentnost nekog gospodarstva budući da predstavlja jedan od čimbenika konkurentnosti. Prema Svjetskom ekonomskom forumu (engl. *World Economic Forum* – WEF) konkurentnost se može definirati kao skup institucija, čimbenika i politika koji određuju stupanj produktivnosti zemlje te je identificirano ukupno dvanaest stupova konkurentnosti gdje jedan od stupova u dijelu osnovnih preduvjeta, odnosno ključnih

elemenata čini zdravstvo i osnovno obrazovanje (četvrti stup). U posljednjem izvješću (2010.-2011.), Hrvatska prema globalnom indeksu konkurentnosti zauzima 77. mjesto od 139 zemalja. Što se tiče konkretno četvrtog stupa (zdravstvo i osnovno obrazovanje), Hrvatska zauzima 48. mjesto od 139 zemalja.

Briga o javnom zdravlju i zdravstveni sustavi zemalja oblikovani su odlukama vlada i načinima provođenja tih odluka. U tom je smislu zdravstveni sustav rezultat odluka o načinu prikupljanja i raspodjele resursa, organizacije javnih dobara te upravljanja i organizacije radnih mjesta u zdravstvenim ustanovama. Utjecaj zdravlja na mogućnosti razvoja zemlje je nedvojen. Zemlje sa slabije razvijenim obrazovnim i zdravstvenim sustavima teže ostvaruju održivi razvoj. Istraživanja su pokazala da je 10 postotno poboljšanje očekivanog životnog vijeka povezano s gospodarskim rastom od 0,3 do 0,4 postotnih bodova na godišnjoj razini.

3.1.3 Odabrani makroekonomski pokazatelji Republike Hrvatske

3.1.3.1 Ustroj, površina i položaj

Hrvatska ima ukupno 87.661 km² površine od čega je 65% kopna, a 35% teritorijalnog mora i unutarnjih morskih voda, od čega se 69,5% dužine morske obale odnosno 4.058 km odnosi na otoke. Gustoća stanovništva je 75,8 stanovnika/km². Republika Hrvatska ima 20 županija, 127 gradova i 429 općina. Prema popisu stanovnika iz 2001. godine, 48 je naseljenih otoka što predstavlja poseban izazov zdravstvenom sustavu, naročito u doba turističke sezone. Hrvatska s Italijom ima morsku granicu, kopneno graniči na sjeveru sa Slovenijom i Mađarskom, na istoku sa Srbijom, na jugu i istoku s Bosnom i Hercegovinom i Crnom Gorom.

3.1.3.2 Stanovništvo

Broj stanovnika Republike Hrvatske prema najnovijem popisu iz 2011. godine je 4.290.612 (Tablica 1). Od ukupnog broja stanovnika, 38% živi u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj, 33% u Panonskoj Hrvatskoj i 29% u Jadranskoj Hrvatskoj. Prema podacima Hrvatske turističke zajednice, tijekom 2011. godine Hrvatsku je posjetilo gotovo 10 milijuna stranih turista što stvara veliki pritisak na službe zdravstvene zaštite, osobito u priobalnom području i tijekom turističke sezone.

Najnaseljeniji je Grad Zagreb s 18% ukupnog broja stanovnika, zatim slijede Splitsko-dalmatinska županija s 11% te Zagrebačka, Osječko-baranjska i Primorsko-goranska s po 7% stanovnika te Istarska županija s 5% ukupnog broja stanovnika. Ličko-senjska županija ima najmanji broj stanovnika (1% ukupnog broja).

Tablica 1. Broj stanovnika Hrvatske 2011. Izvor: Državni zavod za statistiku, Popis 2011.

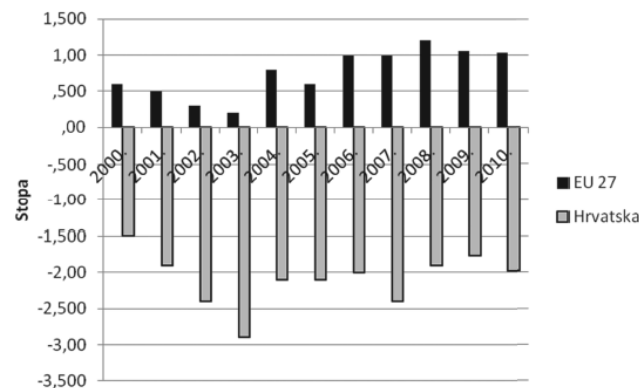
Područje	Broj stanovnika	Udio u ukupnom broju stanovnika (%)
Republika Hrvatska	4.290.612	100
Jadranska Hrvatska		
Primorsko-goranska županija	296.123	7
Ličko-senjska županija	51.022	1
Zadarska županija	170.398	4
Šibensko-kninska županija	109.320	3
Splitsko-dalmatinska županija	455.242	11
Istarska županija	208.440	5
Dubrovačko-neretvanska županija	122.783	3

Kontinentalna Hrvatska		
Grad Zagreb	792.875	18
Zagrebačka županija	317.642	7
Krapinsko-zagorska županija	133.064	3
Varaždinska županija	176.046	4
Koprivničko-križevačka županija	115.582	3
Međimurska županija	114.414	3
Bjelovarsko-bilogorska županija	119.743	3
Virovitičko-podravska županija	84.586	2
Požeško-slavonska županija	78.031	2
Brodsko-posavska županija	158.559	4
Osječko-baranjska županija	304.899	7
Vukovarsko-srijemska županija	180.117	4
Karlovačka županija	128.749	3
Sisačko-moslavačka županija	172.977	4

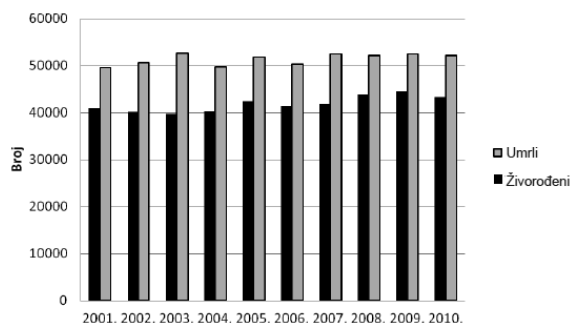
Izvor: Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2011. – prvi rezultati; izračun autora.

Stopa prirodnog prirasta u razdoblju 2001. – 2010. u Hrvatskoj je bila negativna, za razliku od prosjeka EU 27 koji je bio pozitivan (Slika 1). Godine 2010. stopa prirodnog prirasta na 1.000 stanovnika iznosila je -2,0, odnosno -8.735 osoba (Slika 2). Negativno prirodno kretanje pokazuje i vitalni indeks (živorođenih na 100 umrlih) koji je iste godine iznosio 83,2. Pozitivan prirodni prirast, odnosno vitalni indeks veći od 100, 2010. godine imale su samo Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska, Međimurska i Zadarska županija te Grad Zagreb. Prema podacima navedenima u Strategiji ruralnoga razvoja RH 2008.-2013., puno veći udjel stanovništva u dobi 65+ u ukupnom stanovništvu živi u značajno ruralnim i pretežito ruralnim regijama (npr. Sisako-moslavačkoj, Karlovačkoj, Ličko-senjskoj i Šibensko-kninskoj županiji) u usporedbi s uglavnom urbanim područjima.

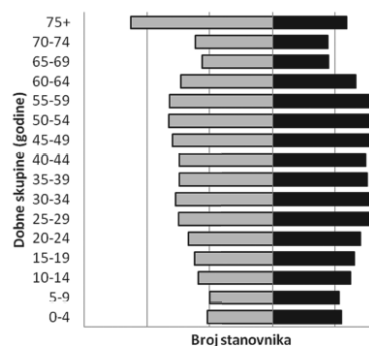
Što se tiče dobne strukture stanovništva, demografska piramida ukazuje na nezadovoljavajuću strukturu (Slika 3 i 4). Optimalni grafički prikaz trebao bi imati oblik piramide koja pokazuje najveći udio mladog i najmanji udio starog stanovništva što ovdje nije slučaj. Usporedbom Popisa stanovništva iz 2001. i 2011. godine, vidljivo je kako se povećao udio starog stanovništva (65+ godina) i to s 15,7 na 17,2 posto, a smanjio udio mladog stanovništva (0-14 godina) i to s 17,1 na 15,0 posto (Slika 5).



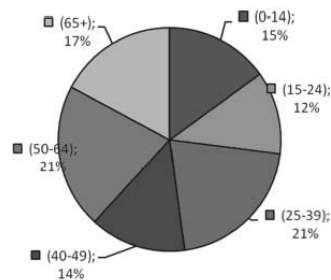
Slika 1. Stopa prirodnog prirasta u EU 27 i Hrvatskoj 2000.-2010. Izvor: Eurostat.



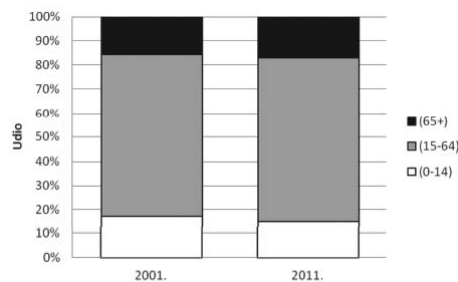
Slika 2. Prirodno kretanje stanovništva Hrvatske 2001. – 2010. godine. Izvor: Državni zavod za statistiku (2011.). Priopćenje 19. srpnja 2011., broj 7.1.1.



Slika 3. Stanovništvo prema spolu i starosti 2011. godine. Sivo – žene, crno – muškarci. Izvor: Državni zavod za statistiku (2012.). Mjesečno statističko izvješće 2.



Slika 4. Dobna struktura stanovništva Hrvatske u siječnju 2012. godine. Izvor: Državni zavod za statistiku (2012.). Popis stanovništva 2011. – prvi rezultati; izračun autora.



Slika 5. Usporedba dobne strukture prema popisima iz 2001. i 2011. godine (%). Izvor: Državni zavod za statistiku (2003.) Statistički ljetopis; Državni zavod za statistiku (2012.). Popis stanovništva 2011. – prvi rezultati; izračun autora.

Projekcije stanovništva Hrvatske izračunate su na temelju broja i strukture iz 2010. godine (Slika 6). Hrvatska je u 2010. godini imala vrlo staru dobnu strukturu stanovništva te se s medijalnom starošću od 41,5 godina svrstava među 10 najstarijih zemalja u svijetu.

Projekcije do 2020. učinjene su u konstantnoj varijanti, dakle pretpostavka je da neće biti velikih promjena u kretanju mortaliteta i fertiliteta od dosadašnjih te pod pretpostavkom nulte neto migracije i povećanja očekivanog trajanja života pri rođenju za 2-2,5 godine. Sažeto, rezultati demografskih projekcija pokazuju sljedeće:

- Hrvatska 2020. – nastavak sličnih (nepovoljnih) trendova – više od 20% populacije bit će u starijim dobnim skupinama: 65 i više godina, a medijalna starost populacije porast će za dvije godine na 43,5 godina,

- Vrlo je izgledno smanjenje broja stanovnika (vjerojatnost ostvarenja projekcije vrlo velika) – eventualno je moguć ostanak na istom broju stanovnika kao i u 2010. To bi bilo moguće u slučaju relativno visokih migracija – preko 150.000 viška doseljenih nad iseljenima u tom razdoblju, ili nešto manja pozitivna neto migracija uz značajno povećanje fertiliteta. (Obje varijante su malo vjerojatne.)

- Neće sve velike dobne skupine doživjeti pad do 2020. – očekuje se rast za više od 100.000 u apsolutnom iznosu starijeg dijela populacije (65+) odnosno za 13,5%

- Dječji kontingent (0-14) i radno sposobni dio populacije (15-64) će se smanjiti za 8 odnosno 6%

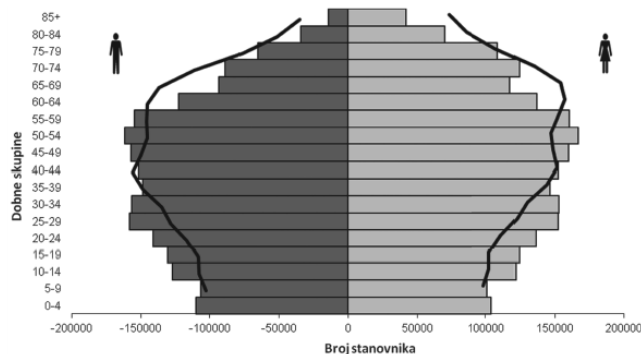
- Najveći pad do 2020. doživjet će mlađe dobne skupine (tinejdžeri) 10-14 i 15-19, ova potonja za čak 18,7%

- Najveći apsolutni pad doživjet će dobna skupina 25-29, za gotovo 57.000 stanovnika (moguć je i veći pad ako se nastave nepovoljni gospodarski trendovi i mlada populacija u većem broju emigrira u inozemstvo)

- Sve dobne skupine mlađe od 35 godina doživjet će apsolutni i relativni pad do 2020.

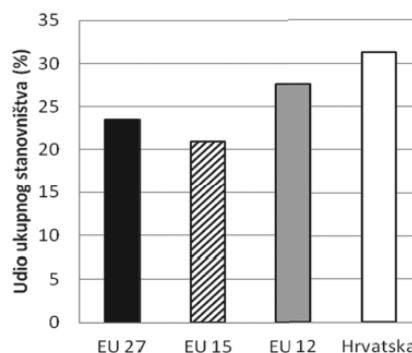
- Osim onih u kasnim 30-ima i ranim 40-ima, pad ukupnog broja stanovnika Hrvatske vrlo je izgledan za sve dobne skupine mlađe od 60 godina

- Sve starije dobne skupine, izuzev jedne (75-79, manje živoređenih za vrijeme drugog svjetskog rata), porast će, neke značajno, posebice najstariji stari (85+) čiji će udio porasti za gotovo 70% u promatranom desetogodišnjem razdoblju.



Slika 6. Demografska piramida Hrvatske za 2010. te projekcija za 2020 (crna linija). Izvor: Državni zavod za statistiku, izračun autora.

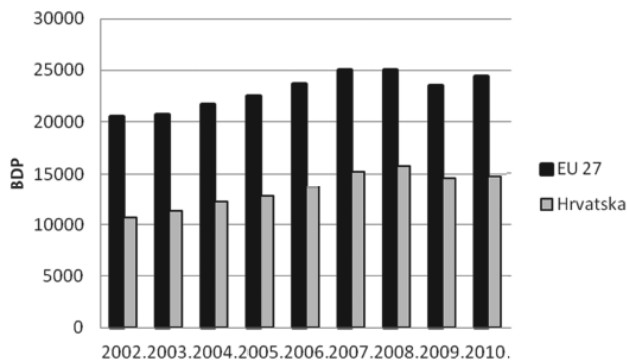
Potrebno je istaknuti kako je prema podacima Eurostata čak 31,3% ukupnog stanovništva Hrvatske u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (Slika 7).



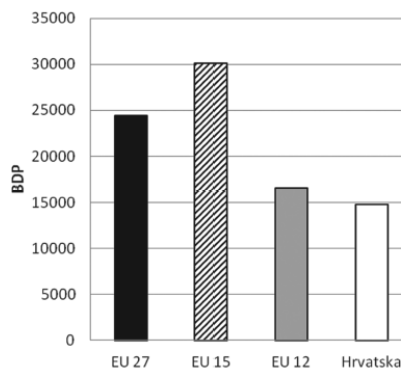
Slika 7. Građani u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u EU 27, EU 15, EU 12 i Hrvatskoj 2010. godine. Izvor: Eurostat.

3.1.3.3 Bruto domaći proizvod

Prema pokazatelju razine razvijenosti, odnosno standarda života, bruto domaćem proizvodu (BDP) *per capita*, Hrvatska značajno zaostaje za zemljama članicama EU-a (Slike 8 i 9). Gospodarska je kriza posljedično dovela do pada BDP-a i u zemljama EU-a i Hrvatskoj.



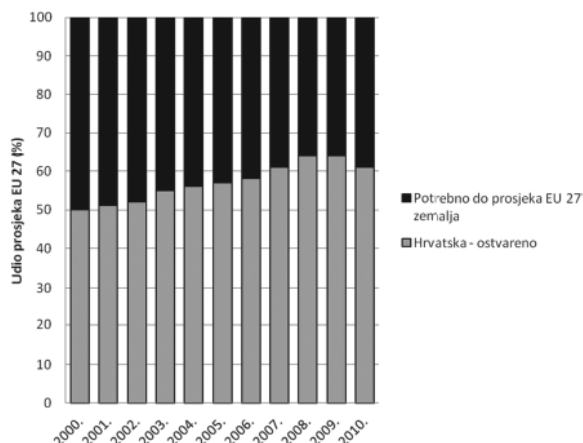
Slika 8. Bruto domaći proizvod (BDP) per capita (po paritetu kupovne moći) u EU 27 i Hrvatskoj 2002.-2010. godine. Izvor: Eurostat.



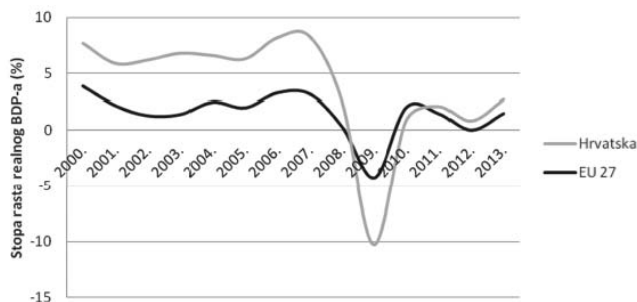
Slika 9. Bruto domaći proizvod (BDP) u tekućim cijenama (po paritetu kupovne moći) u EU 27, EU 15, EU 12 i Hrvatskoj 2002.-2010. godine. Izvor: Eurostat.

BDP *per capita* Hrvatske se povećavao od 2000. do 2008. kada je dosegao razinu od 64% BDP-a *per capita* zemalja EU27, ali nakon toga širenjem gospodarske krize stagnira te 2010. godine iznosi 61% BDP-a *per capita* zemalja EU27 (Slika 10). U razdoblju od 2000.

do 2013. godine, Hrvatska nije imala znatno više realne stope rasta BDP-a od prosjeka zemalja članica EU27 kojima nastoji konvergirati (Slika 11). Pad BDP-a uslijed krize nakon 2008. godine bio je u Hrvatskoj veći od prosjeka u zemljama EU27.



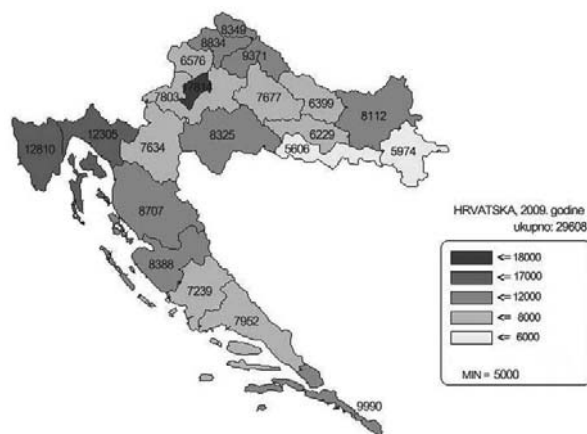
Slika 10. BDP per capita po paritetu kupovne moći u Hrvatskoj 2000.-2010. godine. Izvor: Eurostat.



Slika 11. Stopa rasta realnoga BDP-a u EU 27 i Hrvatskoj 2000.-2013. Procjena za 2012. i 2013. godinu. Izvor: Eurostat.

Bruto domaći proizvod Republike Hrvatske iznosio je 341.206 milijuna HRK 2011. godine (tržišne cijene), a što je porast u odnosu na 2010. godinu kada je iznosio 334.564 milijuna HRK (tržišne cijene).

Važno je istaknuti regionalne disproporcije Hrvatske što se tiče razine razvijenosti (Slika 12). Najslabije su razvijene županije Središnje i Istočne Hrvatske, a daleko najviši BDP *per capita* bilježi se u Gradu Zagrebu. BDP *per capita* iznad prosjeka Hrvatske imaju još Primorsko-goranska i Istarska županija. Na Grad Zagreb otpada više od trećine ostvarenog BDP-a, a sljedeće su Splitsko-dalmatinska (9%), Primorsko-goranska (8%) te Istarska, Osječko-baranjska i Zagrebačka županija (s po 6%). Najmanje, s po 1% u ukupnoj strukturi BDP-a sudjeluju Ličko-senjska, Virovitičko-podravski i Požeško-slavonska županija.

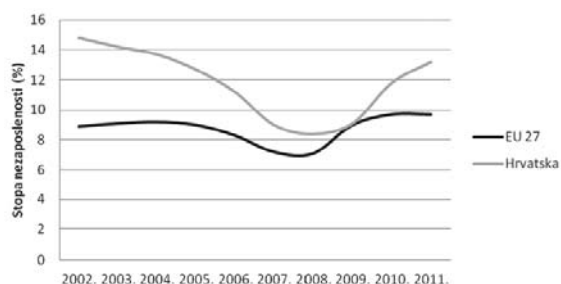


Slika 12. Bruto domaći proizvod (BDP) per capita (u EUR) po NUTS 2 regijama i županijama (EUR) 2009. Izvor: Državni zavod za statistiku (2012). Priopćenje od 14. ožujka 2012. Broj 12.1.2.

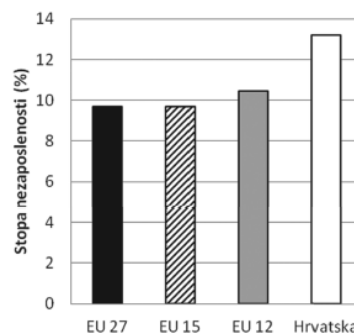
Zdravstvena zaštita i socijalna skrb je 2007. godine stvarala bruto dodanu vrijednost (BDV) od 11.778 milijuna HRK, odnosno 3,7% BDP-a. Javna uprava i obrana, obvezno socijalno osiguranje, obrazovanje te djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi 2009. godine stvorile su 43.057 milijuna HRK BDV-a. Godine 2010., javna uprava i obrana, socijalno osiguranje, obrazovanje, zdravstvena zaštita i socijalna skrb, ostale društvene, socijalne i osobne uslužne djelatnosti i djelatnosti kućanstava stvorile su 53.834 milijuna HRK BDV-a (ili 16,1% BDP-a).

3.1.3.4. Nezaposlenost i zaposlenost

U Hrvatskoj su prosječne stope nezaposlenosti više nego u zemljama EU 27, EU 15 ili EU 12 (Slike 13 i 14).

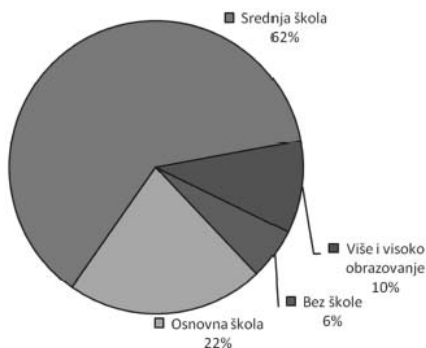


Slika 13. Stopa nezaposlenosti u EU 27 i Hrvatskoj 2002.-2011. godine. Izvor: Eurostat

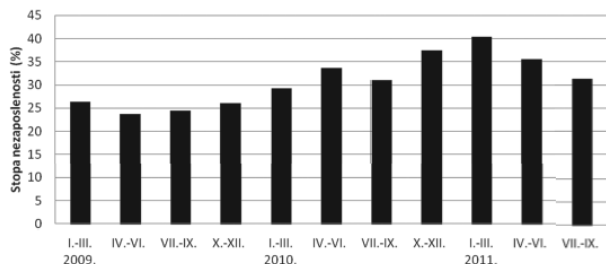


Slika 14. Stopa nezaposlenosti u EU 27, EU 15, EU 12 i Hrvatskoj 2011. godine. Izvor: Eurostat.

Najviše nezaposlenih u veljači 2012. je bilo bez škole, s osnovnom školom ili srednjom školom, ali i 10% ukupno nezaposlenih je onih s višom školom, fakultetom, akademijom, magisterijem ili doktoratom (Slika 15). Što se tiče stope nezaposlenosti, i Hrvatska ima problem identičan onom europskih zemalja: visoke stope nezaposlenosti mladih (Slika 16).

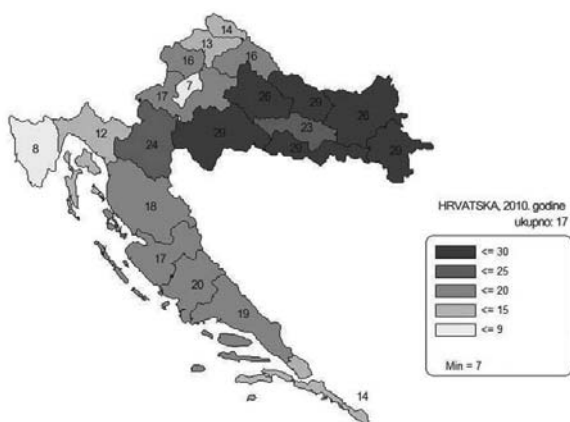


Slika 15. Nezaposlenost prema razini obrazovanja (veljača 2012. godine). Izvor: Državni zavod za statistiku (2012) Mjesečno statističko izvješće 2.



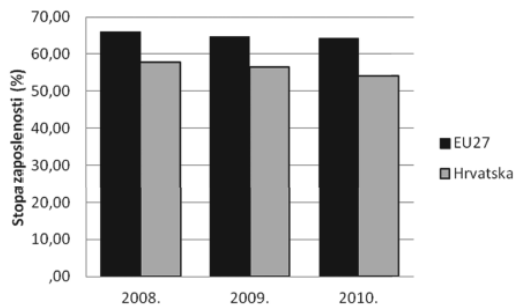
Slika 16. Stopa nezaposlenosti mladih 2009.-2011. godine (%). Izvor: Hrvatski zavod za zapošljavanje (2011.) Analitički bilten broj 4.

Nadalje, regionalne disproporcije u Hrvatskoj prisutne su i što se tiče stope nezaposlenosti (Slika 17) te je većina županija 2010. godine imala više stope nezaposlenosti od prosječne stope za Hrvatsku. Grad Zagreb ima najnižu stopu registrirane nezaposlenosti, a Brodsko-posavska, Vukovarsko-srijemska, Virovitičko-podravska i Sisačko-moslavačka županija najviše.



Slika 17. Stope registrirane nezaposlenosti po županijama 2010. (%). Izvor: Državni zavod za statistiku (2012) Mjesečno statističko izvješće 2.; Hrvatski zavod za zapošljavanje (2010) Analitički bilten broj 4.

Stopa zaposlenosti stanovništva u dobi od 15 do 64 godine, odnosno udio zaposlenih u stanovništvu smanjio se u razdoblju 2008.-2010. (Slika 18). Tako je 2008. godine iznosila 57,8%, a 2010. godine 54%. U istom razdoblju pala je stopa zaposlenosti i u zemljama EU 27, ali je 2010. godine ipak bila viša nego u Hrvatskoj i iznosila 64,2%.

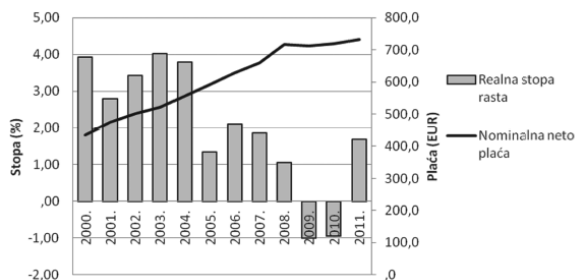


Slika 18. Stopa zaposlenosti u EU 27 i Hrvatskoj 2008.-2010. (%). Izvor: Hrvatski zavod za zapošljavanje (2011) Analitički bilten broj 2.

Od ukupno 1.689.181 zaposlenih osoba u siječnju 2012. godine, 82,6 % ih je zaposleno u pravnim osobama, 15,2% zaposleno ih je u obrtu i slobodnim profesijama, a 2,2% predstavlja zaposlene osiguranike poljoprivrednike. Od ukupno zaposlenih u pravnim osobama, 66.700 (6%) je zaposleno u djelatnosti zdravstvene zaštite. Od ukupno zaposlenih u obrtu i slobodnim profesijama (205.501), 12.243 (5,9%) je zaposleno u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. U ožujku 2012. godine zabilježeno je 415 traženih radnika u djelatnosti zdravstvene zaštite te 3.539 nezaposlenih iz iste djelatnosti. Nadalje, u siječnju 2012. godine zabilježeno je 3.951 registriranih pravnih osoba iz područja djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, od čega je 2.012 aktivno.

3.1.3.5 Plaće

Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenome u pravnim osobama u Hrvatskoj za 2011. godinu je iznosila 5.441 HRK. Najviša prosječna mjesečna isplaćena neto plaća je u sektorima informacija i komunikacija te financijskih djelatnosti i djelatnosti osiguranja. U djelatnosti zdravstvene zaštite prosječna mjesečna isplaćena neto plaća 2011. godine je bila 6.170 HRK, što je 0,8% više nego u 2010. godini. Iako su se prosječne nominalne plaće u razdoblju 2000. – 2011. povećavale, plaće su se realno smanjivale 2009. i 2010. godine (Slika 19). U Hrvatskoj je u veljači 2012. godine bilo 1.214.715 umirovljenika s prosječnom mirovinom (umanjenom za porez i prirez) od 2.341,26 HRK.

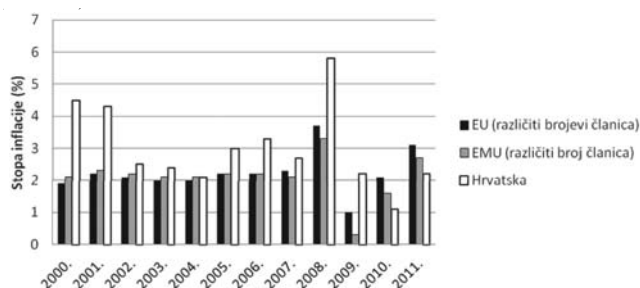


Slika 19. Prosječne nominalne plaće (EUR) i realna stopa rasta plaća (%) u Hrvatskoj 2000. – 2011. godine. Sivo – nominalna neto-plaća (EUR), Crno – realna stopa rasta (%). Izvor: Hrvatska narodna banka, baza podataka.

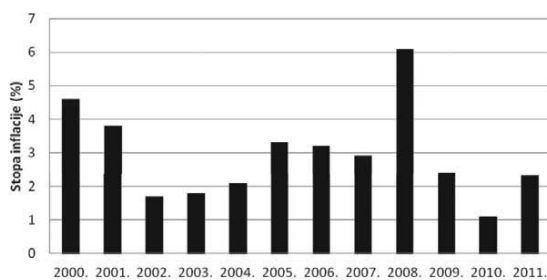
3.1.3.6 Inflacija i cijene

Stabilnost cijena smatra se nužnim uvjetom stabilnog razvoja, zaposlenosti te optimalne alokacije resursa. Stabilnost cijena je definirana kao godišnji porast harmoniziranog indeksa potrošačkih cijena za manje od 2%, dok donja granica nije eksplicitno navedena iako se i deflacija smatra kao odstupanje od cilja stabilnosti cijena.

Stopa inflacije u Hrvatskoj je niža 2010. i 2011. godine nego u zemljama EU-a i europske monetarne unije (EMU) (Slike 20 i 21).

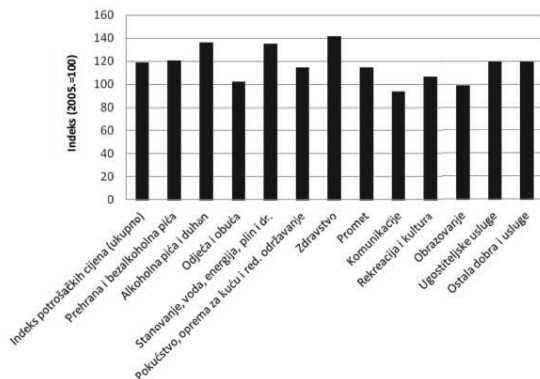


Slika 20. Inflacija mjerena harmoniziranim indeksom potrošačkih cijena u EU-u, EMU-u i Hrvatskoj 2000. – 2011. godine. Izvor: Eurostat.



Slika 21. Inflacija mjerena indeksom potrošačkih cijena u Hrvatskoj 2000. – 2011. Izvor: Hrvatska narodna banka, baza podataka.

Indeksi potrošačkih cijena 2011. (2005.=100) prikazuju značajan porast cijena u zdravstvu, 42% u odnosu na 2005. godinu, 36% porasta cijena alkoholnih pića i duhana te 35% porasta cijena stanovanja, vode, energije, plina i drugih goriva. Samo je energija poskupjela 30% 2011. godine u odnosu na 2005. godinu (Slika 22). Godine 2011. jedino su se smanjile cijene komunikacija i obrazovanja u odnosu na 2005. godinu.

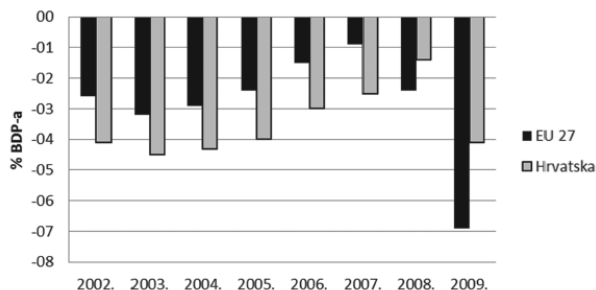


Slika 22. Indeksi potrošačkih cijena 2011. godine (2005.=100). Izvor: Državni zavod za statistiku (2012) Mjesečno statističko izvješće 2.

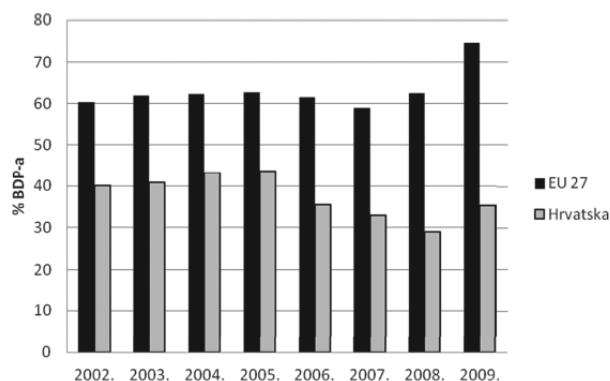
U razdoblju 2000.-2012. nominalni dnevni tečaj kune prema euru nije imao oscilacija kao što je slučaj tečaja kune prema američkom dolaru ili prema švicarskom franku. Tečaj EUR/HRK na kraju veljače 2012. godine iznosio je 7,58 i bio je viši za 0,6% u odnosu na kraj 2011. Što se tiče kretanja tečaja kune prema drugim valutama, blaga deprecijacija prema švicarskom franku odnosno aprecijacija prema američkom dolaru odražava kretanje tečaja tih valuta prema euru na svjetskom deviznom tržištu.

3.1.3.7 Salda konsolidirane opće države i tekućeg računa platne bilance te zaduženost

Saldo konsolidirane opće države u razdoblju 2002.-2009. je negativan, odnosno u deficitu. Do 2008. godine udio deficita u BDP-u je u Hrvatskoj bio veći nego u zemljama EU 27, ali u godinama 2008. i 2009. on je veći u zemljama EU 27 (Slika 23). Nadalje, udio duga opće države u BDP-u je u cijelom promatranom razdoblju veći u zemljama članicama EU 27 (Slika 24). Godine 2010. ukupni fiskalni saldo za Hrvatsku iznosi -5,3% BDP-a, a udio duga opće države u BDP-u 41,3% (bez državnih jamstava).

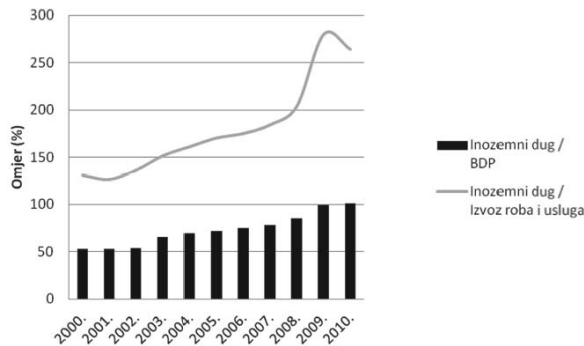


Slika 23. Saldo konsolidirane opće države EU 27 i Hrvatske 2002.-2009. godine. Izvor: Eurostat.

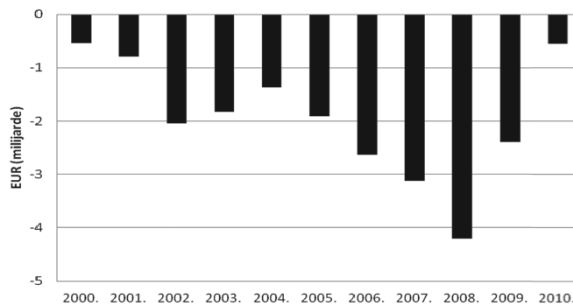


Slika 24. Dug opće države EU 27 i Hrvatske 2002.-2009. godine. Izvor: Eurostat.

Odnos inozemnog duga i BDP-a te odnos inozemnog duga i izvoza roba i usluga pokazuju trend rasta zaduženosti u Hrvatskoj u razdoblju 2000. – 2011. (Slika 25). Nadalje, u istom razdoblju, Hrvatska bilježi i stalni deficit bilance tekućih transakcija (Slika 26). Ekonomska kriza imala je kontrakcijski efekt na trgovinu te se obujam trgovine smanjio od 2009. godine. Po višim je stopama pao uvoz nego izvoz pa je u 2009. godini vidljivo smanjenje deficita bilance tekućih transakcija. Konkretno, problem Hrvatske je u prekomjernom uvozu roba u odnosu na izvoz. Što se tiče usluga, s obzirom na turizam, bilježi se suficit.



Slika 25. Pokazatelji zaduženosti Hrvatske 2000.-2010. godine. Izvor: Hrvatska narodna banka, baza podataka.



Slika 26. Saldo tekućeg računa platne bilance Hrvatske 2000.-2010. godine. Izvor: Hrvatska narodna banka, baza podataka.

Zemlje EU-a i Hrvatska osim kroz trgovinsku povezanost (Hrvatska je 2010. godine izvozila 61% ukupnog izvoza u zemlje EU-a, a uvozila iz tih zemalja 60% ukupnog uvoza), povezane su i inozemnim izravnim ulaganjima kojih je ukupno u Hrvatsku od 1993. do trećeg tromjesečja 2011. godine bilo 25.617,5 milijuna eura, od čega su zemlje EU 15 uložile 75,2%, a EU članice od 2004. godine 15,4%.

3.1.3.8 Usporedba s referentnim zemljama

Tablica 2 prikazuje usporedbu dviju referentnih zemalja (Slovenije i Češke) s Hrvatskom prema odabranim pokazateljima.

Tablica 2. Usporedba Hrvatske, Slovenije i Češke prema odabranim pokazateljima. Izvor: Eurostat; Hrvatska narodna banka; World Economic Forum.

Područje usporedbe	Pokazatelj	HRVATSKA	ČEŠKA	SLOVENIJA
Stanovništvo	Broj stanovnika 2011.	4.290.612	10.532.770	2.050.189
	Udio stanovnika starosti 0-14 godina 2011. (%)	15,1	14,4	14,2
	Udio stanovnika starosti 15-24 godina 2011. (%)	12,0	12,1	11,2
	Udio stanovnika starosti 25-49 godina 2011. (%)	34,7	37,3	37,2
	Udio stanovnika starosti 50-64 godina 2011. (%)	20,7	20,6	20,9
	Udio stanovnika starosti 65-79 godina 2011. (%)	13,4	11,9	12,4
	Udio stanovnika starosti 80+ godina 2011. (%)	3,7	3,7	4,1

Bruto domaći proizvod	BDP per capita 2010. (EU 27=100)	61	80	85
	BDP per capita 2010. (tekuće cijene, PPS)	14.800	19.400	20.700
	Stopa promjene realnog BDP-a (prosjeak 2001. – 2010.)	2,7	3,4	2,8
	Stopa promjene realnog BDP-a 2010. (%)	-1,2	2,2	1,2
Inflacija	Inflacija 2011. (%)	2,3	2,1	4,1
Tržište rada	Stopa nezaposlenosti 2011. (%)	13,2	6,7	8,2
	Minimalna plaća (EUR/mjeseč) 2012.	373,4	310,2	763,1
Materijalna deprivacija i siromaštvo	Materijalna deprivacija 2010.	3,7	3,6	3,5
	Stanovnici s rizikom od siromaštva i socijalne isključenosti 2010. (%)	31,3	14,4	18,3
Državni proračun	Saldo konsolidirane opće države (% BDP-a) 2010.	-4,9	-4,8	-5,8
Zaduženost	Dug opće države (% BDP-a) 2010.	41,3	37,6	38,8
	Inozemni dug/izvoz roba i usluga 2010.	264,3	63,9	176,8
	Inozemni dug/BDP 2010.	101,3	49,2	114,9
Tekuću račun platne bilance	Saldo tekućeg računa (% BDP-a) 2010.	-1,2	-3,8	-0,8
Inozemna izravna ulaganja	Inozemna izravna ulaganja (milijuni EUR) 2010.	280,9	5.121,2	629,8
	Inozemna izravna ulaganja per capita (EUR) 1993.-2010.	5.533,6	7.203,1	3.945,3
Konkurentnost	Globalni indeks konkurentnosti (rang od 139 zemalja) 2010.-2011.	77	36	45
	Četvrti stup konkurentnosti (zdravstvo i osnovno obrazovanje) (rang od 139 zemalja) 2010.-2011.	48	43	23

Sažetak

Za analizu bilo kojeg ekonomskog ili društvenog segmenta neke zemlje potrebno je uzeti u obzir makro okolinu u kojoj djeluje. Koordinacija politika i suradnja zemalja smatra se prioritetom pri izgradnji nacionalnih politika zdravstvenog sustava i kreiranja globalne strategije zdravstva. Utjecaj zdravlja na mogućnosti razvoja zemlje je nedvojben te razvijenost zdravstvenog sustava predstavlja jedan od čimbenika konkurentnosti nekog gospodarstva.

Republika Hrvatska prema najnovijem popisu iz 2011. godine ima 4.290.612 stanovnika neravnomjerno raspoređenih po županijama Hrvatske, s prosječnom gustoćom stanovnika od 75,8 stanovnika/km². S obzirom da Hrvatska ima brojne otoke (35% ukupne površine odnosi se na teritorijalno more i unutarnje morske vode), organizacija zdravstvenog sustava u ovom segmentu predstavlja izazov. Stopa prirodnog prirasta je negativna te postoji trend starenja stanovništva. U veljači 2012. godine bilo je 1.214.715 umirovljenika. Više od trećine građana Hrvatske u riziku je od siromaštva i socijalne isključenosti.

Prema razini razvoja mjerenoj BDP-om per capita, Hrvatska znatno zaostaje za zemljama EU 27 te ima više i prosječne stope nezaposlenosti, a stope ekonomskog rasta ne osiguravaju ubrzanu konvergenciju. Regionalne disproporcije u Hrvatskoj postoje i u pogledu razine razvoja i stope nezaposlenosti. Iako nominalno plaće rastu, realno one su padale 2009. i 2010. godine. Indeksi potrošačkih cijena

2011. (2005.=100) prikazuju značajan porast cijena u zdravstvu i cijena energije. Hrvatska bilježi negativan saldo konsolidirane opće države, ali još uvijek niži deficit nego u zemljama članicama EU 27.

Što se tiče djelatnosti zdravstvene zaštite, zdravstvena zaštita i socijalna skrb su 2007. godine stvarali bruto dodanu vrijednost od 3,7% BDP-a. Godine 2010., javna uprava i obrana, socijalno osiguranje, obrazovanje, zdravstvena zaštita i socijalna skrb, ostale društvene, socijalne i osobne uslužne djelatnosti i djelatnosti kućanstava su stvarali 16,1% BDP-a. U siječnju 2012. godine zabilježeno je 3.951 registriranih pravnih osoba iz područja djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, od čega je 2.012 aktivno. Od ukupno zaposlenih u pravnim osobama, 66.700 (6%) je zaposleno u djelatnosti zdravstvene zaštite, a od ukupno zaposlenih u obrtu i slobodnim profesijama, 12.243 (5,9%) zaposleno je u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. U ožujku 2012. godine na tržištu rada zabilježeno je 415 traženih radnika te 3.539 nezaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite. U istoj djelatnosti prosječna mjesečna isplaćena neto plaća 2011. godine je bila 6.170 HRK (za 729 HRK viša od prosječne mjesečne neto plaće po zaposlenome u pravnim osobama na razini Hrvatske iste godine).

3.2 Organizacija i temeljna zakonska regulativa zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj reguliran je zakonskim okvirom koji uključuje tri ključna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju te Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj financiraju Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, županije i Grad Zagreb te korisnici plaćanjem troškova prema posebnim propisima za obavljene usluge. Godine 2011. sklopljen je i novi kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja kojim se uređuju prava i obveze iz rada i po osnovi rada radnika u zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači Republika Hrvatska ili županija, odnosno grad i koje obavljaju zdravstvenu djelatnost sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti na temelju sklopljenog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Sadržaj kolektivnog ugovora obuhvaća pitanja poput rješavanja sporova, odluka o štrajkovima, radnim uvjetima, zaštiti radnika te pravima, obvezama i ovlastima sindikata i sindikalnih povjerenika.

Temeljni cilj zdravstvene politike uključuje produživanje očekivanog trajanja života i poboljšanje njegove kvalitete.

3.2.1 Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti uređuju se načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveza osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad istima.

Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu koja uključuje društvene, skupne i individualne mjere, usluge i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti i rano otkrivanje bolesti te pravodobno liječenje i njegu.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Nadalje, u skladu s ovim zakonom zdravstvena se djelatnost obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Na primarnoj razini zdravstvena djelatnost uključuje: praćenje zdravstvenog stanja i predlaganje mjera zaštite i unapređenja zdravlja stanovništva, sprečavanje i otkrivanje bolesti,

liječenje i rehabilitaciju bolesnika, medicinu rada, hitnu medicinu, palijativnu skrb, zaštitu mentalnog zdravlja, opskrbu i izradu lijekova, zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima, zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina, zdravstvenu zaštitu žena, zdravstvenu zaštitu mladeži, specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, patronažne posjete, zdravstvenu njegu u kući, sanitetski prijevoz, sprječavanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom te higijensko-epidemiološku zaštitu.

Među zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti ubrajaju se: dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb. Javna zdravstvena služba na primarnoj razini može se obavljati i na osnovi koncesije i to u djelatnostima obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, laboratorijske dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, medicine rada i zdravstvene njege u kući.

Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta dok se zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obavlja u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima.

Ljekarnička djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima.

3.2.2 Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju

Zdravstvenim osiguranjem, u skladu s ovim zakonom, osigurane osobe stječu prava i obveze u korištenju zdravstvene zaštite, kao i druga prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje dijeli se na osnovno, dopunsko i privatno.

Osnovno je zdravstveno osiguranje obvezno i provodi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se individualnim ugovorom između osiguravatelja i osobe te omogućava osiguraniku prava iz zdravstvenog osiguranja koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

Temeljna prava koja proizlaze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja su: prava na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčanu naknadu.

Osnovno zdravstvo financira se doprinosima osiguranika, doprinosima poslodavaca, doprinosima drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonima, posebnim doprinosima za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, posebnim doprinosima za slučaj ozljede na radu, prihodima iz državnog proračuna te prihodima od kamata, dividendi i drugim sredstvima.

3.2.3 Zakon o zaštiti prava pacijenata

U Republici Hrvatskoj pravo na zdravlje je ustavna kategorija za sve građane. Kao potpisnica Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića u pogledu primjene biologije i medicine, Hrvatska se vlada obvezala na uređenje zakonodavstva u skladu s odredbama Konvencije te je 2004. godine donesen Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakon uređuje moralne, etičke i građanske norme ponašanja korisnika i davatelja zdravstvenih usluga. Temelji se na načelima humanosti i dostupnosti.

Osnovna prava koja regulira Zakon o zaštiti prava pacijenata su:

- pravo na suodlučivanje i pravo na obaviještenost

- pravo na prihvaćanje ili odbijanje medicinskog postupka ili zahvata
- pravo na povjerljivost
- pravo na privatnost
- pravo na održavanje osobnih kontakata
- pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove
- pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji
- pravo na zaštitu pri sudjelovanju u kliničkim ispitivanjima
- pravo na naknadu štete.

Zakon o zaštiti prava pacijenata u sustavu zaštite prava pacijenata provodi se na dvije temeljne razine: regionalnoj i nacionalnoj. Na regionalnoj razini povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata djeluje u svakoj županiji i Gradu Zagrebu, dok na nacionalnoj razini djeluje Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata Ministarstva zdravlja.

3.2.4 Organizacijski i zakonski okvir javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj

Javno zdravstvo je definirano kao znanost i umijeće sprječavanja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva. To je društveni i politički koncept čiji je cilj unapređenje zdravlja, produženje i unapređenje kvalitete života naroda kroz zdravstveno prosvjećivanje, sprječavanje bolesti te druge oblike zdravstvenih i drugih intervencija.

Glavne funkcije javnog zdravstva i glavni instrumenti kojima se javno zdravstvo služi u ostvarivanju gore navedenoga su:

- praćenje i ocjena zdravstvenog stanja i kvalitete života stanovništva
- identifikacija prioritetnih zdravstvenih problema i opasnosti za zdravlje stanovništva
- planiranje i pripravnost za hitna stanja u javnom zdravstvu
- intervencije zaštite zdravlja od štetnih čimbenika u okolišu i na radnom mjestu
- sprječavanje bolesti
- promocija zdravlja
- upravljanje, financiranje i osiguranje kvalitete u javnom zdravstvu
- osiguranje kompetentnog javnozdravstvenog osoblja i planiranje ljudskih resursa u zdravstvu
- komunikacija javnog zdravstva i
- istraživanja i znanost u javnom zdravstvu.

Temeljni zakoni koji uređuju područje javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj su Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Zakon o službenoj statistici, Zakon o hrani, Zakon o zaštiti na radu i Zakon o zaštiti okoliša.

Zavodi za javno zdravstvo su glavni institucionalizirani nositelji i koordinatori aktivnosti usmjerenih očuvanju i unaprjeđenju zdravlja stanovništva. Na županijskoj razini to su postojeći županijski zavodi (20 zavoda) i Zavod za javno zdravstvo »Dr. Andrija Štampar« Zagreb. Na nacionalnoj razini nositelj ove djelatnosti je Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Javnozdravstvena djelatnost svih zavoda za javno zdravstvo uređena je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u kojoj su definirane djelatnosti i aktivnosti Hrvatskog i županijskih zavoda, a obuhvaća: epidemiologiju zaraznih i kroničnih nezaraznih bolesti, mikrobiologiju, javno zdravstvo, školsku medicinu i prevenciju ovisnosti te mentalno zdravlje.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo koordinira, stručno usmjerava i nadzire rad županijskih zavoda za javno zdravstvo. Temeljne zadaće Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo su praćenje, analiza i ocjena zdravstvenog stanja stanovništva te planiranje, predlaganje i provođenje mjera za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja stanovništva. Zadaće se ostvaruju kroz aktivnosti i djelatnosti kako Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na državnoj, tako i Županijskih zavoda za javno zdravstvo na županijskoj razini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo surađuje s čitavim nizom međunarodnih agencija i institucija uključujući Svjetsku zdravstvenu organizaciju, Europski centar za kontrolu i prevenciju bolesti, Zavode za javno zdravstvo u drugim državama itd.

Osim zavoda za javno zdravstvo, u Republici Hrvatskoj postoje sljedeći državni zdravstveni zavodi: Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping, Hrvatski zavod za hitnu medicinu i Hrvatski zavod za telemedicinu. Ovi državni zavodi imaju svoje specifične djelatnosti koje su samo dijelom vezane uz rad javno-zdravstvenih zavoda. Javnozdravstvenu djelatnost usko vezanu uz zaštitu zdravlja i sigurnost na radu obavlja Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu. Temeljne zadaće toga zavoda su praćenje, analiza i ocjena zdravstvenog stanja radnika u odnosu na štetnosti, opasnosti i napore s radnog mjesta te planiranje, predlaganje i provođenje mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja i sigurnosti radnika na radu.

Budući da su ključni elementi zdravlja i kvalitete života često u odgovornosti drugih državnih resora (zdrav okoliš, zdravlje životinja, odgoj i obrazovanje, itd.) Ministarstvo zdravlja i Zavodi za javno zdravstvo u svom radu surađuju i s drugim državnim tijelima državne uprave, lokalnom samoupravom i institucijama na državnoj ili lokalnoj razini s ciljem međupodručne stalne suradnje u osiguranju i očuvanju zdravlja. Međupodručna suradnja pridonosi većoj jednakosti u postizanju zdravlja, osobito u onima gdje napredak ovisi o odlukama i aktivnostima drugih područja, kao npr. poljoprivreda, školstvo i financiranje.

3.2.5 Organizacijski i zakonski okvir ljekarničke djelatnosti

Ljekarnička djelatnost, kao dio zdravstvene djelatnosti od posebne je interesa za Republiku Hrvatsku i obavlja se kao javna služba na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Na razini primarne zdravstvene zaštite obavlja se u ljekarnama koje su organizirane kao jedinice ljekarničke ustanove ili privatna praksa. Na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite obavlja se u bolničkim ljekarnama.

Ljekarnička djelatnost je organizirana i obavlja se temeljem odredbi Zakona o ljekarništvu i Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Ljekarnička djelatnost osigurava pučanstvu, zdravstvenim ustanovama i zdravstvenim radnicima koji obavljaju privatnu praksu i drugim pravnim osobama opskrbu i izradu lijekova (magistralni i galenski pripravci) te opskrbu medicinskim proizvodima, homeopatskim proizvodima, dječjom hranom, dodacima prehrani te predmetima opće uporabe prema popisu Hrvatske ljekarničke komore.

Pod ljekarničkom djelatnošću podrazumijeva se i provođenje ljekarničke skrbi koja obuhvaća savjetovanje u vezi propisivanja, odnosno pravilne primjene lijekova, medicinskih proizvoda, homeopatskih proizvoda i dodataka prehrani, racionalizaciju troškova za određene terapijske protokole, unapređivanje farmakoterapijskih postupaka i postizanje terapijskih ciljeva, praćenje, izbjegavanje ili smanjivanje nuspojava lijekova, izbjegavanje interakcija, terapijskog dupliciranja ili pojave alergija, skrb nad pridržavanjem terapijskih

protokola od strane pacijenata, poboljšanje učinka kliničkog liječenja i provođenje preventivnih mjera očuvanja i zaštite zdravlja (putem javnozdravstvenih projekata ili usluga u ljekarni).

Sadašnji ustroj i organiziranost ljekarništva rezultat je naslijeđenog stanja u ljekarništvu do 1990., djelomične privatizacije županijskih ljekarničkih ustanova i ljekarni u sastavu domova zdravlja te intenzivnog osnivanja novih ljekarni i ljekarničkih ustanova u privatnom vlasništvu posljednjih 20-godina. Organizacijski oblici u obavljanju ljekarničke djelatnosti su: ljekarna kao privatna praksa (uključujući i grupnu privatnu praksu), ljekarna kao jedinica/podružnica ljekarničke ustanove te ljekarna u sastavu doma zdravlja. Osnivači ljekarničke ustanove su županija, Grad Zagreb i druge pravne ili fizičke osobe.

3.2.6 Organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Palijativno zbrinjavanje je oblik pomoći koja predstavlja aktivno, sveobuhvatno zbrinjavanje bolesnika s uznapredovalim, progresivnim bolestima radi pružanja psihološke, socijalne i duhovne podrške.

Ciljevi palijativne skrbi izravno su povezani sa zadovoljavanjem potreba umirućih bolesnika. Svi aspekti skrbi usmjereni su na stvaranje ugone, poštovanje života i optimizaciju bolesnikove kontrole i autonomije.

Palijativna skrb svoj je zakonski okvir u Republici Hrvatskoj dobila još 2003. godine tada važećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Tadašnji Zakon o zdravstvenoj zaštiti utvrdio je palijativnu skrb za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće pacijente kao mjeru zdravstvene zaštite te kao djelatnost na primarnoj razini zdravstvene zaštite. U skladu sa Zakonom, ako obavljanje palijativne skrbi nije drukčije organizirano, dom zdravlja na svom području mora organizirati njezino provođenje.

Palijativnu skrb u skladu sa Zakonom može pružati i ustanova za palijativnu skrb koju može osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave i druga pravna ili fizička osoba. Ustanova za palijativnu skrb je zdravstvena ustanova koja ima palijativni interdisciplinarni tim kućnih posjeta (liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem), ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak i stacionar.

Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđen je i program mjera za djelatnost zdravstvene zaštite palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Za područje djelatnosti palijativne skrbi u tijeku 2011. godine doneseni su pozitivni zakonski propisi i stvoren je pravni temelj za daljnji razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti od 20. srpnja 2011. godine, propisao je da se djelatnost palijativne skrbi može obavljati, osim na primarnoj i na sekundarnoj razini. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti propisuje minimalne uvjete u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti kojima moraju udovoljavati zdravstvene ustanove, zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u privatnoj praksi te trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, uključujući i djelatnost palijativne skrbi. Navedena zakonska promjena omogućila je osnivanje djelatnosti palijativne skrbi unutar bolničkih zdravstvenih ustanova.

Sažetak

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj reguliran je zakonskim okvirom koji uključuje tri ključna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju te Zakon o zaštiti prava pacijenata.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti uređuju se načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveza osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad istima.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Nadalje, u skladu s ovim zakonom zdravstvena se djelatnost obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Na primarnoj razini zdravstvena djelatnost uključuje: praćenje zdravstvenog stanja i predlaganje mjera zaštite stanovništva, sprečavanje i otkrivanje bolesti, kao i rehabilitaciju i liječenje bolesnika, medicinu rada, hitnu medicinu, palijativnu skrb, zaštitu mentalnog zdravlja, opskrbu i izradu lijekova, zdravstvenu rehabilitaciju djece i mladeži s poremećajima, zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina, zdravstvenu zaštitu žena, zdravstvenu zaštitu mladeži, specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, patronažne posjete, zdravstvenu njegu u kući, sanitetski prijevoz, sprječavanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom te higijensko-epidemiološku zaštitu.

Među zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti ubrajaju se: dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb. Javna zdravstvena služba na primarnoj razini može se obavljati i na osnovi koncesije. Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta, dok se zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obavlja u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima.

Ljekarnička djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima.

Zdravstvenim osiguranjem, u skladu s ovim zakonom, osigurane osobe stječu prava i obveze u korištenju zdravstvene zaštite, kao i druga prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje dijeli se na osnovno, dopunsko i privatno.

Osnovno je zdravstveno osiguranje obvezno i provodi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se individualnim ugovorom između osiguravatelja i osobe te omogućava osiguraniku prava iz zdravstvenog osiguranja koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem.

Temeljna prava koja proizlaze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja su: prava na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčanu naknadu.

Osnovno zdravstvo financira se doprinosima osiguranika, doprinosima poslodavaca, doprinosima drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonima, posebnim doprinosima za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, posebnim doprinosima za slučaj ozljede na radu, prihodima iz državnog proračuna te prihodima od kamata, dividendi i drugim prihodima.

U Republici Hrvatskoj pravo na zdravlje je ustavna kategorija za sve građane. Kao potpisnica Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića u pogledu primjene biologije i medicine,

Hrvatska se vlada obvezala na uređenje zakonodavstva u skladu s odredbama Konvencije te je 2004. godine donesen Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakon uređuje moralne, etičke i građanske norme ponašanja korisnika i davatelja zdravstvenih usluga. Temelji se na načelima humanosti i dostupnosti.

3.3. Društveno povijesni kontekst i dosadašnje reforme zdravstva

3.3.1 Opći kontekst razvoja

Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na principima uključenosti, kontinuiranosti i dostupnosti. Svi građani Republike Hrvatske imaju pravo na usluge zdravstvene zaštite cijeli svoj život i mreža pružatelja zdravstvenih usluga trebala bi biti organizirana na način da je zdravstvena zaštita približno jednako dostupna svim građanima. Obvezno zdravstveno osiguranje je obvezno za sve na principima reciprociteta i solidarnosti. Osnovna svrha socijalnog zdravstvenog osiguranja je postizanje socijalnih ciljeva kroz financijske subvencije od zdravih bolesnima, bogatijih siromašnjima, mladih starima i pojedinaca obiteljima.

Republika Hrvatska je tijekom svog povijesnog razvitka dala značajne doprinose razvitku zdravstva i medicini. Pojedini vladari omogućili su protok znanja, razmjenu zdravstvenih stručnjaka i intelektualaca, a svojim su aktima poduprli razvoj srednjovjekovnog ljekarništva na tlu Hrvatske. Prva javna ljekarna otvorena je u hrvatskom Trogiru 1271. godine. Kasnije su otvorene neke od najstarijih europskih ljekarna: u Dubrovniku (1317.), Zagrebu (1355.) i bolnička ljekarna »Domus Christi« u Dubrovniku (1420.).

Nadalje, zahvaljujući vizionarstvu prof. dr. sc. Andrije Štampara, suosnivača Svjetske zdravstvene organizacije kojeg mnogi smatraju najvećim javno-zdravstvenim stručnjakom 20. stoljeća, Hrvatska je prva u svijetu (1952. godine) osnovala Dom zdravlja, prva je u svijetu (1961. godine) uvela specijalizaciju iz obiteljske medicine i osnovala Katedru primarne zdravstvene zaštite na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

S obzirom na povijesne stečevine, može se zaključiti da Hrvatska ima bogatu prošlost, ali i veliki potencijal u pogledu razvoja područja medicine i zdravstva. U tom su pravcu tijekom povijesti provedene različite reforme zdravstvenog sustava. Počeci državne intervencije u zdravstveni sustav sežu još u 19. stoljeće kada je Hrvatska bila dio Austro-Ugarske monarhije. U novije vrijeme, značajne promjene dogodile su se krajem prošloga stoljeća. Tijekom osamdesetih godina 20. stoljeća, zdravstveni je sustav bio obilježen neučinkovitim sustavom samoupravnih interesnih zajednica u zdravstvu, s velikim viškom (ne)medicinskog osoblja i izraženim regionalnim neravnotežama u financiranju i standardima zdravstvene zaštite. Nadolazeće političke promjene imale su za cilj uspostavljanje parlamentarne demokracije, a zatim i nacionalno, odnosno državno samoopredjeljenje.

Za razumijevanje problema zdravstvenog sektora Republike Hrvatske nužno je analizirati i opći kontekst razvoja. Nakon proglašenja samostalnosti 1991. godine, Hrvatska je naslijedila fragmentirani, decentralizirani sustav zdravstvene zaštite koji se suočio s profesionalnom i financijskom krizom. Pet godina Domovinskog rata (od 1991. do 1995. godine) napravilo je ogromnu štetu procijenjenu na 37.116.679.000 USD. Oko 20.000 osoba je ubijeno ili prijavljeno kao nestalo, a više od 30.000 ljudi je u ratu zadobilo neku vrstu invaliditeta. Krajem 1991. godine oko 11,5% stanovnika živjelo je u djelomično ili potpuno okupiranim područjima. Značajan je bio i priljev izbjeglica iz Bosne i Hercegovine te se između 1992. i 1998. godine broj izbjeglica i osoba bez doma kretao od 430.000 do 700.000. Uz navedeno, visoka stopa nezaposlenosti i demografska tranzicija dodatno su opterećivali sektor zdravstvene zaštite.

Neadekvatno dizajnirana infrastruktura, zastarjela tehnologija i neučinkovito upravljanje, neiskorištenost osoblja i resursa doprinose neravnotežama i neučinkovitostima u pružanju zdravstvene zaštite kao i visokim troškovima sustava. Nadalje, u Hrvatskoj su troškovi visoki vjerojatno i zbog visokih očekivanja građana vezanih uz sustav zdravstvene zaštite. Prije tranzicije na tržišnu ekonomiju sustav zdravstvene zaštite bio je obilježen visokom razinom jednakosti i velikim brojem besplatnih zdravstvenih usluga. Nezadovoljstvo građana tržišnim elementima i mjere zadržavanja troškova rezultirali su pritiscima na političare i vladu te su ugrozile uvođenje nepopularnih, ali potrebnih mjera reformi.

Reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj traju i dalje s ciljem postizanja veće teritorijalne, vremenske i ekonomske pristupačnosti zdravstvenih usluga, veće učinkovitosti zdravstva, poboljšanja kvalitete, sigurnosti pacijenata i zdravstvenih radnika, solidarnosti te prilagođavanja pravilima EU-a. Jedno od glavnih načela je uspostava integrirane zdravstvene zaštite.

3.3.2. Reforme sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj

Kao što je već istaknuto, reforme sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj traju već niz godina, a s ciljem stvaranja učinkovitog, dostupnog, kvalitetnog i pravednog sustava za sve građane.

Kako bi se dao pregled provedenih reformskih mjera i učinaka istih u hrvatskom zdravstvenom sustavu od 1990. do 2008. godine, ovo se razdoblje može podijeliti u nekoliko podrazdoblja: od 1990. do 1993. godine, od 1993. do 2000. godine, od 2000. do 2006. godine te od 2006. do 2008. godine. U nastavku su opisana obilježja provedenih reformskih mjera i učinaka po svakom od navedenih podrazdoblja.

3.3.2.1 Reformske mjere i učinci u razdoblju 1990.-1993.

Od neovisnosti 1991. godine, hrvatski je zdravstveni sustav suočen s nerazmjerom dostupnih javnih resursa i rastućih izdataka. Reformom iz 1990. godine centraliziran je prethodno decentralizirani sustav prikupljanja sredstava i odvojeni su prethodno unificirani regionalni sustavi upravljanja pružateljima zdravstvenih usluga od prikupljanja obveznog zdravstvenog osiguranja kao pokušaj da se pojača državna kontrola nad upravljanjem i financiranjem. Glavni problem zdravstvenog sustava bilo je financiranje, s obzirom na opću ekonomsku situaciju (pad BDP-a za 50%, rast izdataka, visok iznos naslijeđenog duga).

Zbog ratnih prijetnji Ministarstvo zdravstva je krajem 1990. godine započelo organizaciju ratnog saniteta. Odabran je integralni civilno-vojni sustav, u kojemu su se najbolje mogli iskoristiti postojeći kvalitetni kadrovi. Većina bolnica je sljedeće tri godine funkcionirala po principu ratnih bolnica, a primarna zdravstvena zaštita imala je prvenstveni zadatak zbrinjavati ratne zdravstvene probleme kao i pružati skrb za više od 800.000 izbjeglica i prognanika. Ratni sustav od međunarodnih stručnih krugova ocijenjen je kao odličan, s ukupnom smrtnošću hospitaliziranih ranjenih pripadnika oružanih snaga od 1,9%.

3.3.2.2 Reformske mjere i učinci u razdoblju 1993.-2000.

U vremenu od osamostaljenja Hrvatske, prva opsežna reforma zdravstva dogodila se 1993. godine. Donošenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju 1993. godine nagovijestilo je zdravstvene reforme u narednom razdoblju. Reforma iz 1993. godine definirala je status državnog zdravstvenog osiguranja, smanjila obujam besplatnih usluga zdravstvene zaštite i uvela privatno zdravstveno osiguranje za usluge i pružatelje zdravstvenih

usluga koje nisu pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dostupnost, kontinuitet zaštite, uključenost i sveobuhvatnost temeljni su principi ove reforme. Reforma zdravstvene zaštite prenijela je vlasništvo domova zdravlja i općih bolnica lokalnim vlastima. Iako je decentralizacija upravljanja i odlučivanja deklarirana, nije stvarno implementirana zbog zakonodavnih poteškoća i znatnog smanjenja priljeva sredstava u ratnom i poratnom razdoblju. Središnja kontrola se zadržala kroz financiranje i zakone. U navedenom je razdoblju bilo još nekoliko pokušaja decentralizacije, ali bez većih uspjeha.

3.3.2.3 Reformske mjere i učinci u razdoblju 2000.-2006.

Godine 2000. prihvaćena je nova strategija i plan reforme zdravstva i zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. Postavljena su dva temeljna cilja: rješavanje financijskih problema zdravstvenog sustava te reorganizacija sustava. Ponovno se kao cilj postavila i decentralizacija. U tom smjeru reorganizacija se prvenstveno odnosila na primarnu zdravstvenu zaštitu i razvoj grupne prakse budući da je prethodno potican proces privatizacije urušio model domova zdravlja što je otežalo ulogu ionako nedostavno razvijene primarne zdravstvene zaštite. Drugi dio reorganizacije bio je usmjeren na jačanje bolničke zdravstvene zaštite.

Zakonom o zdravstvenom osiguranju koji je stupio na snagu 1. siječnja 2002. godine smanjio se ubujam besplatnih zdravstvenih usluga i uvedeno je dopunsko zdravstveno osiguranje u sustav financiranja usluga koje nisu potpuno pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dodatno osiguranje je do 2004. godine nudio samo HZZO. Ono u potpunosti omogućava besplatnu zdravstvenu zaštitu u pružateljima zdravstvenih usluga s javnim ugovorom. Navedenu premiju može platiti poslodavac ili radnik te je predstavljala odbitak od poreza. Dopunsko zdravstveno osiguranje djelomično preraspodjeljuje sredstva od zaposlenih prema umirovljenicima jer umirovljeni kojima navedena premija predstavlja najveći financijski izazov, plaćaju niže premije.

Nadalje, 2002. godine HZZO je postao dio središnjega državnog proračuna, čime mu je administrativnom odlukom ukinut status izvanproračunskog fonda, odnosno status relativne samostalnosti. Uspostavljeni su principi odgovornosti središnje i lokalne vlasti za subvencioniranje premija za specijalne kategorije stanovništva: djeca ispod 18 godina starosti, umirovljenici, nezaposleni, ratni veterani i osobe s invaliditetom. Transferi središnje vlade retroaktivno pokrivaju manjkove HZZO-ovog proračuna ili pokrivaju akumulirane deficite pružatelja zdravstvenih usluga, prije nego specifičnih aspekata zdravstvenog osiguranja prema dogovorenim obvezama. Navedeno tvori negativan poticaj HZZO-ovoj tehnčkoj i administrativnoj učinkovitosti i njegovom kredibilitetu u provođenju fiskalne discipline među pružateljima zdravstvenih usluga jer se stvara opći dojam kako će središnja država pokriti akumulirani deficit na kraju fiskalne godine bez uzimanja u obzir načina na koji je stvoren.

Dodatno, Zakon iz 2002. godine je povećao plaćanja iz džepa građana za zdravstvenu zaštitu koja su već bila na razini za koju se smatralo da stvara teret mnogim građanima, a posebno grupama niže socioekonomske razine. Siromašnije je to stavljalo u nepovoljniji položaj u smislu pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Pokriće troškova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osigurava sustav glavarina, a od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja prema usluzi. Od 2005. godine uvodi se i mehanizam plaćanja po terapijskom postupku.

Opisanim reformskim pokušajima polučen je stanoviti uspjeh u smanjivanju javnih zdravstvenih troškova, ali ozbiljnija reforma zdravstvenog sustava nije realizirana. Jedan od razloga je i diskontinuiranost, odnosno manjak implementacije donesenih odluka i programa. Pomicanjem zdravstvenih izdataka s javnog na privatne

izvore kompromitiran je sustav socijalnog koncepta bez prikladnog i trajnog rješenja problema rasta izdataka za zdravstvo.

3.3.2.4 Reformske mjere i učinci u razdoblju 2006.-2008.

S obzirom na probleme funkcioniranja zdravstvenog sustava i nezadovoljstvo građana, novom strategijom razvitka zdravstva iz 2006. godine ponovno se pokušala osmisliti cjelovita vizija zdravstva, ali i riješiti njegove najakutnije financijske probleme. Usprkos već poduzetim mjerama financijske stabilizacije sustava koje uključuju i promjenu načina plaćanja zdravstvenih usluga, neadekvatna struktura javno-privatne potrošnje bila je jedan od glavnih razloga poduzetih promjena, odnosno jedan od ključnih predviđenih načina smanjivanja javne potrošnje za zdravstvo. U novoj strategiji razvitka zdravstva kao temeljna načela postavljena su integracija sustava zaštite, centralizacija politika, standarda i normi, decentralizacija upravljanja i odgovornosti, informatizacija sustava te usklađivanje s pravnom stečevinom EU-a.

Usprkos sveobuhvatnom reformskom planu, promjene u financiranju zdravstva u javnosti su shvaćene kao ključni razlog zakonskih izmjena, a što je ponajviše došlo do izražaja uvođenjem dviju lista lijekova, osnovne za osiguranike, na kojoj se većinom nalaze generički lijekovi te one koje zahtijevaju participaciju osiguranika.

Ni nakon provedene reforme javni izvori financiranja nisu bili dovoljno visoki da pokriju troškove financiranja zdravstvenog sustava. Zdravstveni je sustav u cjelini generirao veće rashode od prihoda. Ostali su neriješeni problemi vezani uz nabavu lijekova i medicinske opreme, velik broj zdravstvenih ustanova, neprimjeren sustav financiranja bolničke zaštite, neprikladnu organizaciju i financiranje sustava primarne zaštite koji nije ispunio svoju ulogu »čuvara sustava«.

Posljednja provedena reforma zdravstva započela je 2008. godine, upravo u vrijeme izbijanja gospodarske krize. Zdravstvena reforma obuhvatila je financijsku stabilizaciju sustava uvođenjem novih izvora prihoda, povećanjem učinkovitosti na različitim područjima (javna nabava lijekova, centralizirana nabava medicinske opreme, bolji nadzor nad transferima kućanstava i slično) te ostala organizacijska unapređenja. Također je uveden nov način organizacije hitne medicinske pomoći, započeta je informatizacija primarne zdravstvene zaštite te su uvedene nacionalne liste čekanja.

Međutim, provedene mjere rezultirale su dvojakim ishodima. Novi prihodi prelili su se u osjetan rast izdataka za zdravstvo. Prebacivanje većeg tereta na građane ugrozilo je socijalni koncept i opteretilo kućanstva. Iako su se neplaćene obveze zdravstvenih ustanova smanjile, te ustanove dalje generiraju neplaćene dospjele obveze.

3.3.3 Rezultati dosadašnjih reformi

Pregledom dosadašnjih reformi može se zaključiti da i dalje postoje neučinkovitosti u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Nisu riješene neučinkovitosti u poslovanju zdravstvenih ustanova koje i dalje bilježe neplaćene dospjele obveze te ih karakterizira nedostatak odgovarajućih upravljačkih sposobnosti. Ostao je neriješen i problem korupcije, odnosno neslužbenih plaćanja u zdravstvu. Uvođenjem dopunskog zdravstvenog osiguranja porasli su prihodi, ali sustav dopunskog zdravstvenog osiguranja ostvaruje deficit. Također ostaje otvoreno pitanje je li doista teret financiranja jednako dostupnih zdravstvenih usluga ravnomjernije raspoređen ili stanovništvo s nižim dohotkom odustaje od potražnje za zdravstvenim uslugama zbog porasta njihove cijene.

Zdravstveni sustav nije financiran održivo i u stalnom je deficitu. Hrvatska javna potrošnja na zdravstvenu zaštitu kao udjel BDP-a je jedna od najvećih u regiji, tako da relativno povoljni indikatori u odnosu na neke zemlje iz regije dolaze na teret visokih troškova. Starenje stanovništva će vjerojatno pojačati pritisak na javne financije.

S obzirom na fiskalni deficit u Hrvatskoj potrebne su fiskalne prilagodbe budući da je porezni teret u Hrvatskoj jedan od najvećih u regiji te s obzirom na skori ulazak u EU.

Bez reformi, izdaci za zdravstvenu zaštitu će značajno porasti. Postoji dosta prostora za racionalizaciju javnih izdataka za zdravstvo bez žrtvovanja, no s potencijalnim poboljšavanjem zdravstvenih rezultata.

Sažetak

Nakon proglašenja samostalnosti 1991. godine, Hrvatska je naslijedila fragmentirani, decentralizirani sustav zdravstvene zaštite koji se suočio s profesionalnom i financijskom krizom. Pet godina rata (od 1991. do 1995. godine) napravilo je ogromnu štetu procijenjenu na 37.116.679.000 USD. Oko 20.000 osoba je ubijeno ili prijavljeno kao nestalo, a više od 30.000 ljudi je u ratu zadobilo neku vrstu invaliditeta. Krajem 1991. godine oko 11,5% stanovnika živjelo je u djelomično ili potpuno okupiranim područjima. Značajan je bio i priljev izbjeglica iz Bosne i Hercegovine te se između 1992. i 1998. godine broj izbjeglica i osoba bez doma kretao od 430.000 do 700.000. Uz navedeno, visoka stopa nezaposlenosti i demografska tranzicija dodatno je opterećivala sektor zdravstvene zaštite. Neadekvatna infrastruktura, zastarjela tehnologija, neučinkovito upravljanje, neiskorištenost osoblja i resursa doprinijele su neravnotežama i neučinkovitostima u pružanju zdravstvene zaštite kao i visokim troškovima sustava.

Sljedom navedenog bile su potrebne reforme zdravstvenog sustava koje traju već niz godina, a s ciljem stvaranja učinkovitog, dostupnog, kvalitetnog i pravednog sustava za sve građane. Reformom iz 1990. godine centraliziran je prethodno decentralizirani sustav prikupljanja sredstava i odvojeni su prethodno unificirani regionalni sustavi upravljanja pružateljima zdravstvenih usluga od prikupljanja obveznog zdravstvenog osiguranja. Donošenje Zakona o zdravstvu i Zakona o zdravstvenom osiguranju 1993. godine nagovijestilo je zdravstvene reforme u narednom razdoblju. Dostupnost, kontinuitet zaštite, uključenost i sveobuhvatnost bili su temeljni principi započete reforme. Decentralizacija je postavljena kao cilj. Nadalje, 2000. godine prihvaćena je nova strategija i plan reforme zdravstva i zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. Postavljena su dva temeljna cilja: rješavanje financijskih problema zdravstvenog sustava te reorganizacija sustava. Zakonom o zdravstvenom osiguranju koji je stupio na snagu 1. siječnja 2002. godine smanjio se obujam besplatnih zdravstvenih usluga i uvedeno je dopunsko zdravstveno osiguranje. S obzirom na probleme funkcioniranja zdravstvenog sustava i nezadovoljstvo građana, novom strategijom razvitka zdravstva iz 2006. godine ponovno se pokušala osmisliti cjelovita vizija zdravstva, ali i riješiti postojeće financijske probleme. Posljednja provedena reforma zdravstva započela je 2008. godine, upravo u vrijeme izbijanja gospodarske krize. Međutim, i nakon provedenih reformi postoje neučinkovitosti na strani ponude u vidu prevelikog broja zdravstvenih ustanova koje generiraju deficit i u kojima nedostaje stručni upravljački kadar, neprimjerenog sustava financiranja bolničke zaštite, kao i neprikladne organizacije i financiranja sustava primarne zaštite. Potrošnja zdravstvenih usluga i javni izdaci za zdravstvo još su uvijek visoki, a očekuje se da će trend starenja stanovništva te različiti zdravstveni rizici dodatno povećati teret na javne financije. Zabilježene su neravnoteže u sustavu financiranja zdravstvene potrošnje jer postoji velik udio državnog zdravstvenog osiguranja i usporedno malen udio proračunskih sredstava koja se izdvajaju za financiranje zdravstva. Neznan je udio privatnih osiguravajućih društava u financiranju troškova zdravstva. Problem neslužbenih plaćanja u zdravstvu također predstavlja još jedan od izazova s kojim se suočava hrvatski sustav zdravstva.

3.4 Politika financiranja

Sustav financiranja zdravstva uslijed rasta izdataka s jedne strane i ograničenih resursa s druge strane je pod konstantnim pritiskom. Nositelji politike imaju tri mogućnosti: (1) zadržavanje razine troškova, (2) povećanje obujma financiranja zdravstvenih usluga te (3) kombiniranje prve dvije mogućnosti. Međunarodna usporedba može doprinijeti boljem razumijevanju implementacije mehanizama financiranja. Ipak, značajna su ograničenja jer različiti kontekstualni čimbenici kao što su socijalni, ekonomski i politički, kao i povijesna ograničenja, igraju glavnu ulogu u tome kako su politike realizirane i kako funkcioniraju u praksi. Postoji više obrazloženja rasta izdataka za zdravstvenu zaštitu od kojih se najveća uloga daje sljedećim čimbenicima: starenje stanovništva, činjenica da je zdravstvena zaštita radno intenzivna, rapidne tehnološke inovacije, rastuća javna očekivanja i pritisak pružatelja usluga.

3.4.1 Suvremeni izazovi politike financiranja zdravstva

Složenost politike financiranja zdravstva proizlazi iz činjenice da nije dovoljno samo pronalaženje dodatnih izvora sredstava. Ključno je organizirati način ubiranja i prikladnu alokaciju sredstava, odrediti vrijeme prikupljanja sredstava te od koga ih prikupljati. Nadalje potrebna je analiza utjecaja ključnih kontekstualnih čimbenika, posebno fiskalnih ograničenja, kako bi se odredio razmjer do kojeg je zemlja u mogućnosti postići ciljeve politike financiranja te zbog identificiranja izbora potencijalnih političkih mogućnosti koje se mogu uzeti u obzir. Ovakva analiza omogućuje realističan uvid u ono što je moguće implementirati i što se može postići.

Trenutna i buduća demografska struktura stanovništva kao kontekstualni čimbenik neke zemlje ima značajan utjecaj na politiku financiranja zdravstvene zaštite. Prvo, starije stanovništvo treba i potražuje više zdravstvenih usluga pa se posljedično s time zemlje sa starijim stanovništvom ili brzo starećim stanovništvom (niske stope fertiliteta) suočavaju s pritiskom rasta troškova zdravstvenog sustava. Nadalje, u zemljama s niskim stopama fertiliteta i starenjem stanovništva, obujam produktivne radne snage se smanjuje relativno prema ostatku stanovništva, osim ako se smanjenje stope fertiliteta ne nadoknađuje imigracijom radne snage. Ukoliko dolazi do pada udjela radne snage, smanjuje se i baza za prikupljanje prihoda za zdravstveni sustav. U Europi samo Njemačka i Nizozemska pokrivaju više od 60% izdataka za zdravstvo oslanjajući se na doprinose vezane uz zaposlenje. U Austriji, Luksemburgu i Belgiji manje od pola ukupnih izdataka financira se oporezivanjem plaća te se može ustvrditi da je proces diverzifikacije već počeo. Kako se demografske promjene nastavljaju, diverzifikacija će se nastaviti i bit će potrebne reforme koje će ukloniti povezanost pokrivanja zdravstvenih izdataka i statusa zapošljavanja. Treći kritični kontekstualni čimbenik za politiku financiranja zdravstvenog sektora je razmjer političko-administrativne decentralizacije u zemlji. U decentraliziranim zemljama poput BiH, Švedske i Švicarske, organizacija sustava financiranja zdravstvene zaštite zrcali organizaciju vladine administracije nastalu kao rezultat decentralizacije.

Nadalje, nekoliko dodatnih čimbenika utječe na izdatke za zdravstvo, a nadilaze isključivo demografske pokazatelje: zdravstveni status i funkcionalna sposobnost, troškovi povezani s nastankom smrti, ekonomski rast, tržište rada, tehnološki napredak i razvoj medicinske znanosti, pravno i institucionalno uređenje te postojeći kapaciteti.

S obzirom na specifične uvjete i čimbenike zdravstvenih sustava na raspolaganju su i različite mogućnosti financiranja zdravstva, a mogu se podijeliti na: oporezivanje, socijalno zdravstveno osiguranje, privatno zdravstveno osiguranje, račune zdravstvene zaštite, plaćanja iz džepa građana, zajmove i donacije. Neovisno o tome koja

se metoda financiranja rabi, u konačnici ciljevi politike financiranja zdravstvenog sustava moraju obuhvatiti:

ciljeve politike financiranja koji su identični općim ciljevima zdravstvene politike:

- promicanje opće zaštite protiv financijskog rizika
- promicanje pravednije distribucije tereta financiranja

ciljeve politike financiranja koji su pomoćni općim ciljevima zdravstvene politike:

- promicanje jednakosti upotrebe i dodjeljivanje usluga relativno prema potrebama takvih usluga
- povećavanje transparentnosti i odgovornosti sustava prema stanovništvu
- promicanje kvalitete i učinkovitosti u pružanju usluga
- poboljšanje učinkovitosti upravljanja sustavom financiranja zdravstva.

Zbog potrebe eksplicitne političke odluke kako bi se postavila razina financiranja zdravstvene zaštite, sustavi temeljeni na financiranju iz poreza teoretski mogu bolje držati troškove od onih temeljenih na doprinosima. Granice se mogu postaviti i u sustavima socijalnog zdravstvenog osiguranja što zahtijeva državnu regulaciju, čemu se mogu opirati nositelji moći u fondovima socijalnog zdravstvenog osiguranja. Privatno zdravstveno osiguranje je povezano s visokim troškovima zbog dodatnih troškova administracije, marketinga, posebno gdje su pružatelji usluga profitna, međusobno konkurentna osiguranja. Privatni zdravstveni osiguratelji su zainteresirani za maksimiranje profita što daje poticaj za maksimiranjem prihoda (naplatom visokih premija) i minimiziranjem izdataka uključujući ubiranje vrhnja, pregledavanje korištenja usluga kako bi se eliminirale nepotrebne procedure i isključivanje skupih liječenja iz beneficija. Osiguranje vezano uz posao, odnosno profesiju može voditi neučinkovitosti u ekonomiji smanjujući fleksibilnost tržišta rada, ali nema jednoznačnih dokaza za navedeno. Socijalno zdravstveno osiguranje može utjecati na ekonomiju i tržište rada više nego oporezivanje jer se doprinosi postavljaju na plaće, a poslodavci su odgovorni za dio doprinosa. Nadalje, skuplje je upravljanje privatnim zdravstvenim osiguranjem, računima zdravstvene štednje i naknadama.

Činjenica da je većina mehanizama financiranja kombinirana u praksi znači da je evaluacija funkcioniranja sustava na temelju izvora financiranja teška. Tablica 1 prikazuje prednosti i nedostatke različitih metoda financiranja zdravstvenih sustava.

Ulaganja u zdravstveni sektor ponajviše ovise o stupnju razvoja ekonomije i njenoj opskrbljenosti kapitalom. No, iako je država glavni izvor financiranja zdravstva, postoje i drugi izvori financiranja te se preporuča poticanje suradnje između različitih institucija, privatnih ulagača i države kako bi se prikupila što veća sredstva i omogućio razvoj i modernizacija zdravstvenog sektora. Potencijalni izvori financiranja projekata razvoja zdravstva su: ulaganja i subvencije države, regionalni fondovi, privatni ulagači, regionalne, odnosno međunarodne investicijske banke te međunarodne institucije kao što su Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka i druge. Na odluku o najboljem izvoru financiranja utječu mnogobrojni čimbenici: organizacija zdravstvenog sustava (privatno ili javno zdravstvo), financiranje zdravstva (javni ili nezavisni modeli osiguranja), pribavljanje informacijsko-komunikacijske tehnologije, rizik, utjecaj ulaganja tijekom životnog ciklusa projekta, visina potrebnog ulaganja i slično. U raspoložive izvore financiranja zdravstvenih projekata valja ubrojiti komercijalno financiranje, tržište kapitala, *venture* kapital, javno financiranje, doprinose građana, interno financiranje, javno-privatna partnerstva, poslovne anđele. Snošenje dijela troškova od strane građana može znatno smanjiti teret državnog proračuna i može spriječiti prekomjerno traženje zdravstvenih usluga. S druge strane, troškovi ne bi smjeli biti previsoki tako da spriječe

traženje nužne zdravstvene zaštite. Javno-privatna partnerstva predstavljaju rješenje problema stroge regulacije kojoj su podložne javne institucije i nedostatka financijskih sredstva kojima raspolažu.

Tablica 1. Prednosti i nedostaci različitih metoda financiranja zdravstvenih sustava. Izvor: Dixon i sur, 2004.

metoda skupljanja prihoda	prednosti	nedostaci
izravno oporezivanje	široka baza (sav dohodak); administrativno jednostavno; obično progresivno i promovira solidarnost; univerzalna pokrivenost; udruživanje sredstava i bolja zaštita od rizika; dopušta izbor između zdravstvenog i drugih područja javnog sektora	potencijalne porezne distorzije; usklađenost može biti teška; alokacija je predmet političkih pregovora
neizravno oporezivanje	vidljivi izvor prihoda (sve transakcije); administrativno jednostavno; jednostavna usklađenost	potencijalne porezne distorzije; alokacija ovisi o razini potrošnje; obično regresivno
socijalno zdravstveno osiguranje	izdvojena sredstva za zdravstvo; odvojeno od vladinih prihoda; vidljiv izvor prihoda, lako izdvojiv od izvora; potencijalno mali otpor povećanjima; neovisno upravljanje sredstvima; može dopustiti izbor osiguratelja	teško uskladiti za samozaposlene i radnike u sivoj ekonomiji; povezuje prava s doprinosima, problem neosiguranih; povećava trošak rada i može smanjiti međunarodnu konkurentnost; prihodi slijede ekonomski ciklus, jaki regulatorni okvir; uska baza za prihode (samo se primjenjuje na zaradeni dohodak); potreba za specijalnim mehanizmima financiranja doprinosa u ime nezaposlenih, umirovljenika, radnika u neslužbenom sektoru i slično
dobrovoljno zdravstveno osiguranje	može dopustiti izbor osiguratelja; pruža osiguranje za troškove koje ne pokriva javni sustav (dodatno)	potreban snažan regulatorni okvir, rizik pogrešnog izbora (rezultira eskaliranim premijama); odabir prema riziku (ostavlja dio stanovnika neosiguranim); može povezivati plaćanja s korištenjem, pristup vezan uz pokrivenost osiguranjem; obično regresivno; ograničeno udruživanje sredstava
korisničke naknade	može smanjiti korištenje neefektivnih dobara i usluga (ako se primjenjuje diferencirano)	povezuje plaćanje s korištenjem; može narušiti pristup potrebnim uslugama; pristup vezan uz mogućnost plaćanja; regresivno; nema udruživanja sredstava

3.4.2 Politika financiranja zdravstvenih sustava u zemljama EU-a

Europski se zdravstveni sustavi mogu promatrati kao emanacije dvaju općih modela socijalne zdravstvene zaštite, nazvanih po svojim utemeljiteljima: (1) Bismarckov model ili osiguravateljni zdravstveni sustav i (2) Beveridgeov model ili nacionalni zdravstveni sustav. EU nema politički mandat za miješanje u nacionalne sustave socijalnog osiguranja pa ne postoji EU socijalni model jer su razlike među članicama velike. EU može utjecati na navike javnih izdataka preko proračuna i stimuliranjem rasta, a prema novoj strategiji razvoja.

Opća ili univerzalna zdravstvena zaštita jamči se ustavima mnogih zemalja članica EU-a, kao i s nekoliko međunarodnih povelja i konvencija kojima je i EU potpisnik. Tri glavna zahtjeva koja opća zdravstvena zaštita mora ispunjavati su: (1) puna teritorijalna pokrivenost, (2) puna osobna pokrivenost i (3) dostupnost za sve.

Ne postoji univerzalan odgovor na koji način financirati zdravstvene sustave. U većini europskih zemalja, temelji financiranja zdravstvenih sustava postavljeni su prije više desetljeća te predstavljaju dio nacionalnog kulturnog identiteta.

Unatoč ekonomskim različitostima, zemlje Središnje i Istočne Europe imale su zajedničke karakteristike sustava zdravstvene zaštite do 1989. godine. Pružanje usluga zdravstvene zaštite temeljilo se na sovjetskom Semaško modelu: građanima je jamčen pristup širokom rasponu usluga zdravstvene zaštite od preventivnih, kurativnih do rehabilitacijskih usluga, a financiranje sustava zdravstvene zaštite temeljilo se na oporezivanju sa sredstvima kanaliziranim kroz središnju i lokalnu vlast. Također su postojali paralelni zdravstveni sustavi financirani od strane ministarstva i velikih kompanija. Država je pružala usluge zdravstvene zaštite svim članovima društva ostavljajući vrlo malo ili nikakvu mogućnost izbora korisnicima, a sve u svrhu postizanja visoke razine pravednosti. To je bio visoko reguliran, centraliziran i standardiziran sustav koji je djelovao kroz ministarstva zdravlja. Tijekom procesa tranzicije došlo je do smanjivanja razine pokrivenosti zbog nemogućnosti vlada da financiraju prijašnje iznose. Fiskalni pritisak da se beneficije usklade s prihodima potaknuo je reforme paketa beneficija u mnogim zemljama. U nekim zemljama Srednje i Istočne Europe poput Mađarske, Hrvatske i Poljske, jaz između beneficija i prihoda nije doveo samo do rasta neslužbenih plaćanja, već i do stalnog deficita fondova zdravstvenog osiguranja ili akumuliranih dugova pružatelja usluga.

Danas se zemlje EU27 dijele u tri grupe s obzirom na način financiranja sustava zdravstva:

1. najveću grupu čine zemlje koje financiraju zdravstvene sustave kroz socijalne doprinose (Austrija, Belgija, Češka Republika, Estonija, Francuska, Njemačka, Mađarska, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Rumunjska, Slovačka i Slovenija),

2. zemlje koje financiraju zdravstvene sustave većinom kroz oporezivanje (Danska, Finska, Irska, Italija, Malta, Portugal, Španjolska, Švedska i Velika Britanija),

3. grupa zemalja koja se većinom oslanja na plaćanja iz džepa građana (Bugarska, Cipar, Grčka i Latvija).

Zemlje EU-a, kao i sve zemlje svijeta, suočavaju se s različitim izazovima financiranja svojih zdravstvenih sustava. Osiguravanje zdravstvenih usluga svim ljudima koji ju trebaju na način da ih ne stavlja u rizik od financijske propasti zahtijeva značajni redizajn politike financiranja zdravstvene zaštite. Kako bi se izašlo na kraj s rastom izdataka za zdravstvo, mnoge su se europske zemlje okrenule privatnim mogućnostima financiranja. Ipak, u svim zemljama EU-a, osim Nizozemske i Francuske, uloga privatnog zdravstvenog osiguranja još uvijek ostaje marginalna. Privatna zdravstvena osiguranja mogu se pozicionirati uz javne sustave na četiri načina:

1. osiguravanje primarne pokrivenosti za grupe stanovništva, zamjenjujući pokrivenost koju nudi javni sustav (Austrija, Njemačka ili Nizozemska),

2. nadopunjujući primarnu pokrivenost kada javni sustav zahtijeva od pacijenata da plaćaju doprinose kao u slučaju Francuske,

3. zamjenjujući pokrivenost koju osigurava javni sustav financirajući robe i usluge koje su inače isključene (Danska, Italija ili Nizozemska),

4. nudeći alternativu javnom sustavu (Velika Britanija, Irska).

Analiza na primjeru Australije, Kanade i Švicarske je pokazala dobre preduvjete za konkurenciju na tržištu osiguranja. Bez obzira na temelje za konkurenciju, osiguratelji ne konkuriraju kvalitetom ili učinkovitošću troškova. Troškovna učinkovitost nije postignuta

jer su ukupni troškovi po osiguraniku i troškovi menadžmenta veći u privatnom nego u javnom osiguranju. Nekoliko je razloga tome: osiguratelji nemaju poticaja za konkuriranje smanjivanjem troškova, porezi i subvencije potrebne za stabilizaciju potražnje za privatnim zdravstvenim osiguranjem ne omogućuju smanjenje javnih izdataka. Dodatno privatno zdravstveno osiguranje ne smije pokrivati prava koja pokrivaju osnovna prava. Zdravstvene usluge koje nisu pokriveni ni privatnim ni javnim osiguranjem moraju se platiti o trošku građana.

Nadalje, neke zemlje rješenje problema nedostatnih financijskih sredstava vide u uvođenju centraliziranog sustava prikupljanja sredstava. Smatra se da bi ovakav način bio učinkovitiji u generiranju prihoda od sustava u kojem pojedini osiguravajući fondovi prikupljaju sredstva. U konačnici, cilj zemalja EU-a mora biti kreiranje takvih politika financiranja zdravstvenog sustava koje će kao osnovni cilj imati promicanje transparentnosti, kvalitete, učinkovitosti i dostupnosti zdravstvene zaštite.

3.4.3 Iskustva iz provedenih reformi sustava financiranja zdravstva u EU-u

Općenito, dva trenda reformi sustava financiranja zdravstva u zemljama EU-a mogu se identificirati. Prvo, zemlje članice napravile su značajne napore u promicanju jednakosti pristupa zdravstvenoj zaštiti širenjem pokrivenosti, povećavanjem regulacije privatnog zdravstvenog osiguranja, poboljšavanjem politike dijeljenja troškova i strateškom alokacijom resursa. Drugo, novi je naglasak na osiguravanju kvalitete zdravstvene zaštite i vrijednosti za plaćeni novac. Primjerice, veća je uporaba procjene zdravstvene tehnologije, više se napora ulaže u stratešku kupovinu i slično. Iako zadržavanje rasta troškova ostaje značajno pitanje u zemljama EU-a, nositelji politike nisu više voljni žrtvovati jednakost, kvalitetu ili učinkovitost u svrhu zaustavljanja rasta izdataka. Nekoliko zadnjih reformi predstavlja dijelom i pokušaj da se smanje negativni učinci postavljanja prioriteta zadržavanja rasta troškova naspram ispunjavanja ciljeva politike financiranja zdravstva.

Kao što je navedeno, javno financiranje zdravstva je superiorno u odnosu na privatno financiranje. Javno financiranje doprinosi učinkovitosti i jednakosti osiguravajući zaštitu od financijskog rizika. Privatni mehanizmi financiranja uključuju ili ograničeno udruživanje sredstava ili uopće nema udruživanja sredstava i obično povezuju plaćanja s rizikom od obolijevanja i mogućnošću plaćanja. Javno je financiranje također superiorno s aspekta osiguravanja vrijednosti za novac koje je središnje pitanje za osiguravanje ekonomske i financijske održivosti. Naravno, javno financiranje nije bez nedostataka. Tamo gdje socijalni doprinosi dominiraju javlja se pitanje troškova rada i konkurentnosti te starenjem stanovništva, rastom broja samozaposlenih i sive ekonomije sve je manje onih koji doprinose. Javlja se i pitanje generiranja dovoljnih prihoda tamo gdje je kapacitet uvođenja poreza i doprinosa mali. Primjerice, Njemačka je 2007. uvela zakon kojim je povećala iznos transfera iz proračuna osiguravateljskim fondovima. Nakon krize iz 2009. godine, Njemačka je ubrizgala sredstva iz proračuna u zdravstveni osiguravateljski sustav kako bi se smanjio porez na plaće za 1% uslijed velike zabrinutosti zbog nezaposlenosti. Sve navedeno predstavlja samo prilagodbu izvora, ali ne i fundamentalnu promjenu njemačkog zdravstvenog sustava.

3.4.4 Financiranje bolnica u zemljama EU-a

U svim zemljama EU-a na bolnički sektor otpada najviše izdataka za zdravstvenu zaštitu. Razina tog udjela ipak se značajno razlikuje od zemlje do zemlje. Nadalje, razina izdataka za bolnički

sektor se smanjuje tijekom posljednjih dvadesetak godina zbog smanjivanja izdataka. Bolnička se skrb restrukturira te se smanjuje broj kreveta za akutnu skrb.

Tehnološki napredak u medicini je omogućio razvoj alternativa potpunoj hospitalizaciji. Dnevna hospitalizacija ili hospitalizacija kod kuće pripadaju ovoj kategoriji. Razvoj ovih alternativa punoj hospitalizaciji potiče smanjenje bolničkih kreveta jer oni više nisu potrebni, već su potrebni kreveti za dnevnu njegu te se potiče učinkovitost s obzirom na niže troškove u odnosu na punu hospitalizaciju. Na ovaj način, Italija je smanjila broj kreveta od 1990. do 2004. godine za 40%. To je jedna od europskih zemalja u kojoj su alternative punoj hospitalizaciji značajno razvijene.

Većina bolnica je javna. Javne bolnice su u vlasništvu države ili, što je sve češći slučaj, lokalnih vlasti. Bez obzira na to, one postaju sve samostalnije, s tim da se razina autonomije razlikuje od zemlje do zemlje. U Francuskoj javne bolnice imaju određenu financijsku slobodu, ali država ostaje uključena u njihovo upravljanje. U Švedskoj javne bolnice pripadaju okruzima i pod njihovim su autoritetom, ali se njima upravlja neovisno i imaju svoje proračune od 1980-ih. Od 2002. godine u Estoniji javne bolnice imaju značajnu autonomiju u odlučivanju glede zapošljavanja, plaća osoblja i pozajmljivanja od financijskih institucija. U Engleskoj javne bolnice vjerojatno imaju najveći stupanj samostalnosti u Europi sa širenjem modela novog javnog upravljanja 1980-ih godina.

Nema prave definicije privatnog bolničkog statusa u Europi, već nekoliko klasifikacija privatnog, ne samo između, već i unutar članica EU-a. Takve bolnice mogu biti neprofitne i pripadati primjerice nekom udruženju ili zakladi, ili pak profitne i pripadati pojedincima, pravnim osobama i slično. Javni sustavi zdravstvene zaštite mogu i ne moraju ponuditi pokrivenost troškova zdravstvene zaštite nastalih u privatnim institucijama. Takva pokrivenost može se urediti određenim uvjetima te privatni sektor može biti pozvan za sudjelovanje u javnim bolničkim uslugama.

Članice EU-a mogu se klasificirati prema kapacitetu svih tipova javnih i privatnih zdravstvenih ustanova. Prema istraživanju iz 2008. godine, u 12 zemalja članica EU-a manje od 10% kreveta je privatno. Javnu bolničku strukturu većinom su zadržale zemlje Središnje i Istočne Europe.

U četiri zemlje članice EU-a (Belgija, Cipar, Luksemburg i Nizozemska) bolničku skrb većinom osigurava privatni sektor koji je primarno neprofitan. U dvjema zemljama članicama EU-a (Španjolska i Francuska) ima više privatnih od javnih bolnica, ali privatne su manje veličinom i profitno usmjerene.

Čini se da uloga privatnog sektora u bolničkoj skrbi u većini zemalja EU-a raste od 1980-ih godina. Ovaj se trend objašnjava izgradnjom novih privatnih zdravstvenih ustanova, primjerice u Rumunjskoj i Bugarskoj, kao i promjenom statusa nekih bolnica.

Kolaboracija između javnog i privatnog sektora uznapredovala je posljednjih godina uključivanjem privatnog sektora u financiranje, izgradnju i održavanje bolničke opreme i zgrada u okviru javno-privatnog partnerstva. Prednost ovakvih financijskih sporazuma, koje potiče i Europska komisija, je ta što omogućuju pokretanje velikih građevinskih projekata. Velika Britanija je prva članica EU-a koja je javno-privatnom partnerstvu prepustila bolničke investicije. Javno-privatna partnerstva su također dobro razvijena u Španjolskoj i Portugalu. Francuska, Njemačka, Grčka, Italija, Nizozemska, Rumunjska i Slovenija već koriste ovakva partnerstva ili su u fazi pripremanja zakonodavstva kako bi ih omogućile. Ostale zemlje članice EU-a polako slijede njihove primjere.

U gotovo pola zemalja članica EU-a (Češka Republika, Danska, Grčka, Italija, Litva, Malta, Nizozemska, Poljska, Portugal, Rumunjska, Španjolska i Velika Britanija) bolnička skrb je u potpunosti besplatna. U preostalim zemljama, udjel bolničkih troškova koje pacijenti plaćaju sami obično su u formi dnevne naknade koje su općenito niske. Javno zdravstveno osiguranje većinom kompenzira bolnicama zdravstvene usluge koje ove pružaju. Retrospektivne sustave plaćanja u bolničkom sektoru koji se temelje na *ex post* troškovima (obično plaćanja ovisno o uslugama, po danu ili oboje) postupno se zamjenjuju prospektivnim sustavima plaćanja koji se temelje na *ex ante* definiranim troškovima i neovisno o stvarnim troškovima. Dva najuobičajenija oblika prospektivnih sustava plaćanja su (1) proračun uspostavljen na temelju povijesnih (prethodnih) troškova i/ili pregovorima između bolnica i njihovog nadzornog tijela čiji su osnovni nedostaci slabo poticanje produktivnosti i rizik povećavanja lista čekanja i (2) patološki usmjerena plaćanja, također poznata kao »plaćanje po slučaju« ili »plaćanje temeljeno na aktivnostima«. Ovaj mehanizam temelji se na klasifikaciji boravaka pacijenata prema skupinama bolesti, definiranih prema sličnoj dijagnostici i liječenju te financijskim resursima potrebnim za njihovo upravljanje. Postoji nekoliko klasifikacija od kojih je najpoznatija *Diagnosis Related Groups* iz SAD-a.

Švedska, Mađarska i Italija su među prvim europskim zemljama uvele ovaj tip bolničkog financiranja između 1992. i 1995. godine. Otada im se pridružilo oko dvadeset drugih članica EU-a uključujući Francusku, Estoniju, Njemačku i Nizozemsku 2004. i 2005. godine. Njegova implementacija u uznapredovanoj fazi u trima ostalim zemljama EU-a: Cipru, Češkoj Republici i Grčkoj.

Poboljšavanje kontrole troškova, jačanje transparentnosti i smanjivanje lista čekanja predstavljaju glavne razloge za uvođenje patološki usmjerenih prospektivnih plaćanja u bolnicama. Glavne ciljeve ovog načina plaćanja dijele gotovo sve zemlje članice EU-a, ali njegova implementacija se značajno razlikuje od zemlje do zemlje. U većini zemalja članica, patološki usmjereno plaćanje primjenjuje se samo na akutnu skrb. Ovo se može proširiti na druge discipline, kao na psihijatriju u Italiji. U mnogim zemljama iza uvođenja patološki usmjerenog plaćanja stoji država što može dovesti do centralizacije proračunskih moći u zemljama s decentraliziranim zdravstvenim sustavima (posebno u Austriji i Italiji). Dodatno, uz ovaj način financiranja, mehanizam za alokaciju bolničkih resursa u većini zemalja EU-a i dalje uključuje opći proračun korišten uglavnom za financiranje aktivnosti od općih interesa koje su odvojene od aktivnosti vezanih uz ostanke u bolnici (medicinska usavršavanja, istraživanja i slično). Zaključno, bolnice su uvijek prve pod utjecajem zdravstvenih reformi. Analizirajući članice EU-a, razlike su evidentne kao i kod ostalih zdravstvenih pitanja.

3.4.5 Utjecaj aktualne financijske krize na politiku financiranja zdravstvenih sustava EU-a

Na politiku financiranja zdravstvenih sustava utjecala je i aktualna ekonomska i financijska kriza koja je nakon razdoblja rasta i stabilnosti pogodila sve zemlje članice EU-a te one bilježe značajan porast deficita državnog proračuna i javnog duga. Proračuni javnih institucija pod velikim su pritiskom i na strani prihoda i na strani rashoda. Rastuće stope nezaposlenosti smanjile su javne prihode, posebno u onim zemljama gdje se temelje većinom ili isključivo na doprinosima zaposlenih i poslodavaca. Europske vlade poduzele su brojne mjere kako bi održale svoje ekonomije. Neke su pokušale povećati kupovnu moć kućanstava i u isto vrijeme davati financijske potpore poduzećima i investicijama. Druge su odlučile snažno

poduprijeti financijski sektor, dok su se neke opet odlučile za međunarodnu pomoć kako bi se oporavile od posljedica krize.

Smanjenje plaća te porast nezaposlenosti smanjili su resurse iz poreza i doprinosa socijalnom osiguranju što je imalo ozbiljan utjecaj na kapacitet i održivost zdravstvenih sustava zemalja članica EU-a. U svrhu zaštite od krize, neke su zemlje implementirale reforme zdravstvenih sustava, a neke poduzele izravne financijske mjere. Starije zemlje članice EU-a u cilju suočavanja s izazovima financijske održivosti zdravstvenog sustava odlučile su se za proširenje prihodovne baze. Primjerice, Francuska i Njemačka su započele prikupljanje sredstava putem poreznih alokacija, smanjujući time ovisnost o sredstvima izdvajanja iz dohotka zaposlenih. Za razliku od toga, mnoge zemlje Srednje i Istočne Europe su tijekom devedesetih godina prošloga stoljeća učinile odmak od prikupljanja sredstava oporezivanjem prema prikupljanju sredstava putem izdvajanja od dohotka zaposlenih. Ovakav način financiranja pokazao se neodrživim uslijed povećanja nezaposlenosti i sive ekonomije. Teško je reći jesu li reforme zdravstvenih sustava započete isključivo zbog utjecaja krize ili ih je kriza samo ubrzala.

Neke zemlje EU-a su uslijed krize smanjile potrošnju na zdravstvenu skrb i uvele granice porasta proračuna za zdravstvenu skrb. Druge su smanjile operativne troškove zdravstvenih usluga, smanjile cijene koje se plaćaju dobavljačima usluga pokrivene zdravstvenim osiguranjem ili smanjile troškove na farmaceutske proizvode i slično. Od sveobuhvatnih mjera, zemlje članice EU-a primjenjivale su sljedeće: poticanje rasta aktivnosti i produktivnosti, poticanje izvrsnosti, uvođenje ili poboljšavanje objedinjene nabave, racionaliziranje ponude zdravstvene skrbi, poboljšavanje koordinacije između različitih razina skrbi i slično.

Glavne posljedice ograničenja resursa u zdravstvenom sustavu na zdravstvene profesionalce su vidljive u politikama zapošljavanja i reformama umirovljenja koje su provedene u većini zemalja članica EU-a. U više slučajeva, vlade su poticale politike s ciljem otpuštanja ili nezamjenjivanja umirovljenog osoblja ili implementirale različita ograničenja o novim zapošljavanjima. Daljnji paket mjera sastojao se od smanjivanja plaća, zajedničkog trenda cijelom javnom sektoru. Pad plaća je natjerao radnu snagu u inozemstvo. No, ima slučajeva u okviru zemalja članica EU-a gdje je kriza dovela do priljeva profesionalca u sustav zdravstvene skrbi. Zbog krize, neke su zemlje članice EU-a uvele mjere koje izravno utječu na pacijente i cijelo stanovništvo. Te se mjere sastoje od reformi zdravstvenog i socijalnog osiguranja, smanjivanja stopa osiguranja od bolesti i primanja u tijeku bolovanja. Izravna plaćanja građana za tretmane, posjete, hospitalizaciju, lijekove i slično su područja od najznačajnijeg porasta troškova za građane. Troškovi hospitalizacije su porasli kao i doprinosi pacijenata za neke usluge, ili su tek uvedeni.

Ne manje važno i aktualno je pitanje odgovornosti pacijenata za svoje zdravlje te pitanje većeg obujma financiranja zdravstvene zaštite za odgovornije pacijente i veće sudjelovanje u troškovima manje odgovornih pacijenata.

3.4.6 *Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava*

Danas većina zemalja koristi različite kombinacije izvora sredstava financiranja zdravstvenih sustava te nema »čistih« sustava koji se uzdaju u samo jedan izvor. Hrvatski je zdravstveni sustav suočen s nesrazmjerom dostupnih javnih resursa i rastućih izdataka. Dosađajne reforme su se većinom koncentrirale na pronalazak dodatnih financijskih resursa i pomicanje zdravstvenih izdataka s javnog na privatne izvore. Na taj način kompromitiran je sustav socijalnog koncepta bez adekvatne pažnje posvećene problemu rasta izdataka za zdravstvo.

Način financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava po svojim karakteristikama je najbliži Bismarckovom modelu financiranja u kojem funkcionira sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja koji pokriva veći dio javnih izdataka za usluge zdravstvene zaštite s jednim fondom za zdravstveno osiguranje na cijelo stanovništvo – Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se na račun Državne riznice te čine dio Državnog proračuna iz kojeg HZZO prima sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje. Ova sredstva potječu iz tri izvora: (1) doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, (2) sredstava prikupljenih općim oporezivanjem i (3) županijskih prihoda prikupljenim regionalnim porezima. Kako bi primali javna sredstva za pružanje zdravstvenih usluga, svi pružatelji, neovisno o vlasništvu, moraju sklopiti godišnje ugovore s HZZO-om koji određuje cijene usluga i oblike plaćanja. Financiranje hrvatskog sustava obveznog zdravstvenog osiguranja ne ovisi samo o doprinosima iz plaća. Dio dolazi od transfera središnje države, a dio iz drugih izvora poput zajmova, kamata i slično.

Stopa doprinosa iz plaća koju u potpunosti plaćaju poslodavci 1993. godine je iznosila 18%, reformom iz 2000. godine je smanjena na 16% (7% plaćali poslodavci, a 9% radnici), a 2002. godine na 15% bruto plaće koje u potpunosti plaćaju poslodavci. Od 2002. godine dodatni dohodak od rada zarađen osim plaće postao je oporeziv po istoj stopi. Od 1. svibnja 2012. godine stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje smanjena je s 15% na 13%. Smanjenje stope doprinosa za zdravstveno osiguranje predstavlja dodatan izazov financiranju zdravstvenog sustava budući da će po toj osnovi manje sredstava pritecати u proračun i dalje se alocirati u zdravstveni sektor.

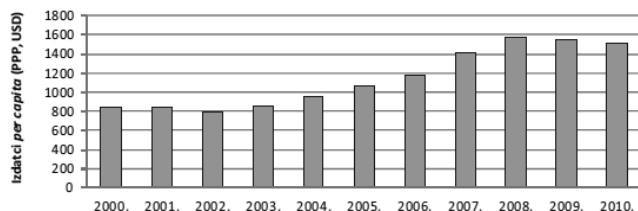
Specifično je da potreba za zdravstvenom zaštitom tijekom kriza raste, a smanjuju se javni prihodi, kao što je trenutno slučaj i u Hrvatskoj. Ako se javna potrošnja na zdravstvo smanji, teret se pomiče na pacijente. Smanjivanje javnih izdataka može rezultirati narušavanjem kontinuiteta i kvalitete skrbi. Činjenica je da smanjenja u rutinskoj skrbi danas mogu voditi neotkrivenim bolestima sutra i smanjenju zdravlja i blagostanja pojedinaca u daljnjoj budućnosti. S obzirom na navedeno, stručnjaci predlažu anticikličnu fiskalnu politiku, odnosno nesmanjivanje javnih izdataka za zdravstvo u doba krize te poboljšanje učinkovitosti kako bi se opravdala takva politika, a u vidu: eliminiranja neučinkovitih i neadekvatnih usluga, poboljšanja racionalne uporabe lijekova uključujući i kontrolu obujma, alokacije više sredstava primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalističkoj zaštiti, a nauštrb bolničkoj, investiranja u infrastrukturu čiji su troškovi funkcioniranja niži, smanjivanja obujma najmanje troškovno učinkovitih usluga te smanjivanja neproduktivnih administrativnih troškova. Glavnim financijskim alatom za ostvarivanje navedenih poboljšanja smatra se strateška kupovina usluga. Kupcu je potreban stabilan i predvidljiv tijek sredstava na temelju ugovora s ponuđačima usluga.

Kao ključni problemi modela financiranja zdravstva u Hrvatskoj mogu se istaknuti problem raspodjele sredstava, netransparentnost financiranja, premala izdvajanja za primarnu zdravstvenu skrb te predugi rokovi plaćanja. U budućnosti se očekuju promjene u obliku povećane participacije građana, većih izdvajanja za preventivu te potrebe iznalaženja novih modela financiranja.

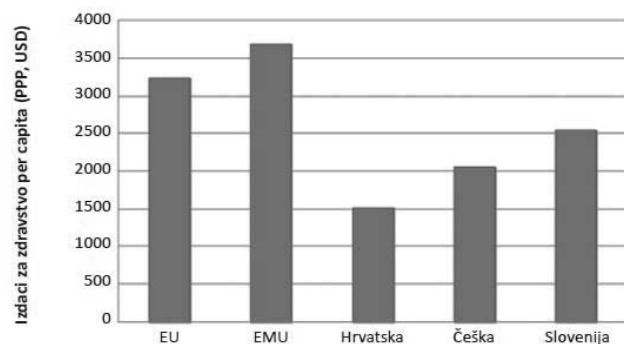
3.4.7 *Komparativna analiza izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj i odabranim zemljama*

Izdaci za zdravstvo *per capita* u Hrvatskoj 2010. godine su značajno niži nego u zemljama EU-u, EMU-u (zemljama europske monetarne unije), Češkoj i Sloveniji, iako pokazuju trend rasta u razdoblju 2000.-2010. (Slika 1 i 2). Ipak, od 2008. godine kada su iznosili 1.581 USD (PPP) opadaju i 2010. godine iznose 1.514 USD (PPP). Niži je i udjel ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u nego

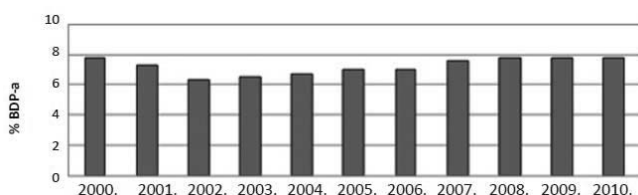
u promatranim zemljama, odnosno grupama zemalja. Od 2008. do 2010. godine udjel ukupnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj se nije mijenjao i iznosi 7,76 % BDP-a (Slika 3). Prosjek EU-a za 2010. godinu je 10,41% BDP-a, u Sloveniji je 9,41% BDP-a dok je u Češkoj 7,88 % BDP-a (Slika 4).



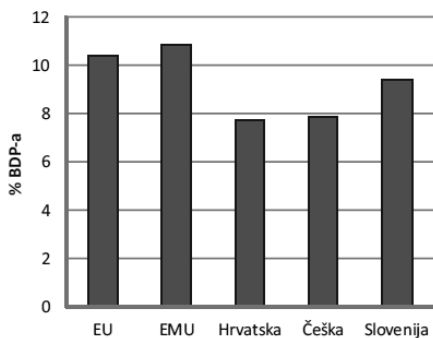
Slika 1. Izdaci za zdravstvo per capita (PPP, USD) u Hrvatskoj, 2000.-2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 2. Izdaci za zdravstvo per capita (PPP, USD) u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji 2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

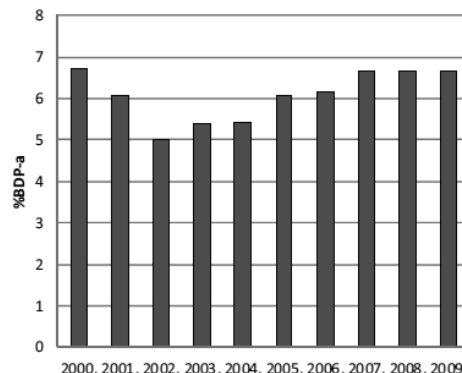


Slika 3. Ukupni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj (% BDP-a). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

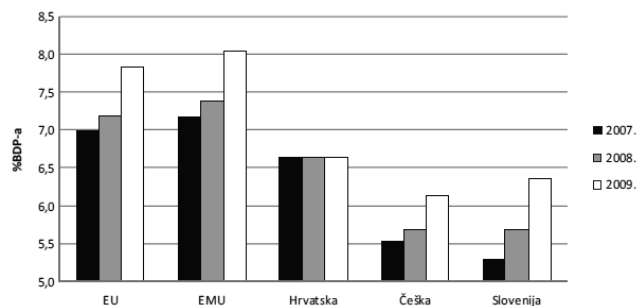


Slika 4. Ukupni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% BDP-a), 2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

Udjel javnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u Hrvatskoj (6,6%) viši je nego u Češkoj (6,1%) i Sloveniji (6,4%), no niži je nego ukupan udjel javnih izdataka u BDP-u EU-a koji je 2009. godine iznosio 7,8% BDP-a te pokazuje trend rasta (Slika 5 i 6).

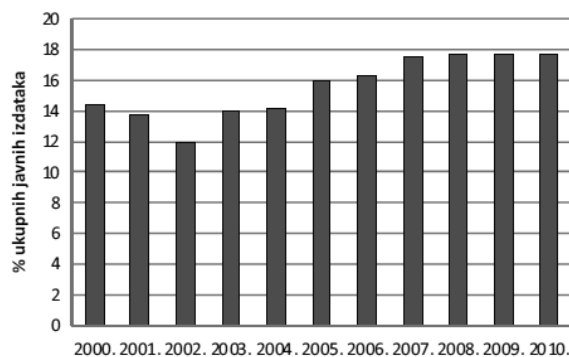


Slika 5. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj (% BDP-a). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

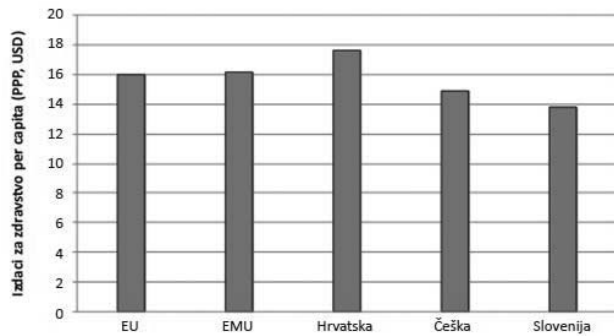


Slika 6. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% BDP-a). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj u razdoblju 2008.-2010. bili su nepromijenjeni. Njihov udjel u ukupnim javnim izdacima u tom razdoblju iznosi je 17,7% što je više nego u zemljama EU-a, EMU-a, Češkoj i Sloveniji gdje su izdaci za zdravstvo imali najmanji udjel u ukupnim javnim izdacima među promatranim zemljama te su 2010. godine činili 13,8% (Slika 7 i 8). Iako su javni izdaci za zdravstvo kao udio u ukupnim javnim izdacima viši u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a, u apsolutnom smislu ti su izdaci manji s obzirom na ukupan BDP Hrvatske, kao i iznos ukupnih javnih izdataka.

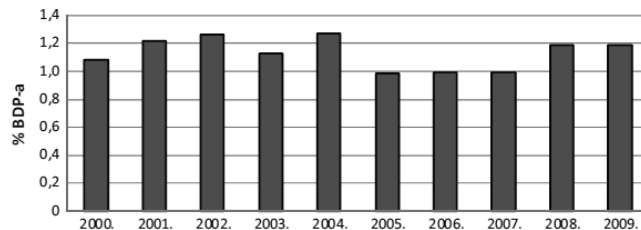


Slika 7. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj (% ukupnih javnih izdataka). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

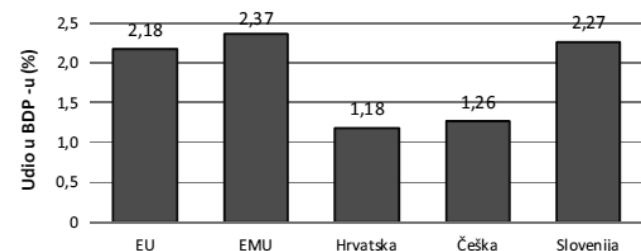


Slika 8. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih javnih izdataka). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

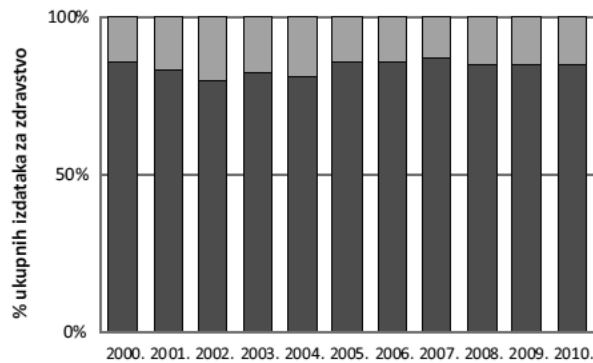
Udjel privatnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u Hrvatskoj je niži nego u zemljama EU-a, EMU-a, Sloveniji i Češkoj te je 2008. i 2009. godine iznosio 1,18% BDP-a, u Češkoj je 2009. bio 1,26% BDP-a, dok je u zemljama EU-a, EMU-a i Slovenije bio više od 2% BDP-a (Slika 9 i 10). Nadalje, u Hrvatskoj javni izdaci sudjeluju s oko 85% u ukupnim izdacima za zdravstvo što je više nego 2010. godine u EU-u (77%), EMU-u (76%), Sloveniji (74%), dok je Češka s 84% blizu Hrvatske prema ovom pokazatelju (Slika 11 i 12).



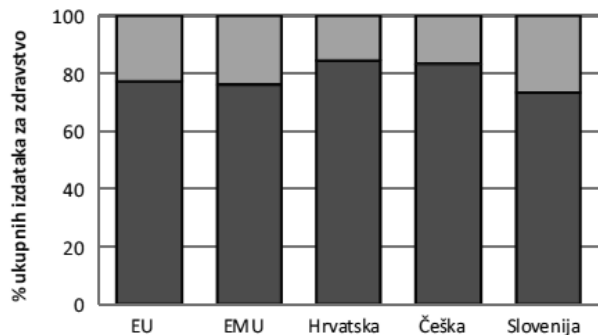
Slika 9. Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 10. Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



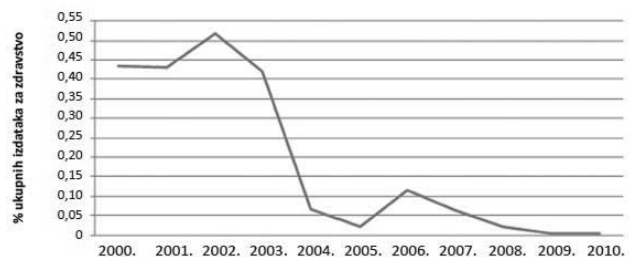
Slika 11. Javni i ostali izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Tamno sivo – javni izdaci; svjetlo sivo – ostali izdaci. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



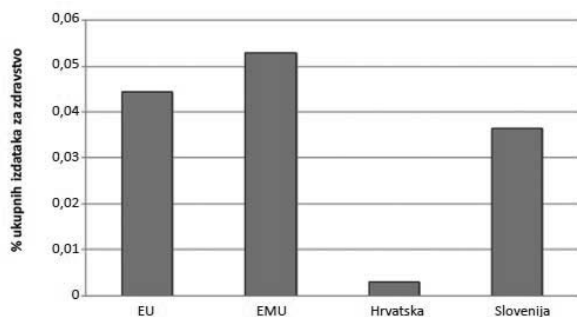
Slika 12. Javni i ostali izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Tamno sivo – javni izdaci; svjetlo sivo – ostali izdaci. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

Može se zaključiti da dominiraju javni izdaci za zdravstvo te da je udjel privatnih izdataka marginalan, osobito kada je riječ o Hrvatskoj u kojoj su privatni izdaci za zdravstvo niži nego u EU-u. Povećanjem privatnih izdataka za zdravstvo potencijalno se može utjecati na rasterećenje javnog sustava financiranja zdravstva te je stoga ova mjera nerijetko dio reformi sustava financiranja zdravstva.

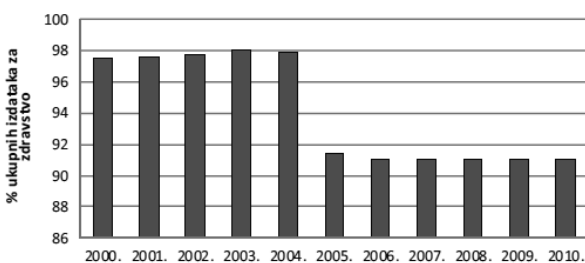
Vanjski izvori izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj su zanemarivi te imaju trend pada u razdoblju 2000.-2010. godine kada su iznosili 0,003% ukupnih izdataka za zdravstvo (Slika 13). U promatranim zemljama, odnosno grupama zemalja (EU, EMU i Slovenija) ti su iznosi nešto viši i kreću se od 0,03-0,05% (Slika 14), dok u Češkoj uopće nema vanjskih izvora izdataka za zdravstvo (Slika 14). Oko 91% javnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj ide preko HZZO-a (Slika 15).



Slika 13. Vanjski izvori izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

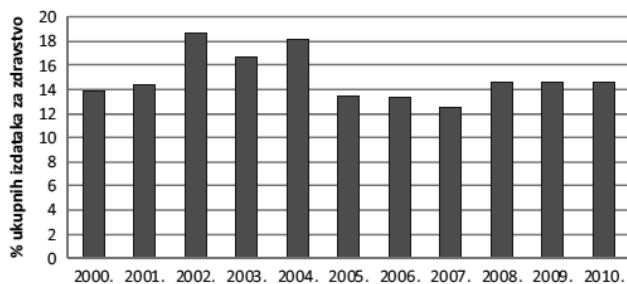


Slika 14. Vanjski izvori izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u i Sloveniji (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

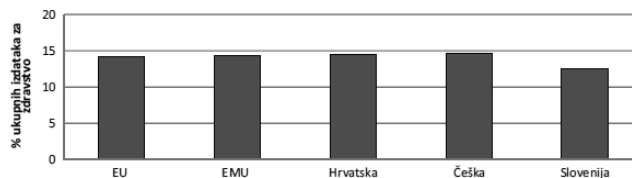


Slika 15. Fondovi socijalne sigurnosti u Hrvatskoj 2000.-2010. (% javnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, baza podataka.

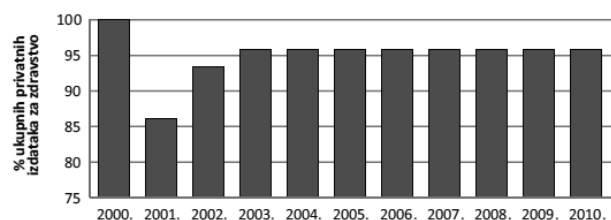
Kao što je rečeno, pacijenti moraju plaćati iz džepa pružateljima zdravstvenih usluga u privatnom vlasništvu (koji nisu pod ugovorom s HZZO-om) te ako nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje, pružateljima usluga pod ugovorom s HZZO-om za usluge koje nisu potpuno pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Što se tiče udjela plaćanja iz džepa građana u ukupnim izdacima za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u i Češkoj, on je vrlo slični 2010. godine te je za Hrvatsku nepromijenjen u razdoblju 2008.-2010. godine i iznosi 14,5%, a u 2010. godini u EU-u iznosi 14,2%, EMU 14,3% i Češkoj 14,7% dok je niži u Sloveniji (12,7%) (Slika 16 i 17). Ipak, u ukupnim privatnim izdacima za zdravstvo, daleko je najveći udio plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj od 95,92% te se taj udjel od 2003. do 2010. godine nije mijenjao. Najniži je posljednje promatrane godine (2010.) bio u Sloveniji 47,80%, za EU 72,70% te EMU 69,27%, dok je u Češkoj udjel plaćanja iz džepa građana u privatnim izdacima za zdravstvo bio najbliži onom u Hrvatskoj i 2010. godine je iznosio 89,96% (Slika 18 i 19).



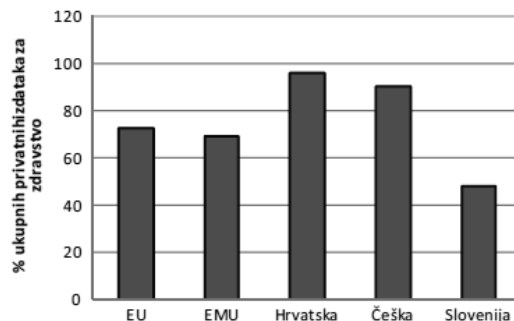
Slika 16. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 17. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

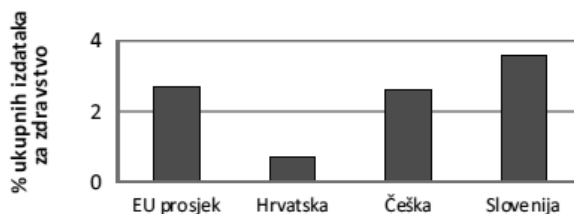


Slika 18. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj (% privatnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 19. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% privatnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

Udjel izdataka za prevenciju je 2010. godine niži u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a te iznosi svega 0,68% ukupnih izdataka za zdravstvo, dok je u zemljama EU-a taj udjel bio 2,68%. Od promatranih zemalja i grupa zemalja iste godine najviše je za prevenciju izdvojila Slovenija, 3,58% ukupnih izdataka za zdravstvo (Slika 20).



Slika 20. Izdaci za prevenciju i javne zdravstvene usluge u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji 2010. (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, baza podataka.

3.4.8 Analiza poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i zdravstvenih ustanova

3.4.8.1 Poslovanje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Analiza poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i zdravstvenih ustanova rađena je na temelju podataka iz Izvješća o poslovanju HZZO-a koje je prihvatilo Upravno vijeće HZZO-a te Izvješća o poslovanju zdravstvenih ustanova usvojenih od strane upravnih vijeća zdravstvenih ustanova i radi se o službenim podacima, a koje je za potrebe izrade ove Strategije, HZZO dostavio Ministarstvu zdravlja.

Prema veličini udjela javne zdravstvene potrošnje u ukupnoj potrošnji zdravstva Hrvatska je vodeća među tranzicijskim zemljama i među prvima u usporedbi s razvijenim europskim zemljama. Izdaci za zdravstvenu zaštitu i činjenica da se kompenzacije i naknade kao što su bolovanja i porodiljni dopusti te kompenzacije transportnih troškova plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja dovele su HZZO do akumulacije gubitaka. Navedeni su gubici djelomično pokriveni zajmovima i državnim subvencijama, ali su popraćeni i procesima značajnog smanjivanja prava na besplatnu zdravstvenu zaštitu te uvođenjem i rastom dodatnih plaćanja iz džepa pacijenta. U kombinaciji s drugim mjerama provedenih reformi, navedeno je uzrokovalo smanjenje standarda zdravstvene zaštite. Privatno zdravstveno osiguranje igra marginalnu ulogu u financiranju zdravstvene zaštite, kao i u većini zemalja EU-a. No, privatni pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pod ugovorom s HZZO-om slabo su regulirani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i slobodni su određivati cijene medicinskih usluga koje pružaju (koje nisu pokrivene javnim financiranjem) svojom voljom i ulaze u sporazume s privatnim osigurateljima.

Tablica 2 prikazuje financijski rezultat poslovanja HZZO-a za razdoblje 2000. – 2011. Višak prihoda nad rashodima ostvaren je 2002., 2007. te u razdoblju 2009.-2011. godine. Što se tiče negativnog rezultata, odnosno manjka prihoda nad rashodima, najveći je manjak ostvaren 2004. godine (1,17 milijardi HRK). U promatranom

razdoblju najveći višak prihoda nad rashodima ostvaren je 2007. godine i iznosio je oko 733 milijuna HRK. Godine 2011. ostvaren je višak prihoda nad rashodima od 384 milijuna HRK. Najznačajniji izvori prihoda su prihodi od proračuna za redovnu djelatnost koji uključuju prihode od doprinosa i transfere iz proračuna. Godine 2011. udjel ovih prihoda u ukupnim prihodima HZZO-a bio je 92,2%, a što je porast u odnosu na 2009. i 2010. godinu kada je njihov udjel iznosio 88,6% uslijed većih iznosa prihoda ostvarenih po posebnim propisima. Dopunsko zdravstveno osiguranje djelomično redistribuira sredstva od zaposlenih prema umirovljenicima jer umirovljeni kojima navedena premija i predstavlja najveći financijski izazov, plaćaju niže premije. Od 2011. godine prihodi i izdaci obveznog i dopunskog osiguranja iskazuju se zajedno. Godine 2010. ukupno je bilo 92,7% prihoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja te 7,3% iz dopunskog zdravstvenog osiguranja. Za usporedbu, 2002. godine, kada je uvedeno dopunsko zdravstveno osiguranje, sudjelovalo je s 2,1% u ukupnim prihodima. Nadalje, 82,7% prihoda 2011. godine je iz doprinosa (18,005 milijardi HRK), 9,5% iz proračuna (2,061 milijardi HRK) te 7,7% iz posebnih propisa (1.679 milijuna HRK). Ostatak se odnosi na vlastite prihode i kapitalne donacije. Ukupno su prihodi 2011. godine iznosili 21,762 milijardi HRK, a što je pad u odnosu na 2009. i 2010. godinu.

Analiza prihoda-primitaka i rashoda-izdataka HZZO-a mora se upotrijebiti analizom obveza HZZO-a. Na dan 31.12.2011. one su iznosile 4,662 milijardi HRK, od čega je dospjelih obveza iz djelatnosti 154 milijuna HRK (Tablica 3). Od 154 milijuna HRK dospjelih obveza 2011. godine, 114 milijuna HRK ili 74% se odnosi na zdravstvenu zaštitu. Za ocjenu stanja obveza HZZO-a od izuzetnog značaja je podatak o ugovorenim rokovima plaćanja između HZZO-a i zdravstvenih ustanova. Bez obzira što se radi o proračunskim korisnicima, HZZO je sa zdravstvenim ustanovama ugovorio rokove plaćanja od 30-180 dana. Prema tome, odnos dospjelih i nedospjelih obveza bio bi bitno drugačiji kada bi ugovoreni rokovi plaćanja bili primjereni proračunskim korisnicima. U slučaju da HZZO ugovara podmirenje obveza prema zdravstvenim ustanovama u roku 60 dana, kao što to stoji u Zakonu o rokovima plaćanja obveza, dospjele obveze na dan 31.12.2011. bile bi veće.

Tablica 2. Financijski rezultat poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje 2000. – 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Prihodi od proračuna za redovnu djelatnost (doprinosi + proračun)	11.794.624	12.139.203	12.887.768	13.359.854	14.004.511	14.643.335	16.033.674	18.100.589	19.823.805	20.003.076	19.632.136	20.065.241
Prihodi od financijske i nefinancijske imovine		750.367	2.809	3.216	5.286	31.437	26.235	8.276	6.591	8.455	9.242	15.125
Prihodi po posebnim propisima	387.267	361.228	459.298	806.842	670.496	882.104	821.839	1.033.939	495.207	2.570.270	2.507.413	1.679.442
Vlastiti prihodi			5.390	5.220	5.769	5.185	611	226	318.835	250	395	1.657
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine			6.221	3.964	538	234	1.207	220				
Primici od nefinancijske imovine i zaduživanja	1.783.666	108.000	820.000	411.186		2.470	13.465					
Kapitalne donacije											6	119
Sveukupni prihodi i primitci	13.965.557	13.358.798	14.181.485	14.590.282	14.686.600	15.564.764	16.897.031	19.143.250	20.644.438	22.582.051	22.149.191	21.761.584
Ukupna zdravstvena zaštita	11.508.501	11.214.070	10.242.874	12.192.160	13.457.356	13.796.043	14.560.382	15.332.116	17.537.132	19.133.031	18.808.137	18.424.597

Ukupne naknade	2.781.763	2.234.835	2.022.502	2.038.559	2.014.360	1.971.796	2.117.098	2.450.846	2.674.586	2.756.502	2.475.975	2.585.309
Rashodi za zaposlene	200.751	176.651	172.509	177.106	184.091	202.250	213.287	241.444	248.243	258.040	240.281	248.391
Materijalni rashodi	53.004	47.122	72.879	84.166	77.370	91.339	109.001	101.086	108.069	119.325	93.247	79.159
Financijski rashodi	55.988	24.337	30.386	58.757	29.599	31.971	24.944	26.654	21.881	27.443	20.775	2.415
Ostali rashodi	173.647	121.533	1.076.563	82.781	22.714	848	2.363	196.536	97.626	15.692	38.546	8.996
Rashodi za nabavu nefinancijske imovine			57.051	45.252	34.466	38.932	30.180	40.520	30.529	13.187	16.564	7.502
Izdaci za financijsku imovinu i otplate zajma	170.000	173.923	181.962	39.209	37.017	24.136	331.374	21.536	17.970	19.125	21.499	21.376
Sveukupni rashodi-izdaci	14.943.654	13.992.471	13.856.726	14.717.990	15.856.973	16.157.315	17.388.629	18.410.738	20.736.036	22.342.345	21.715.024	21.377.745
Razlika prihoda i rashoda	-978.097	-633.673	324.759	-127.708	-1.170.373	-592.551	-491.598	732.512	-91.598	239.706	434.167	383.839

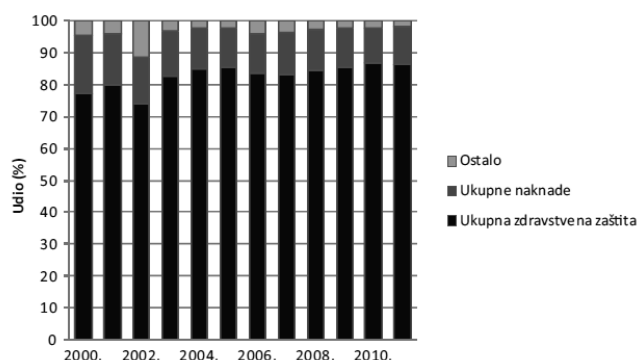
Tablica 3. Obveze HZZO-a na dan 31.12. 2000. – 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Ukupne obveze	2.713.622	2.782.679	2.782.679	2.990.007	4.139.745	4.639.404	4.231.426	3.608.856	4.089.849	4.012.981	4.038.585	4.661.973
Dospjele obveze iz djelatnosti	108.786	214.984	214.984	224.506	1.059.355	761.314	1.270.474	755.778	979.528	699.937	17.429	154.296
Medusobne obveze proračunskih korisnika						33.787			178.525	171.621	156.880	172.838
Nedospjele obveze	2.604.836	2.567.695	2.567.695	2.765.502	3.080.389	3.844.302	2.960.953	2.853.078	2.931.795	3.141.422	3.864.276	4.334.840

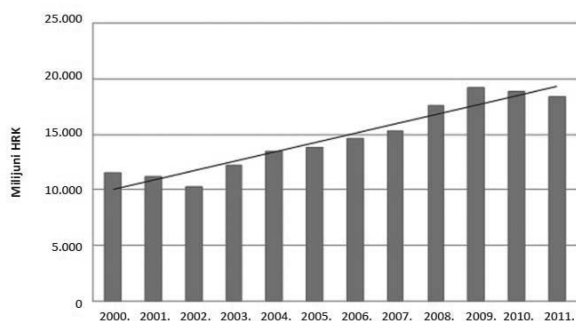
Zamjetno je kako HZZO ima značajno manje dospjelih obveza od 2009. godine. Potrebno je opet istaknuti da je značajan dio smanjenja dospjelih obveza posljedica produženja ugovorenih rokova plaćanja prema zdravstvenim ustanovama (lijekovi na recept sa 120 na 180 dana, posebno skupi lijekovi s 30 na 90 dana, programi transplantacije s 30 na 90 dana te programi interventne kardiologije i neurologije s 30 na 90 dana), a dijelom posljedica povećanih priljeva sredstava.

Ukoliko bi se primjenjivao Zakon o rokovima plaćanja obveza, HZZO-u u 2012. godini nedostaje 1,7 milijardi kuna za poštivanje roka plaćanja od 60 dana.

Analizirajući strukturu rashoda HZZO-a u razdoblju 2000. – 2011., vidljivo je kako najviše otpada na zdravstvenu zaštitu i naknade (Slika 21). Zdravstvena zaštita sudjeluje u ukupnim izdacima s 86,2% 2011. godine, a ukupne naknade s 12,1%, odnosno s nešto manjim udjelima nego 2010. godine. Izdaci za ukupnu zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000. – 2011. pokazuju trend rasta, ali se isti smanjuju u 2010. i 2011. godini u odnosu na 2009. godinu (Slika 22) te 2011. godine iznose 18.425 milijuna HRK. Rashodi za zaposlene (bruto plaće s doprinosima na plaće, jubilarne nagrade, dar za djecu zaposlenika, otpremnine radi odlaska u mirovinu, naknade zbog bolesti zaposlenika, naknade za godišnji odmor i božićnica, a sve u skladu s Kolektivnim ugovorom za djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja) rastu u 2011. godini u odnosu na 2010. godinu te iznose 248 milijuna HRK (rast izdataka za zaposlene rezultat je i starenja zaposlenika u zdravstvenom sastavu, budući da im s godinama staza raste osnovica), dok i materijalni i financijski izdaci opadaju od 2009. godine.



Slika 21. Struktura izdataka HZZO-a 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 22. Izdaci za ukupnu zdravstvenu zaštitu 2000. – 2011. (milijuni HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Također, iz strukture izdataka HZZO-a za zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000. – 2011. godine (Tablica 4), proizlazi kako najveći udjel izdataka otpada na bolničku zdravstvenu zaštitu (8.150 milijuna HRK 2011. godine), lijekove na recept (3.030 milijuna HRK 2011. godine) i primarnu zdravstvenu zaštitu (2.918 milijuna HRK 2011. godine), odnosno 2011. godine na bolničku zdravstvenu zaštitu otpadalo je 44,2%, na lijekove na recepte 16,4% te na primarnu zdravstvenu zaštitu 15,8%. Do 2005. godine značajno se izdvajalo za specijalističko-konzilijarnu zaštitu, 16-20%, a 2011. godine udjel specijalističko-konzilijarne zaštite u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu bio je 3,6%.

Od 2010. izdaci za bolničku zdravstvenu zaštitu opadaju, a od 2011. primjećuje se i smanjenje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu. Smanjenje izdataka na lijekove na recept od 2009. godine (iako oni u 2011. rastu u odnosu na 2010. godinu, ako se uzmu u obzir samo izdaci iz obveznog osiguranja) objašnjava se smanjenjem cijena i boljom kontrolom propisivanja. Godine 2011. izdaci za posebno skupe lijekove rastu na 529 milijuna HRK, što je porast u odnosu na 2010. godinu od 40,1% (Tablica 4). Problem visokih izdataka za lijekove se nastoji riješiti unapređenjem nacionalnog sustava određivanja cijena i naknada. HZZO izdaje osnovnu i dopunsku listu lijekova. Zakonom su propisana pravila o postupku dobivanja odobrenja za stavljanje lijekova u promet.

Izdaci za ortopedske uređaje i pomagala iznose 687 milijuna HRK 2011. godine. Godine 2011. izdaci za intervencijsku kardiologiju iznose 23 milijuna HRK, za transfuzijsku medicinu 90 milijuna HRK, za intervencijsku neurologiju 9 milijuna HRK te za rano otkrivanje zloćudnih bolesti 17 milijuna HRK. No, iste godine porasli su samo izdaci za transfuzijsku medicinu u odnosu na 2010. godinu. Izdaci za rano otkrivanje zloćudnih bolesti su primjerice pali s 30 milijuna HRK 2010. godine na 17 milijuna HRK 2011. godine što je pad od oko 43%. Porast izdataka po ovim stavkama objašnjava se poboljšanjem kvalitete zdravstvene zaštite (u Izvješću o poslovanju HZZO-a za 2010. godinu) što bi onda značilo da se ista smanjila 2011. godine.

Što se tiče izdataka za naknade, najviše se izdvaja za naknade zbog bolesti i invalidnosti koje su 2011. godine iznosile 1.055 milijuna HRK te roditeljske naknade koje su iste godine iznosile 896 milijuna HRK, mađa se od 2009. godine smanjuju obje vrste naknada, kao i ukupne naknade (Tablica 5).

Analizom podataka o bolovanjima, 2011. godine je primjetan rast stope bolovanja u odnosu na 2010. godinu kada je iznosio 3,23% (Tablica 6). Nadalje, 2011. godine porastao je i broj zaposlenika na bolovanju (na 47.928) i ukupni broj dana bolovanja (na 15.001 tisuća dana), ali je smanjen prosjek broja dana trajanja bolovanja (na 14,61) u odnosu na 2010. godinu.

Što se tiče izdanih recepata, njihov broj kontinuirano raste na godišnjoj razini u razdoblju 2000. – 2011. (Tablica 7). Godine 2011. broj recepata bio je veći od 50 milijuna što znači za 21.025.833 više u odnosu na 2000. godinu te za 1.045.907 recepata više u odnosu na 2010. godinu. Broj recepata po prosječnom broju osiguranih osoba se povećao za 100% 2011. godine u odnosu na 2000. godinu. U odnosu na 2010. godinu, 2011. godine porastao je i prosječan izdatak po prosječnom broju osiguranika na 694,44 HRK i prosječni izdatak po izdanom receptu na 60,30 HRK (Tablica 7).

Godine 2011. najveće izdatke za lijekove na recept po osiguraniku je imao područni ured Karlovac (785,59 HRK), a najmanji područni ured Požega (604,53 HRK). Iste godine, najveći izdatak po receptu imao je područni ured Pazin (65,60 HRK), a najmanji područni ured Požega (52,07 HRK) dok je najveći prosječni broj recepata po jednom osiguraniku imao područni ured Krapina (13,28), a najmanji područni ured Split (10,16) (Tablica 8).

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz glavarine, uveden je novi model plaćanja po dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP) koji se posebno zaračunavaju HZZO-u. Godine 2010. broj izvršenih DTP-a u općoj/obiteljskoj medicini iznosio je 2.480.688 postupaka, u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece 236.680 postupaka i u zdravstvenoj zaštiti žena 156.149 postupaka, a što je u svim navedenim stavkama porast u odnosu na 2009. godinu.

Također, od početka 2009. godine, bolničkim se zdravstvenim ustanovama usluge liječenja akutnih bolesnika plaćaju prema dijagnostičko-terapijskim skupinama (DTS), odnosno za kronične bolesti prema danima bolničkog liječenja (DBL). Od 2009. godine, prosjek trajanja liječenja u danima za akutne bolesti nije se promijenio i iznosi 7,6 dana (Tablica 9), ali za kronične bolesti se smanjio s 36,3 dana 2009. godine na 26,4 dana 2011. godine.

Uz podatke o rashodima-izdacima za zdravstvenu zaštitu, prate se i prirodni pokazatelji zdravstvene potrošnje (Tablica 9), a koji s obzirom na neke metodološke izmjene nisu u potpunosti usporedivi u promatranom razdoblju.

Tablica 4. Struktura izdataka za zdravstvenu zaštitu 2000. – 2011. (milijuni HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Primarna zdravstvena zaštita	2.279	2.350	2.290	2.402	2.463	2.657	2.765	2.908	2.939	2.750	2.950	2.918
HMP i sanitetski prijevoz										568	563	575
Zdravstvena njega u kući									141	149	139	142
Hitna pomoć na državnim cestama						3	4	5	6	7	7	7
Cjepivo					39	51	52	80	95	102	84	85
Rano otkrivanje zloćudnih bolesti								25	27	25	30	17
Lijekovi na recepte	2.238	2.096	1.952	2.397	2.773	2.799	2.936	3.145	3.392	3.320	2.834	3.030
Ortopedski uređaji i pomagala	353	337	366	427	467	511	478	467	530	555	630	687
Bolnička zdravstvena zaštita	4.245	4.102	3.801	4.220	4.331	4.381	7.442*	7.310	8.237	8.515	8.235	8.150
Posebno skupi lijekovi						17	139	342	418	455	377	529
Eksplantacije u bolnicama						1	4	4	4	4	5	7
Transplantacije u bolnicama							46	63	69	72	83	120
Intervencijska kardiologija							6	12	9	21	26	23

Intervencijska neurologija									0,3	6	9	9
Umjetne pužnice							2	3	2	3	3	3
Transfuzijska medicina									40	64	76	90
Medicinska oplodnja**											44	34
Spec.-konz. zdravstvena zaštita	1.999	2.133	1.628	2.272	2.559	2.663		604	623	679	669	672
Zdravstvena zaštita u inozemstvu			43	34	57	83	113	17	34	38	46	43
Troškovi zdravstvene zaštite – INO					39	34		65	124	163	114	126
Prevenција ovisnosti									10	15	15	19
Zavod za javno zdravstvo i drugi programi			16	26	21	23	22	25	28	27	25	27
Zdr. zaštita osoba čije preb. nije poznato					2	10	8	9	8	9	31	5
Zdr. zaštita hrvatskih državljana s preb. u BiH				4	0	14	12	17	12	11	7	8
Zdravstvena zaštita SFOR-a			2		0,5	0,05						
Ostale medicinske usluge	395	196			14	7						
Podmirenje dospelih obveza – sanacija									495			
Regres zdravstvenim ustanovama					122							
Zdrav. zaštita na radu												114
Ukupno zdravstvena zaštita – obavezno osiguranje (OS)	11.509	11.214	10.097	11.782	12.888	13.254	14.029	15.102	17.244	17.556	17.005	18.425
Ukupno zdravstvena zaštita – dopunsko osiguranje (DO)**			146	410	570	542	532	231	293	1.577	1.803	987
Sveukupno zdravstvena zaštita (OS+DO)	11.509	11.214	10.243	12.192	13.457	13.796	14.560	15.332	17.537	19.133	18.808	18.425

Bilješke uz Tablicu 4:

* Bolnička i spec.-konz. zdravstvena zaštita tada su se iskazivale zajedno.

** Od 2010. se iskazuje kao zasebna stavka, dotada je bila uključena u stavku bolničke zdravstvene zaštite.

*** Od 2010. godine prihodi i izdaci obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja prikazuju se zajedno.

Tablica 5. Struktura izdataka za naknade 2000. – 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Naknade zbog bolesti i invalidnosti	1.162.463	919.796	900.213	868.450	985.645	1.012.316	1.145.735	1.271.009	1.257.144	1.216.558	1.104.275	1.054.644
Rodiljne naknade – obvezni rodiljni dopust	513.286	504.493	535.515	544.524	609.167	664.410	669.817	684.116	893.454	971.808	948.977	895.935
Dodatni rodiljni dopust i oprema za novorođeno dijete	922.773	641.667	376.100	359.233	90.939							
Naknade plaća hrvatskim braniteljima	46.465	37.106	28.205	72.920	91.669	63.489	169.936	211.193	175.785	143.814	66.675	36.799
Ostale naknade	136.776	131.773	182.469	193.404	208.240	184.191	95.369	215.121	238.214	313.457	248.710	247.772
Specijalizacije i pripravnici					28.441	46.854	36.149	69.064	109.020	110.865	107.133	115.299
Naknade bolovanja i isplate osiguranicima za ozljede na radu i prof. bolesti												234.860
Ukupno naknade, obvezno osiguranje (OS)	2.781.763	2.234.835	2.022.502	2.038.531	2.014.100	1.971.259	2.117.007	2.450.503	2.673.617	2.756.502	2.475.770	2.585.309
Ukupno naknade, dopunsko osiguranje (DO)*				28	260	537	92	343	969		205	
Sveukupno naknade (OS+DO)	2.781.763	2.234.835	2.022.502	2.038.559	2.014.361	1.971.796	2.117.098	2.450.846	2.674.586	2.756.502	2.475.975	2.585.309

* Od 2010. godine prihodi i izdaci obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja prikazuju se zajedno.

Tablica 6. Podatci o bolovanjima 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Stopa bolovanja – ukupno (%)	3,71	4,05	3,99	3,66	3,53	3,72	3,71	3,96	3,65	3,45	3,16	3,23
Stopa bolovanja – na teret poslodavca (%)	1,13	1,75	1,67	1,65	1,63	1,74	1,66	1,78	1,57	1,53	1,42	1,53
Stopa bolovanja – na teret HZZO-a (%)	2,58	2,30	2,32	2,01	1,90	1,98	2,05	2,18	2,08	1,92	1,74	1,70
Dani bolovanja – ukupno (tisuće)	15.057	16.569	16.604	15.930	15.662	16.878	17.423	19.197	18.148	16.709	14.765	15.001
Dani bolovanja – na teret poslodavca (tisuće)	4.597	7.154	6.968	7.181	7.216	7.898	7.787	8.623	7.818	7.396	6.629	7.095

Dani bolovanja – na teret HZZO-a (tisuće)	10.461	9.415	9.636	8.749	8.445	8.980	9.636	10.574	10.329	9.314	8.136	7.907
Prosjek trajanja bolovanja u danima – ukupno	29,99	21,50	21,29	19,08	18,70	18,54	19,84	19,16	17,42	16,14	15,86	14,61
Prosjek trajanja bolovanja u danima – na teret poslodavca	12,23	10,96	10,93	10,17	10,12	10,05	10,21	9,88	8,62	8,22	8,20	7,91
Prosjek trajanja bolovanja u danima – na teret HZZO-a	41,57	41,01	42,84	46,32	45,55	47,47	53,16	52,78	52,28	48,40	46,55	43,54
Zaposlenici na bolovanju (dnevni prosjek) – ukupno	48.106	52.936	53.047	50.894	49.878	53.922	55.843	61.332	57.796	53.385	47.173	47.928
Zaposlenici na bolovanju (dnevni prosjek) – na teret poslodavca	14.686	22.856	22.261	22.942	22.982	25.233	24.960	27.550	24.900	23.629	21.178	22.667
Zaposlenici na bolovanju (dnevni prosjek) – na teret HZZO-a	33.420	30.080	30.786	27.952	26.896	28.689	30.883	33.782	32.896	29.756	25.995	25.261

Tablica 7. Podaci o izdanim receptima 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Broj izdanih recepata	29.213.229	29.076.230	29.386.844	31.046.259	32.613.637	34.848.736	36.167.528	39.844.995	43.183.562	41.850.901	49.193.155	50.239.062
Broj recepata po prosječnom broju osiguranih osoba	6,98	6,89	6,93	7,23	7,58	8,05	8,30	9,14	9,89	9,64	11,31	11,52
Prosjčan izdatak po prosječnom broju osiguranika (HRK)	534,61	496,99	475,92	605,55	720,10	719,61	745,47	721,15	777,05	764,31	651,78	694,44
Prosjčan izdatak po izdanom receptu (HRK)	76,62	72,09	68,65	83,81	95,01	89,42	89,82	78,93	78,55	79,32	57,61	60,30

Tablica 8. Podaci o izdanim receptima po područnim uredima 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Područni ured	Broj osiguranika	Broj recepata	Prosjčan broj recepata po osiguraniku	Izdaci		Izdaci za lijekove na recepte
				Po osiguranoj osobi	Po receptu	
Bjelovar	121.652	1.511.286	12,42	775,65	62,44	94.359.901
Čakovec	111.373	1.367.703	12,28	714,86	58,21	79.615.654
Dubrovnik	129.347	1.443.857	11,16	707,03	63,34	91.451.690
Gospić	50.409	595.146	11,81	736,46	62,38	37.124.416
Karlovac	129.772	1.634.151	12,59	785,59	62,39	101.947.002
Koprivnica	116.155	1.410.641	12,14	674,26	55,52	78.318.770
Krapina	132.083	1.753.993	13,28	748,07	56,33	98.806.720
Osijek	309.572	3.628.929	11,72	674,04	57,50	208.663.310
Pazin	213.841	2.310.824	10,81	708,89	65,60	151.590.323
Požega	79.370	921.430	11,61	604,53	52,07	47.981.370
Rijeka	303.691	3.671.612	12,09	764,93	63,27	232.302.459
Sisak	175.434	2.201.664	12,55	738,20	58,82	129.505.454
Slavonski Brod	165.793	1.741.282	10,50	632,11	60,18	104.798.639
Split	472.721	4.803.508	10,16	610,86	60,12	288.766.310
Šibenik	110.248	1.380.959	12,53	743,25	59,34	81.941.440
Varaždin	174.456	2.169.607	12,44	695,10	55,89	121.263.860
Vinkovci	185.129	2.162.354	11,68	700,44	59,97	129.671.608
Virovitica	86.835	1.103.246	12,71	703,80	55,39	61.114.234
Zadar	171.240	1.918.125	11,20	679,67	60,68	116.386.078
Zagreb	1.123.474	12.508.745	11,13	688,88	61,87	773.942.699
Hrvatska	4.362.595	50.239.062	11,52	694,44	60,30	3.029.551.937

Tablica 9. Naturalni pokazatelji 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Broj usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti* (milijuni)	58	63	65	67	69	71	72	70	67	56	54	36
Broj usluga u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti* (milijuni)	12	13	12	13	13	14	14	14	14	15	13	5
Broj usluga u spec.-konz. zdravstvenoj zaštiti (milijuni)	53	55	54	65	72	77	70	73	73	64	60	57
Broj recepata (milijuni)	29	29	29	31	33	35	36	40	43	42	49	50

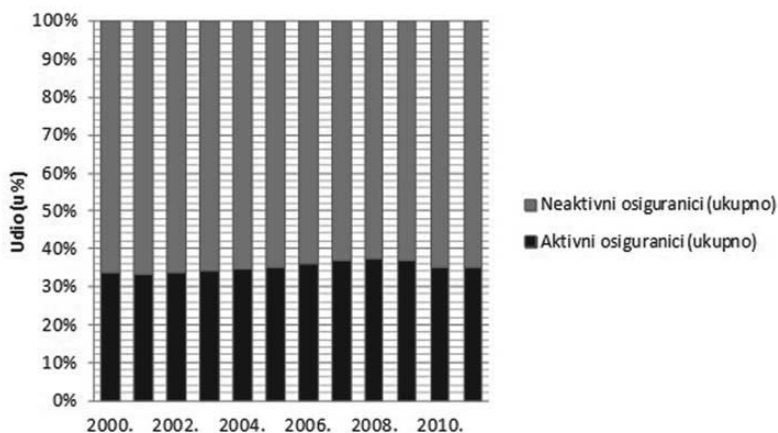
Slučajevi bolničkog liječenja** (tisuće)	akutni	652	680	677	681	685	707	718	706	714	637	524	546
	kronični										54	54	68
Dani bolničkog liječenja** (tisuće)	akutni	7.434	7.948	7.449	7.506	7.593	7.695	8.080	7.885	7.876	4.814	3.988	4.164
	kronični										1.958	1.881	1.801
Prosjeak trajanja liječenja u danima akutne bolesti**		11,4	11,7	11,0	11,0	11,1	10,9	11,3	11,2	11,0	7,6	7,6	7,6
Broj ovjerenih potvrda za ortopedske uređaje i pomagala (tisuće)		724	781	814	979	1.027	1.092	793	730	756	786	885	940
Broj isplaćenih pomoći za novorođeno dijete (tisuće)		42	40	39	39	40	41	40	42	42	43	44	41
Broj isplaćenih putnih troškova*** (tisuće)		950	983	855	573	632	541	419	1.100	1.232	1.350	1.227	1.243

* Od 2011. god. došlo je do promjene u praćenju podataka te se umjesto broja usluga iskazuje broj posjeta ordinaciji.

**Do 2008. god. broj slučajeva i broj dana bolničkog liječenja nije se pratio odvojeno za akutne i kronične bolesti. Shodno tome iskazan je i podatak o prosječnom trajanju liječenja.

*** Tijekom promatranog razdoblja mijenjali su se uvjeti ostvarivanja prava na putne troškove.

Analizom broja osiguranika u razdoblju 2000. – 2011., utvrđeno je kako je trenutno oko 35% aktivnih osiguranika (aktivnih radnika i aktivnih poljoprivrednika), a 65% neaktivnih osiguranika (umirovljenika, članova obitelji i ostalih) (Slika 23). Udjel aktivnih osiguranika je u razdoblju 2007.-2009. iznosio 37%, da bi 2010. i 2011. iznosio već spomenutih 35%, uslijed rasta nezaposlenosti (Tablica 10). Može se primijetiti i kako broj aktivnih poljoprivrednika u cijelom razdoblju 2000. – 2011. opada te 2011. godine iznosi 35.878 aktivnih poljoprivrednika što je za 66,4% manje nego 2000. godine. Nadalje, u cijelom promatranom razdoblju raste broj umirovljenika kao neaktivnih osiguranika pa je taj broj neaktivnih osiguranika 2011. godine iznosio 1.050.460 prema podacima HZZO-a, odnosno za 71.931 više nego 2000. godine (Tablica 10). Smanjenje broja aktivnih osiguranika odraz je opće nepovoljne ekonomske i demografske situacije te nepovoljno utječe na financijsku održivost sustava.



Slika 23. Udjel aktivnih i neaktivnih osiguranika 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 10. Broj aktivnih i neaktivnih osiguranika 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Godina	Aktivni radnici	Aktivni poljoprivrednici	Aktivni osiguranici (ukupno)	Umirovljenici	Članovi obitelji	Ostali	Neaktivni osiguranici (ukupno)	Sveukupno
2000.	1.296.824	106.650	1.403.474	978.529	1.355.696	449.024	2.783.249	4.186.723
2001.	1.305.577	100.010	1.405.587	988.719	1.341.877	481.261	2.811.857	4.217.444
2002.	1.328.356	94.150	1.422.506	997.971	1.318.679	499.954	2.816.604	4.239.110
2003.	1.389.096	85.632	1.474.728	1.000.408	1.299.407	522.412	2.822.227	4.296.955
2004.	1.412.445	77.332	1.489.777	1.005.342	1.272.912	535.056	2.813.310	4.303.087
2005.	1.450.057	69.684	1.519.741	1.007.865	1.253.903	548.984	2.810.752	4.330.493
2006.	1.505.547	63.270	1.568.817	1.015.823	1.227.569	545.343	2.788.735	4.357.552
2007.	1.547.523	57.906	1.605.429	1.023.903	1.207.595	524.081	2.755.579	4.361.008
2008.	1.582.261	52.685	1.634.946	1.034.635	1.190.489	505.155	2.730.279	4.365.225
2009.	1.546.484	46.732	1.593.216	1.030.736	1.173.818	545.706	2.750.260	4.343.476
2010.	1.493.148	40.647	1.533.795	1.037.643	1.163.716	612.860	2.814.219	4.348.014
2011.	1.485.324	35.878	1.521.202	1.050.460	1.151.770	639.163	2.841.393	4.362.595

Analizirajući broj nositelja osiguranja (aktivni radnici, aktivni poljoprivrednici, umirovljenici i ostali) te broj članova obitelji nositelja osiguranja, njihov omjer se od 2003. godine u promatranom razdoblju 2000. – 2011. nije mijenjao i iznosi prosječno 0,4 člana obitelji nositelja osiguranja po nositelju osiguranja, odnosno 0,5 po aktivnom radniku, 0,3 po aktivnom poljoprivredniku, 0,2 po umirovljeniku te 0,3 po ostalim nositeljima osiguranja. U razdoblju 2000.-2002. taj je omjer bio nešto veći i iznosio je 0,5 člana obitelji nositelja osiguranja po nositelju osiguranja.

3.4.8.2 Poslovanje zdravstvenih ustanova

Kako je već navedeno, sustav plaćanja primarne i bolničke zdravstvene zaštite uključuje nekoliko mehanizama. Plaćanje zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja se putem glavarine, a uveden je i mehanizam plaćanja cijena za uslugu, odnosno mehanizam plaćanja po terapijskom postupku. Bolničke zdravstvene ustanove ugovaraju proračun s HZZO-om na razdoblje od godine dana. Središnja država i županije skupljaju dodatna sredstva za zdravstvenu zaštitu iz općih poreza i troše ih neovisno o HZZO-u za investicije u infrastrukturu i tehničku opremljenost te održavanje javnih pružatelja zdravstvenih usluga. Ministarstvo zdravlja ima manji udjel u izdacima za zdravstvenu zaštitu, godišnje potroši oko 0,2-0,3% BDP-a na programe, planiranje te regulaciju javnog zdravstva i slično. Središnja vlada financira kliničke bolnice i kliničke bolničke centre, županije financiraju opće i specijalne bolnice i primarne centre zdravstvene zaštite u svom vlasništvu. Svake godine središnja vlada distribuira minimalni iznos po županijama za kapitalne investicije primarno temeljeno na veličini pokrivenog stanovništva, ali i na temelju ustanova i broja kreveta u svakoj županiji.

Analizom rezultata poslovanja zdravstvenih ustanova u razdoblju 2000. – 2011. (Tablica 11), utvrđeno je kako i prihodi i rashodi zdravstvenih ustanova pokazuju značajan rast od 2006. godine. Godine 2011. ukupni prihodi su se smanjili u odnosu na 2010. godinu i iznose 15.276 milijuna HRK, a ukupni rashodi su se povećali u odnosu na 2011. godinu i iznose oko 15.661 milijuna HRK. Najveći udjel u ukupnim приходima i u ukupnim rashodima zdravstvenih ustanova ima bolnička zdravstvena zaštita. Godine 2011. udjel bolničke zdravstvene zaštite u ukupnim приходima bio je 72%, a u uku-

pnim rashodima 73%. Ukupni prihodi bolnica 2011. godine iznose 10.994 milijuna HRK što je pad u odnosu na 2010. godinu od 158 milijuna HRK, a ukupni rashodi iste godine iznose 11.376 milijuna HRK što je rast u odnosu na 2010. godinu od 146 milijuna HRK. Dakle, 2011. godine prihodi bolnica su se smanjili za 158 milijuna HRK, a rashodi porasli na 146 milijuna HRK u odnosu na 2010. godinu. Gledajući po vrstama ustanova, primarna zdravstvena zaštita je povećala svoje prihode u odnosu na 2010. godinu i oni 2011. godine iznose 1.962 milijuna HRK. Jedino su još prihodi u odnosu na 2010. godinu povećale ljekarne i oni za 2011. godinu iznose 1.495 milijuna HRK. Rashode su 2011. godine smanjile poliklinike za 4 milijuna HRK te zavodi za 1 milijun HRK u odnosu na 2010. godinu, dok su primarna zdravstvena zaštita, bolnička zdravstvena zaštita i ljekarne povećale svoje ukupne rashode što čini ukupno povećanje rashoda od 183 milijuna HRK. Napominjemo da su se istovremeno ukupni prihodi smanjili za 272 milijuna HRK.

Ostvareni višak prihoda zdravstvenih ustanova je niži 2011. godine u odnosu na 2010. godinu za 138 milijuna HRK, a u odnosu na 2009. godinu za 156 milijuna HRK. Najveći je višak prihoda posljednje promatrane godine (2011.) ostvaren u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 48 milijuna HRK. Samo je 2001. godine ostvaren veći višak u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (50 milijuna HRK) od ovog.

Najveće smanjenje viška prihoda nad rashodima 2011. godine u odnosu na 2010. godinu iskusi su zavodi (pad od 93 milijuna HRK) te bolnička zdravstvena zaštita (pad od 49 milijuna HRK). Ako bismo usporedili ostvarenja u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti 2009. i 2011. godini, onda je smanjenje viška prihoda još i veće i iznosi 129 milijuna HRK (Tablica 11).

U razdoblju 2000. – 2011. godine, najveći manjak prihoda zdravstvenih ustanova ostvaren je 2002. godine (1.559 milijuna HRK). Godine 2011. ukupni manjak prihoda iznosio je 510 milijuna HRK što je čak porast od 317 milijuna HRK u odnosu na 2010. godinu. Čak 83,4% navedenog manjka prihoda 2011. godine ostvaren je u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno 425 milijuna HRK, a što je porast u odnosu na 2010. godinu od 255 milijuna HRK. Manjak prihoda je porastao u svim segmentima, osim u ljekarnama: u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za 18 milijuna HRK, poliklinikama za 2 milijuna HRK i zavodima za 43 milijuna HRK (Tablica 11).

Tablica 11. Rezultat poslovanja zdravstvenih ustanova 2000. – 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Ukupni prihodi	9.586.193	9.509.162	9.646.199	10.349.691	11.529.441	11.547.516	12.246.055	13.313.680	15.113.775	15.501.852	15.548.124	15.275.833
Primarna zdr. zaštita	1.670.003	1.625.891	1.552.236	1.592.715	1.555.360	1.572.639	1.665.582	1.682.692	1.821.481	1.911.502	1.946.787	1.962.382
Poliklinike	111.862	102.527	100.052	108.592	114.030	120.219	124.495	147.268	140.274	151.989	148.068	141.619
Bolnička zdr. zaštita	6.263.037	6.250.330	6.530.920	7.009.312	8.042.402	7.967.644	8.498.458	9.407.260	10.910.320	11.254.890	11.152.677	10.994.311
Zavodi	418.965	404.303	351.070	395.440	479.367	499.864	528.117	592.651	682.700	669.368	819.160	682.243
Ljekarne	1.122.326	1.126.111	1.111.920	1.243.632	1.338.282	1.387.150	1.429.404	1.483.809	1.559.000	1.514.103	1.481.432	1.495.278
Ukupni rashodi	9.446.671	9.317.516	11.150.814	10.922.448	11.371.754	12.063.816	12.581.686	13.872.311	14.929.680	15.520.142	15.477.384	15.660.701
Primarna zdr. zaštita	1.638.598	1.578.228	1.657.018	1.655.470	1.576.945	1.612.413	1.672.434	1.708.086	1.876.957	1.914.145	1.915.609	1.944.283
Poliklinike	103.415	100.317	103.461	110.165	115.820	124.406	130.357	139.101	146.375	145.176	141.535	137.935
Bolnička zdr. zaštita	6.242.963	6.158.345	7.945.831	7.562.812	7.914.481	8.459.722	8.825.590	9.972.147	10.707.876	11.230.345	11.230.444	11.376.030
Zavodi	366.454	383.560	362.602	396.298	461.307	505.435	541.000	590.357	660.968	735.402	725.895	725.222
Ljekarne	1.095.242	1.097.067	1.081.903	1.197.704	1.303.201	1.361.839	1.412.306	1.462.620	1.537.504	1.495.074	1.463.902	1.477.230
Višak prihoda	166.511	211.794	54.286	108.639	317.752	57.201	101.612	86.976	353.851	281.180	263.195	124.846
Primarna zdr. zaštita	34.846	49.992	11.477	24.502	13.207	4.925	26.344	10.909	4.836	26.440	43.491	48.135

Poliklinike	9.168	5.283	4.368	2.676	2.556	3.536	967	8.348	720	7.117	7.174	6.446
Bolnička zdr. zaštita	41.429	106.071	3.874	29.098	247.002	11.004	48.582	32.582	289.987	221.648	92.206	43.193
Zavodi	52.511	20.743	3.949	6.435	19.906	12.424	8.621	13.949	36.811	6.946	102.417	9.024
Ljekarne	28.557	29.705	30.618	45.928	35.081	25.311	17.098	21.189	21.496	19.029	17.906	18.048
Manjak prihoda	26.989	20.148	1.558.901	681.396	160.064	573.501	437.244	645.607	169.756	299.471	192.455	509.714
Primarna zdr. zaštita	3.440	2.328	116.259	87.257	34.792	44.700	33.196	36.304	60.312	29.083	12.314	30.036
Poliklinike	721	3.073	7.777	4.249	4.345	7.724	6.829	181	6.821	304	641	2.762
Bolnička zdr. zaštita	21.354	14.085	1.418.785	582.598	119.081	503.083	375.714	597.468	87.543	197.103	169.973	424.913
Zavodi			15.481	7.292	1.846	17.994	21.504	11.654	15.079	72.981	9.151	52.003
Ljekarne	1.473	661	600								376	

Struktura prihoda zdravstvenih ustanova 2011. godine prikazana je Tablicom 12. Udjel prihoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja se smanjio u analiziranom razdoblju od 2000. do 2011. godine pa je 2000. godine iznosio 84%, a 2011. godine 76%. Prilikom ocjene ostvarenog financijskog rezultata zdravstvenih ustanova, treba imati na umu i činjenicu da zdravstvene ustanove prihode ostvaruju na temelju naplaćene realizacije te da je na ostvareni prihod zdravstvenih ustanova utjecala i dinamika plaćanja od strane HZZO-a kao daleko najvećeg kupca usluga zdravstvenih ustanova.

Prema podacima, vidljivo je da HZZO iskazuje na dan 31.12.2011. dospjele obveze. U slučaju da je HZZO sve svoje obveze prema zdravstvenim ustanovama podmirio u ugovorenim rokovima, prihod zdravstvenih ustanova bio bi veći za iznos dospjelih obveza te bi primjereno tome bio drugačiji financijski rezultat.

Tablica 12. Struktura prihoda zdravstvenih ustanova 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	Ukupno	Primarna zdravstvena zaštita	Poliklinike	Zavodi	Ljekarne	Bolnice
Obvezno zdr. osiguranje	11.568.280	1.471.905	90.071	303.067	859.661	8.843.576
Dopunsko zdr. osiguranje	995.310	46.152	12.249	15.341	9.661	911.907
HZZOZZR*	28.886	11.862	191	1	67	16.764
Pružanje usluga drugim zdrav. Ustanovama	54.685					54.685
Proračun (središnji, lokalni)	731.093	208.305	27.219	59.908	251	435.410
Osnovom Ugovora o sanaciji						
Ostali korisnici	1.083.685	139.473	7.258	274.388	414.414	248.153
Sudjelovanje osigurane osobe	111.753	6.643	1.193	3.339	41.854	58.725
Ostali prihodi	574.086	69.620	3.410	10.155	169.367	321.535
Izvanredni prihodi		8.423	28			
Primici od financijske imovine i zaduživanja	128.055			16.044	4	103.556
Ukupni prihodi-primici	15.275.833	1.962.383	141.619	682.243	1.495.279	10.994.311

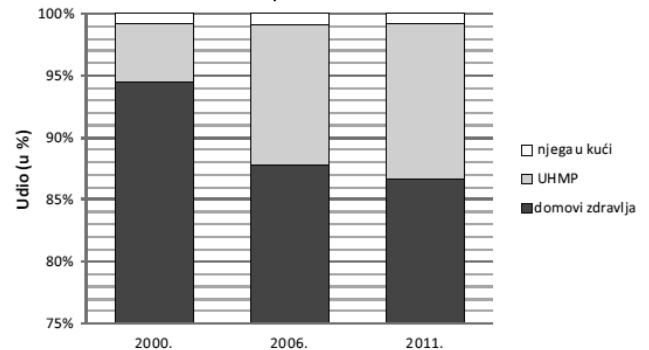
* Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu

Tablica 13. Struktura izdataka zdravstvenih ustanova 2011. (u tisućama HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

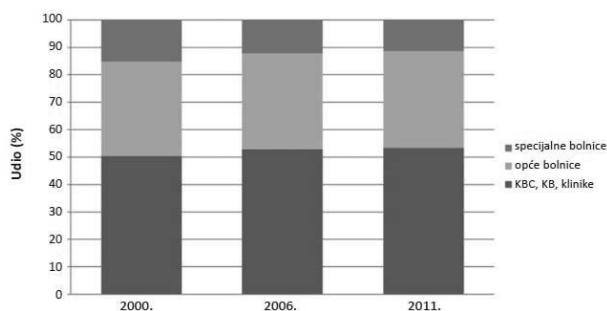
	Ukupno	Primarna zdravstvena zaštita	Poliklinike	Zavodi	Ljekarne	Bolnička zdravstvena zaštita
Materijalni izdaci	4.844.716	451.239	24.091	210.538	41.095	4.117.754
Nematerijalni izdaci	1.804.496	278.933	23.042	99.674	56.532	1.346.315
Bruto plaće i naknade	6.840.596	1.028.099	86.301	332.716	213.181	5.180.300
Izdatci financiranja	118.584	7.751	251	11.798	541	98.240
Izdatci za kapitalna ulaganja	555.568	61.335	4.090	43.221	3.190	443.733
Izvanredni izdaci	121.262*	22.544				
Ostali izdaci		12.446	160	26.759	16.190	55.609
Izdaci za finan. imovinu i otplatu zajmova	142.212			516	272	128.978
Nabavna vrijednost prodane robe	1.233.266	81.936			1.146.230	5.101
Ukupni izdaci	15.660.700	1.944.283	137.935	725.222	1.477.231	11.376.030

* Ostali i izvanredni izdaci zajedno se prikazuju od 2011. godine

Struktura izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu prikazana je Slikom 24, a za bolničku zdravstvenu zaštitu Slikom 25. Vidljivo je da se udio izdataka na domove zdravlja smanjio od 2000. godine, iako ne značajno u odnosu na 2006. godinu te 2011. godine na domove zdravlja otpada oko 87% izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu. Ipak, u apsolutnim iznosima, izdaci za domove zdravlja 2011. godine rastu u odnosu na 2006. godinu, s 1.469 milijuna HRK 2006. godine na 1.684 milijuna HRK 2011. godine. Iako je došlo do djelomične privatizacije primarne zdravstvene zaštite u navedenom razdoblju, izdaci za domove zdravlja nisu smanjeni. Struktura izdataka je za bolničku zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000. – 2011. ostala slična.

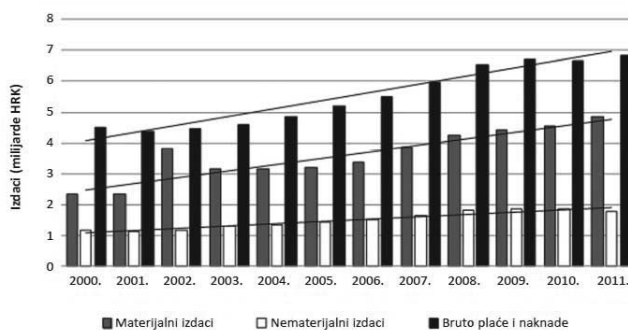


Slika 24. Struktura izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu 2000., 2006. i 2011. UHMP – ustanove hitne medicinske pomoći. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 25. Struktura izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu 2000., 2006. i 2011. KBC – klinički bolnički centri, KB – kliničke bolnice. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Analizirajući strukturu izdataka u 2011. godini, vidljivo je kako su najveći izdaci za bruto plaće i naknade te materijalni izdaci (Tablica 14). Danas izdaci za bruto plaće i naknade čine oko 44%, a materijalni izdaci čine više od 30% ukupnih izdataka (2000. godine su iznosili 25%). Nematerijalni izdaci sudjeluju s 12% u ukupnim izdatacima. Vidljiv je trend rasta izdataka za bruto plaće i naknade te materijalnih izdataka, ali i sporiji rast nematerijalnih izdataka zdravstvenih ustanova u razdoblju 2000. – 2011. (Slika 26).



Slika 26. Izdaci za bruto plaće i naknade, materijalni i nematerijalni izdaci zdravstvenih ustanova 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Prosječne neto i bruto plaće u razdoblju 2000. – 2011. rastu (Tablica 14). Međutim, nominalni rast plaća ne znači ujedno i realni rast plaća (vidjeti više u dijelu 3.1.3.5.).

Prosječan broj zaposlenih na osnovi ukalkuliranih sati rada je porastao 2011. godine u odnosu na 2010. godinu za 457 radnika, a vidljiv je i porast broja zaposlenih u čitavom promatranom razdoblju (Tablica 14).

U strukturi materijalnih izdataka 2011. godine najviše otpada na lijekove i potrošne medicinske materijale (gotovo 60% ukupnih materijalnih izdataka) (Tablica 15). Primjetan je značajan rast izdataka za utrošenu energiju u promatranom razdoblju od 2000. do 2011. godine što se može objasniti i porastom cijena energenata u navedenom razdoblju. Uočljivo je da 2011. godine nije bilo izdataka za investicijsko održavanje (Tablica 15) koji su prosječno po godinama u razdoblju 2000.-2010. iznosili 96,5 milijuna HRK.

Tablica 14. Prosječna bruto i neto plaća (HRK) te prosječan broj zaposlenih 2000. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Prosječna bruto plaća isplaćena po zaposlenom	6.409	6.503	6.500	6.764	7.106	7.605	7.982	8.545	9.136	9.370	9.290	9.344
Primarna zdravstvena zaštita	6.064	6.142	6.208	6.392	6.644	7.149	7.393	7.968	8.527	8.743	8.672	8.670
Poliklinike						7.458	8.082	8.509	9.231	9.355	9.181	9.136
Bolnička zdravstvena zaštita	6.462	6.539	6.518	6.796	7.150	7.634	8.017	8.576	9.175	9.416	9.333	9.400
Zavodi	6.579	6.825	6.732	6.976	7.286	7.716	8.217	8.778	9.241	9.294	9.298	9.377
Ljekarne	7.574	7.879	7.913	8.295	8.923	9.829	10.431	11.082	11.812	12.333	12.180	12.194
Prosječna neto plaća isplaćena po zaposlenom	4.228	4.448	4.430	4.667	4.858	5.218	5.435	5.753	6.131	6.315	6.317	6.402
Primarna zdravstvena zaštita		4.263	4.309	4.567	4.621	5.001	5.141	5.471	5.810	6.014	6.015	6.095
Poliklinike						5.234	5.502	5.791	6.203	6.335	6.213	6.316
Bolnička zdravstvena zaštita		4.450	4.431	4.657	4.875	5.302	5.444	5.759	6.140	6.327	6.330	6.413
Zavodi		4.648	4.558	4.803	4.977	5.306	5.584	5.904	6.225	6.307	6.364	6.481
Ljekarne		5.642	5.233	5.573	5.912	6.113	6.850	7.175	7.622	7.996	7.957	8.009
Prosječan broj zaposlenih na osnovi ukalkuliranih sati rada	56.326	55.808	55.334	55.643	56.267	56.330	56.508	57.524	59.201	60.041	61.024	61.481

Tablica 15. Struktura materijalnih izdataka 2000., 2006., 2009. – 2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; izračun autora.

	2000.		2006.		2009.		2010.		2011.	
	tisuća HRK	%	tisuća HRK	%	tisuća HRK	%	tisuća HRK	%	tisuća HRK	%
Lijekovi	578.937	24,7	903.526	26,7	1.229.151	27,8	1.327.821	29,2	1.465.813	30,3
Potrošni medicinski materijali	520.910	22,3	869.312	25,7	1.257.460	28,4	1.293.418	28,4	1.362.317	28,1
Krv i krvni pripravci	75.040	3,2	101.217	3,0	123.668	2,8	77.713	1,7	76.823	1,6
Živežne namirnice	184.383	7,9	159.534	4,7	177.646	4,0	170.951	3,8	163.166	3,4
Medicinski plinovi	14.054	0,6	15.755	0,5	19.235	0,4	20.884	0,5	21.065	0,4
Materijal za održavanje čistoće	38.884	1,7	42.719	1,3	52.182	1,2	51.997	1,1	51.868	1,1
Uredski materijal	49.252	2,1	51.434	1,5	59.474	1,3	60.221	1,3	62.358	1,3
Ostali razni materijali	72.464	3,1	86.893	2,6	107.658	2,4	100.357	2,2	99.820	2,1
Utrošena energija	210.537	9,0	293.858	8,7	352.433	8,0	405.217	8,9	450.360	9,3

Ugrađeni rezervni dijelovi	35.399	1,5	37.016	1,1	42.205	1,0	43.452	1,0	38.283	0,8
Poštanski izdaci	39.224	1,7	63.585	1,9	63.543	1,4	61.655	1,4	60.220	1,2
Tekuće održavanje	106.011	4,5	157.698	4,7	206.611	4,7	207.869	4,6	295.259	6,1
Investicijsko održavanje	50.802	2,2	103.615	3,1	96.148	2,2	80.810	1,8		0,0
Izdaci za usluge drugih zdravstvenih ustanova	72.841	3,1	126.686	3,7	154.428	3,5	152.965	3,4	150.160	3,1
Ostali materijalni izdaci	290.787	12,4	374.428	11,1	479.933	10,9	496.535	10,9	547.203	11,3
Ukupno	2.339.525	100,0	3.387.276	100,0	4.421.775	100,0	4.551.865	100,0	4.844.715	100,0

Ocjena stanja financijskog poslovanja zdravstvenih ustanova mora biti nadopunjena podacima o stanju obveza i potraživanja kao veličinama koje govore o kumuliranom financijskom rezultatu.

Na dan 31.12.2011. godine, zdravstvene ustanove iskazuju 5,98 milijardi HRK ukupnih obveza i 1,95 milijardi HRK dospjelih obveza (Tablica 16). Ministarstvo zdravlja i HZZO procjenjivali su poslovanje zdravstvenih ustanova temeljem podataka o kretanju dospjelih obveza. S obzirom da je kod dospjelih obveza zdravstvenih ustanova moguća intervencija temeljem prolongacije ugovorenih rokova plaćanja, što je i učinjeno krajem 2010. godine, ovi podaci ne daju u cijelosti realnu sliku. Za definiranje stanja financijskog poslovanja zdravstvenih ustanova relevantniji je podatak o ukupnim obvezama uz uvjet da se iz ukupnih obveza isključi iznos ukupnih obveza prema bankama za kredite koji na dan 31.12.2011. godine iznose 1,44 milijarde HRK (Tablica 17). Za pretpostaviti je da su navedene obveze pokriveno čvrstim izvorima sredstava kao što su decentralizirana sredstva ili imovina zdravstvenih ustanova.

S obzirom na to da zdravstvene ustanove prihode ne ostvaruju kao klasični proračunski korisnici (rashodne stavke u državnom proračunu) kao što je to slučaj kod škola, kazališta, socijalnih ustanova i drugih, već putem ugovora i računa izdanih temeljem pruženih zdravstvenih usluga, kod ocjene financijskog stanja potrebno je uzeti u obzir i podatke o potraživanjima. Na dan 31.12.2011. godine zdravstvene ustanove iskazuju ukupna potraživanja od 3,42 milijarde HRK, odnosno dospjela potraživanja u iznosu od 1,42 milijarde HRK (Tablica 16). Što se tiče potraživanja zdravstvenih ustanova,

nužno je izvršiti detaljnu analizu strukture s obzirom da se u ukupnim i dospjelim potraživanjima nalazi i znatan iznos ostvarenih usluga (fakturirana realizacija) koji neće biti plaćen od strane HZZO-a s obzirom na zaključene ugovore (zapisnikom o usklađenju obveza i potraživanja krajem svake godine, zdravstvene ustanove trebale bi otpisati više fakturirani iznos od ugovorenog iznosa s HZZO-om). Prema tome, potrebno je izvršiti detaljnu analizu potraživanja sa stanovišta naplativosti istih. Tek nakon isključivanja nenaplativih potraživanja, može se dobiti realno stanje potraživanja i odnosa između obveza i potraživanja.

Prikazane podatke u dijelu ukupnih i dospjelih potraživanja treba uzeti uvjetno zbog već spomenutog visokog učešća nenaplativih potraživanja. I kod ovih pokazatelja proizlazi da je najteža situacija kod bolničkih zdravstvenih ustanova s obzirom da gotovo sve bolničke zdravstvene ustanove iskazuju veće obveze od potraživanja kada bi se iz potraživanja izuzela nenaplativa potraživanja.

Nadalje, iz prikazanih podataka vidljivo je da na dan 31.12.2011. godine zdravstvene ustanove iskazuju oko 395 milijuna HRK obveza kod kojih je od roka dospjeća proteklo više od 365 dana. To u slučaju bolnica kod kojih je ugovoreni rok plaćanja 180-240 dana znači da se radi o obvezama koje su nastale prije 180+365 dana ili 240+365 dana (Tablica 17).

Uočljivo je da se daleko najveći dio dospjelih obveza odnosi na obveze po osnovi lijekova, sanitetskog materijala, krvi i krvnih derivata. U ukupnim dospjelim obvezama, obveze za lijekove sudjeluju s 41%, a za sanitetski materijal, krv i krvne derivate 30% (Tablica 17).

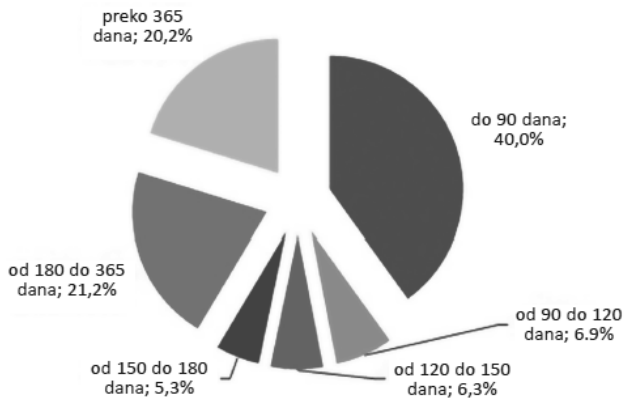
Tablica 16. Obveze i potraživanja zdravstvenih ustanova na dan 31. 12. 2011. (HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; izračun autora.

Zdravstvene ustanove	Obveze		Potraživanja		Razlika ukupnih potraživanja i obveza	Razlika dospjelih potraživanja i obveza
	Ukupne	Dospjele	Ukupna	Dospjela		
Domovi zdravlja	305.072.508	118.551.067	257.825.030	81.100.839	-47.247.478	-37.450.228
UHMP	40.588.798	5.218.130	33.662.815	8.134.339	-6.925.983	2.916.209
Njega u kući	1.335.886	4.164	1.588.975	356.874	253.089	352.710
Primarna zdravstvena zaštita	346.997.192	123.773.361	293.076.820	89.592.052	-53.920.372	-34.181.309
Poliklinike	13.718.336	2.767.934	27.458.128	3.505.353	13.739.792	737.419
Bolnička zdravstvena zaštita	5.154.149.895	1.713.725.501	2.463.576.802	993.772.977	-2.690.573.093	-719.952.524
KBC, KB, klinike	3.072.878.586	724.821.377	1.555.652.254	751.239.117	-1.517.226.332	26.417.740
Opće bolnice	1.788.833.434	906.938.563	678.486.524	168.078.216	-1.110.346.910	-738.860.347
Specijalne	292.437.875	81.965.561	229.438.024	74.455.644	-62.999.851	-7.509.917
Zavodi	208.101.206	23.192.577	221.092.360	146.825.199	12.991.154	123.632.622
Ljekarne	259.327.748	89.480.294	419.227.919	182.194.492	159.900.171	92.714.198
Ukupno	5.982.294.377	1.952.939.667	3.424.432.029	1.415.890.073	-2.557.862.348	-537.049.594

Tablica 17. Vrste obveza na dan 31.12.2011. (HRK). Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

	Ukupne obveze	Dospjele obveze						
		ukupno	do 90 dana	od 90 do 120 dana	od 120 do 150 dana	od 150 do 180 dana	od 180 do 365 dana	preko 365 dana
Za lijekove	1.621.020.555	795.403.749	272.245.530	65.415.530	62.533.024	52.508.182	167.042.190	175.659.293
Za sanit. materij., krv i krvne derivate i sl.	1.190.873.185	576.094.756	218.684.692	45.825.789	41.827.486	35.730.127	125.200.723	108.825.939
Za živežne namirnice	72.581.526	20.730.962	11.451.576	2.527.918	1.842.520	1.201.285	2.369.159	1.338.504
Za energiju	82.140.016	29.279.730	13.915.169	1.463.931	1.235.639	1.135.787	6.159.201	5.370.003
Za ostale mat. i rep. mat.	153.336.975	61.563.017	33.606.562	4.282.447	3.702.369	2.996.352	8.624.362	8.350.925
Za proiz. i neproiz. usluge	236.948.715	114.751.001	56.320.723	6.982.764	5.918.614	5.677.721	18.144.070	21.707.109
Za opremu (osnovna sredstva)	132.626.789	51.538.846	37.645.705	1.603.706	1.789.451	1.270.188	6.365.576	2.864.090
Obveze prema zaposlenicima	661.048.421	94.786.939	94.119.773	227.391	0	47.738	52.630	339.407
Obveze za usluge drugih zdrav. ustanova	78.179.557	61.918.443	15.836.734	3.990.733	2.753.239	2.219.728	10.964.014	26.153.995
Obveze prema bankama za kredite	1.435.292.938	33.932.430	2.655.714	0	0	480.539	0	30.796.177
Ostale nespomenute obveze	163.420.395	32.205.644	13.709.879	985.231	1.468.707	504.820	3.643.534	11.893.473
Obveze prema HZZO-u za manje izvršeni rad	154.825.305	80.734.150	11.940.797	1.680.894	48.741	0	65.605.091	1.458.627
Ukupne obveze	5.982.294.377	1.952.939.667	782.132.854	134.986.334	123.119.790	103.772.467	414.170.680	394.757.542

Od ukupnih dospjelih obveza, 40% je onih do 90 dana, 21,2% dospjelih od 180 do 365 dana i 20,2% dospjelih preko 365 dana (Slika 27).



Slika 27. Struktura dospjelih obveza zdravstvenih ustanova na dan 31.12.2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; izračun autora. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje; izračun autora.

Radi što realnijeg sagledavanja stanja obveza, u obzir je potrebno uzeti i stanje novčanih sredstava na žiro računu na dan 31.12.2011. Trenutkom trošenja novčanih sredstava smanjuju se ukupne i dospjele obveze što teoretski znači da bi iznos ukupnih i dospjelih obveza trebalo umanjiti za iznos novčanih sredstava na žiro računu te tako dobiveni iznos predstavlja realnu veličinu ukupnih i dospjelih obveza. Zalihe lijekova i potrošnog medicinskog materijala prosječno 2011. godine odgovaraju potrošnji za 15 dana što je blizu optimalnih zaliha zbog nepredvidivosti broja i strukture usluga koje će zdravstvena ustanova pružiti u narednom razdoblju.

3.4.8.3 Zaključak analize poslovanja zdravstvenog sustava

Iz analize poslovanja HZZO-a i zdravstvenih ustanova proizlazi kako je potrebno sljedeće:

- podmiriti dospjele obveze HZZO-a i dospjele obveze zdravstvenih ustanova. Podmirenjem dospjelih obveza HZZO-a automatski će se podmiriti dospjele obveze zdravstvenih ustanova.

- utvrditi rok plaćanja HZZO-a prema zdravstvenim ustanovama od najdulje 60 dana (u primarnoj zdravstvenoj zaštiti već se primjenjuju rokovi od 30 dana)

- osigurati sredstva za ugovoreni program zdravstvene zaštite koji će zdravstvenim ustanovama omogućiti plaćanje obveza prema dobavljačima u roku od 60 dana.

Pored prethodno navedenog, potrebno je osigurati i dodatna sredstva po osnovu primjene Kolektivnog ugovora za zdravstvo koji u dijelu novog načina evidentiranja i plaćanja dežurstava i pripravnosti zahtjeva više dodatnih sredstva godišnje.

Prioritet bi se trebao dati podmirivanju dospjelih obveza zdravstvenih ustanova, s obzirom da daljnja prolongacija rokova plaćanja može dovesti u pitanje opskrbu zdravstvenih ustanova, a samim time i realizaciju ugovorenih programa rada.

3.4.9 Izazovi održivosti financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava

Osim izazova po hrvatski zdravstveni sustav u smislu financijske održivosti (premali broj onih koji plaćaju doprinose, sustav ovisi o plaćama što ga čini ovisnim o tržištu rada i slično), treba uzeti u obzir i starenje hrvatskog stanovništva te smanjenje udjela radno aktivnog stanovništva. Neslužbena ekonomija se smatra dosta raširenom pa su potrebni dodatni naporu kako bi se riješio taj problem i potaknuli financijski tijekovi u sustav zdravstvene zaštite.

Dodatno, izazovi održivosti financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava rezultat su:

- prevelike javne potrošnje na zdravstvenu zaštitu kao udjel BDP-a koja je jedna od najvećih u regiji
- neproporcionalno visokih i često neopravdanih izdataka za lijekove
- relativno visokih doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje koji imaju utjecaja i na međunarodnu konkurentnost nacionalnih kompanija jer utječu na visinu plaća, a tako i na ukupne troškove finalnog proizvoda na tržištu uslijed čega je i došlo do smanjenja istih
- nedostatka privlačenja inozemnih investitora koji potencijalno mogu imati pozitivnu ulogu za rast i razvoj nacionalne ekonomije
- netransparentnosti financiranja

- neprikladnog i nestručnog upravljanja zdravstvenim ustanovama
- nedovoljno razvijene konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite
- nedostatnih napora u prevenciji bolesti što bi također pomoglo u zadržavanju troškova, odnosno poticanju učinkovitosti
- problema distribucije sredstava
- preduge rokove plaćanja
- utjecaja ekonomske situacije. Aktualna ekonomska i financijska kriza je nakon razdoblja rasta i stabilnosti uzrokovala značajan porast deficita državnog proračuna i javnog duga. Proračuni javnih institucija pod velikim su pritiskom i na strani prihoda i na strani rashoda. Smanjenje plaća te porast nezaposlenosti smanjili su resurse iz poreza i doprinosa socijalnom osiguranju što je imalo ozbiljan utjecaj na kapacitet i održivost zdravstvenog sustava
- fiskalnog deficita s obzirom na koji će biti potrebne fiskalne prilagodbe budući da je porezni teret u Hrvatskoj jedan od najvećih u regiji te s obzirom na ulazak u EU koji ukazuje na pritisak na daljnji rast troškova
- nedostatka nadzora. Nadzor predstavlja temelj učinkovitog sustava zdravstva, a bez učinkovitog i pravilno postavljenog sustava nadzora ne mogu se primijetiti, izmjeriti ili prevenirati neke neuobičajene pojave.

Sažetak

Održivost sustava financiranja zdravstva ugrožena je uslijed rasta izdataka, oskudnih resursa te nepovoljnih demografskih i ekonomskih trendova. Krucijalni čimbenici rasta troškova zdravstvene zaštite su: starenje stanovništva i porast broja kroničnih oboljenja, izrazito visoka cijena tehnološkog napretka kojim se produljuje život, ali ubrzava i rast troškova, velika potražnja od strane pacijenata prouzrokovana većim znanjem o svim mogućnostima dijagnostike i liječenja, ali i manje zdravim životnim stilovima te financijske strukture i zakonodavnih prioriteta koji nisu usklađeni sa suvremenim zahtjevima. Analiza utjecaja ključnih kontekstualnih čimbenika, posebno fiskalnih ograničenja, potrebna je kako bi se odredio razmjer do kojeg je zemlja u mogućnosti postići ciljeve politike financiranja zdravstva te identificirale potencijalne političke mogućnosti. Ulaganja u zdravstveni sektor ovise ponajviše o stupnju razvoja ekonomije i njezinoj opskrbljenosti kapitalom.

Analiza politika financiranja zdravstvenih sustava u zemljama članicama EU-a pokazala je sljedeće:

- Ne postoji univerzalan odgovor na koji način financirati zdravstvene sustave.
- Europski se zdravstveni sustavi mogu promatrati kao emanacije dvaju općih modela socijalne zdravstvene zaštite: (1) Bismarckov model ili osigurateljni zdravstveni sustav i (2) Beveridgeov model ili nacionalni zdravstveni sustav, primarno prema izboru izvora sredstava. Danas se zemlje EU27 dijele u tri grupe s obzirom na način financiranja sustava zdravstva. Najveću grupu čine zemlje koje financiraju zdravstvene sustave kroz socijalne doprinose (Austrija, Belgija, Češka Republika, Estonija, Francuska, Njemačka, Mađarska, Litva, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Rumunjska, Slovačka i Slovenija). Drugu grupu čine zemlje koje financiraju zdravstvene sustave većinom kroz oporezivanje (Danska, Finska, Irska, Italija, Malta, Portugal, Španjolska, Švedska i Velika Britanija), a treću grupu zemlje koja se većinom oslanjaju na plaćanja iz džepa građana (Bugarska, Cipar, Grčka i Latvija). No, danas se sve više koriste pojmovi »Bev-marck« i »Bis-eridge« sustavi te sama podjela na sustave

postaje irelevantna jer se koriste kombinacije različitih izvora sredstava za financiranje zdravstvenog sustava. Izbor optimalnog modela nije jednoznačan.

- Opća ili univerzalna zdravstvena zaštita jamči se ustavima mnogih zemalja članica EU-a, kao i s nekoliko međunarodnih povelja i konvencija kojima je i EU potpisnik.
- Zemlje EU-a, kao i sve zemlje svijeta, suočavaju se s različitim izazovima financiranja svojih zdravstvenih sustava. Kako bi se pronašla prikladna rješenja, neophodan je redizajn politike financiranja zdravstvene zaštite u skladu s nacionalnim uvjetima. Svaka zemlja ima različitu početnu poziciju i kontekst pa će se i ispravni put prema poboljšanju učinkovitosti i održavanju razine funkcioniranja sustava također razlikovati.
- Na politiku financiranja zdravstvenih sustava utjecala je i aktualna ekonomska i financijska kriza koja je nakon razdoblja rasta i stabilnosti pogodila sve zemlje članice EU-a te one bilježe značajan porast deficita državnog proračuna i javnog duga. Smanjenje plaća te porast nezaposlenosti smanjili su resurse iz poreza i doprinosa socijalnom osiguranju što je imalo ozbiljan utjecaj na kapacitet i održivost zdravstvenih sustava zemalja članica EU-a.

• Financijske reforme koje su zemlje članice EU-a najčešće provodile u svrhu postizanja održivosti financiranja uključuju: centralizaciju sustava prikupljanja sredstava, širenje baze prihoda, stratešku alokaciju resursa i stratešku kupovinu usluga, širenje pokrivenosti stanovnika i osiguravanje pristupa, poticanje konkurencije među osiguravateljima, povećanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvenog sustava.

• Snošenje dijela troškova od strane građana može znatno smanjiti teret državnog proračuna, ali može i spriječiti prekomjernu potražnju zdravstvenih usluga. S druge strane, troškovi ne bi smjeli biti previsoki tako da spriječe traženje nužne zdravstvene zaštite.

• Javno-privatna partnerstva predstavljaju rješenje problema stroge regulacije kojoj su podložne javne institucije i nedostatka financijskih sredstva kojima raspolažu. Kolaboracija između javnog i privatnog sektora uznapredovala je posljednjih godina uključivanjem privatnog sektora u financiranje, izgradnju i održavanje bolničke opreme, zgrada i sličnih projekata.

• Budući razvoj politika financiranja europskih zdravstvenih sustava može ići u smjeru jačanja razvoja tehnologije, poticanja harmonizacije, veće privatizacije, ili u smjeru decentralizacije te jačanja javnog zdravstva. Bez obzira koja opcija prevagne, ključno je zaključiti kako sustavi zahtijevaju više fleksibilnosti u razvijanju rješenja suvremenih financijskih problema.

Način financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava po svojim karakteristikama je najbliži Bismarckovom modelu financiranja u kojem funkcionira sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja koji pokriva veći dio javnih izdataka za usluge zdravstvene zaštite s jednim fondom za bolesti na cijelo stanovništvo – Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Financiranje hrvatskog sustava obveznog zdravstvenog osiguranja ne ovisi samo o doprinosima iz plaća. Dio dolazi od transfera središnje države, a dio iz drugih izvora poput zajmova, kamata i slično. Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se na račun Državne riznice te čine dio Državnog proračuna iz kojeg HZZO prima sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje. Od 1. svibnja 2012. godine stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje smanjena je s 15% na 13%. Smanjenje stope doprinosa predstavlja dodatni izazov financiranju zdravstvenog sustava budući da će po toj osnovi manje sredstava pritijecati u proračun i dalje se alocirati u zdravstveni sektor.

Komparativna analiza izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, Europskoj monetarnoj uniji (EMU), Češkoj i Sloveniji u razdoblju 2000. – 2011. ukazuje na sljedeće:

Izdaci za zdravstvo per capita u Hrvatskoj su 2010. godine značajno niži nego u zemljama EU-a, EMU-a, Češkoj i Sloveniji iako pokazuju trend rasta u razdoblju 2000.-2010. Ipak, od 2008. godine, kada su iznosili 1.581 USD (PPP) opadaju i 2010. godine iznose 1.514 USD (PPP).

Udjel ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u Hrvatskoj ne mijenja se od 2008. godine te je niži nego u EU, Češkoj i Sloveniji (2010. godine u Hrvatskoj je iznosio 7,76%, u EU-u je bio 10,41%, Sloveniji 9,41% i Češkoj 7,88% BDP-a).

Udjel javnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u Hrvatskoj je nepromijenjen od 2007. godine te iznosi 6,6% što je, uspoređujući ovaj pokazatelj za posljednju dostupnu, 2009. godinu, niže nego za prosjek EU-a (7,8%), no više nego u Češkoj (6,1%) i Sloveniji (6,4%).

Udjel privatnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u Hrvatskoj je niži nego u zemljama EU-a, EMU-a, Sloveniji i Češkoj. Godine 2008. i 2009. u Hrvatskoj je iznosio 1,18% BDP-a, u Češkoj je 2009. bio 1,26% BDP-a, dok je u zemljama EU-a, EMU-a i Sloveniji bio veći od 2% BDP-a.

U Hrvatskoj 2010. godine **javni izdaci** sudjeluju s oko 85% u **ukupnim izdacima za zdravstvo** (udjel je nepromijenjen od 2008. godine) što je više nego iste godine u EU-u (77%), EMU (76%), Sloveniji (74%), dok je Češka s 84% blizu Hrvatske prema ovom pokazatelju.

Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj imaju veći udjel u **ukupnim javnim izdacima** nego u zemljama EU-a, EMU-a, Češkoj i Sloveniji te su 2010. godine u Hrvatskoj činili 17,7% ukupnih javnih izdataka.

Udjel plaćanja iz džepa građana u ukupnim izdacima za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u i Češkoj bio je vrlo sličan 2010. godine te je za Hrvatsku nepromijenjen u razdoblju 2008.-2010. godine i iznosi 14,5%. U 2010. godini u EU-u iznosi 14,2%, EMU-u 14,3% i Češkoj 14,7% dok je niži u Sloveniji (12,7%). Od 2003. godine plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj čine oko 96% ukupnih privatnih izdataka za zdravstvo što je više nego u svim promatranim zemljama i grupama zemalja osim u Češkoj gdje 2010. godine iznosi gotovo 90%. U Sloveniji je taj udjel iste godine znatno niži i iznosi 47,8%, dok za EU iznosi 72,7%, a EMU 69,3%.

Udjel izdataka za prevenciju u ukupnim izdacima za zdravstvo je 2010. godine niži u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a te iznosi svega 0,68% ukupnih izdataka za zdravstvo, dok je u zemljama EU-a taj udjel bio 2,68%.

Vanjski izvori izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima za zdravstvo su u Hrvatskoj od 2008. godine zanemarivi te su 2010. godine, kada iznose 0,003% ukupnih izdataka za zdravstvo, niži nego u zemljama EU-a, EMU-a i Sloveniji, a dok ih u Češkoj nije ni bilo.

Iz navedenog je moguće zaključiti da javni izdaci za zdravstvo dominiraju u Hrvatskoj, dok je uloga privatnih izdataka marginalna i manja nego u EU-u. Iako su javni izdaci za zdravstvo kao udjel u ukupnim javnim izdacima viši u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a, u apsolutnom smislu ti su izdaci niži s obzirom na ukupan BDP Hrvatske, kao i iznos ukupnih javnih izdataka. Povećanjem privatnih izdataka za zdravstvo potencijalno se može utjecati na rasterećenje javnog sustava financiranja zdravstva.

Izdaci za zdravstvenu zaštitu i činjenica da se kompenzacije i naknade kao što su bolovanja i porodiljni dopusti te kompenzacije transportnih troškova plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja

dovele su HZZO do akumulacije gubitaka. Navedeni su gubici djelomično pokriveni zajmovima i državnim subvencijama, ali popraćeni su i procesima značajnog smanjivanja prava na besplatnu zdravstvenu zaštitu te uvođenjem i rastom dodatnih plaćanja iz džepa pacijenata. U kombinaciji s drugim mjerama provedenih reformi, navedeno je uzrokovalo smanjenje standarda zdravstvene zaštite. Privatno zdravstveno osiguranje igra marginalnu ulogu u financiranju zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, kao i u većini zemalja EU-a.

Analiza poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u razdoblju 2000. – 2011. ukazuje na sljedeće:

Financijski rezultat poslovanja: veći dio navedenog razdoblja HZZO posluje s gubitkom. Višak prihoda nad rashodima ostvaren je 2002. i 2007. godine te u razdoblju 2009.-2011. godine. Što se tiče negativnog rezultata, odnosno manjka prihoda nad rashodima, najveći je manjak ostvaren 2004. godine (1,17 milijardi HRK).

Najznačajniji izvori prihoda su prihodi od proračuna za redovnu djelatnost koji uključuju prihode od doprinosa i transfera iz proračuna. U razdoblju 2000. – 2011. prihodi iz proračuna pokazuju trend rasta. Godine 2011. udjel ovih prihoda u ukupnim prihodima HZZO-a bio je 92,2%, a što je porast u odnosu na 2009. i 2010. godinu kada je njihov udjel iznosio 88,6%. Nadalje, osim prihoda od doprinosa i transfera, 7,7% prihoda je iz posebnih propisa (1.679 milijuna HRK), a ostatak se odnosi na vlastite prihode i kapitalne donacije. S druge strane, najveći dio rashoda HZZO-a čine zdravstvena zaštita i naknade. Izdaci za ukupnu zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000. – 2011. pokazuju trend rasta, ali se isti smanjuju u 2010. i 2011. godini u odnosu na 2009. godinu. Zdravstvena zaštita sudjeluje u ukupnim izdacima s 86,2% (18.425 milijuna HRK) 2011. godine, a ukupne naknade s 12,1%. Što se strukture izdataka za zdravstvenu zaštitu tiče, najveći udjel izdataka otpada na bolničku zdravstvenu zaštitu (8.150 milijuna HRK ili 44,2%), lijekove na recept (3.030 milijuna HRK ili 16,4%) i primarnu zdravstvenu zaštitu (2.918 milijuna HRK ili 15,8%). Od 2010. izdaci za bolničku zdravstvenu zaštitu i lijekovi na recept opadaju, a od 2011. i izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu. S aspekta strukture izdataka za naknade, najviše se izdvaja za naknade zbog bolesti i invalidnosti koje su 2011. godine iznosile 1.055 milijuna HRK te roditeljne naknade koje su iste godine iznosile 896 milijuna HRK, mada se od 2009. godine smanjuju obje vrste naknada, kao i ukupne naknade. Analizom podataka o bolovanjima može se zaključiti da se u razdoblju 2000. – 2011. stopa bolovanja smanjila. No, 2011. godine je primjetan rast stope bolovanja u odnosu na 2010. godinu, a kada iznosi 3,23%. Nadalje, 2011. godine porastao je i broj zaposlenika na bolovanju (na 47.928) i ukupni broj dana bolovanja (na 15.001 tisuća dana), ali je smanjen prosjek broja dana trajanja bolovanja (na 14,61) u odnosu na 2010. godinu.

Obveze i rokovi plaćanja: ukupne su se obveze u razdoblju 2000. – 2011. povećale. Dana 31.12.2011. ukupne su obveze iznosile gotovo 4.662 milijuna HRK, od čega je dospjelih obveza iz djelatnosti 154 milijuna HRK, a nedospjelih obveza oko 4.335 milijuna HRK. U odnosu na prethodnu, 2010. godinu ovakvo stanje predstavlja povećanje obveza.

Za ocjenu stanja obveza HZZO-a od izuzetnog značaja je podatak o ugovorenim rokovima plaćanja. Bez obzira što se radi o proračunskim korisnicima, HZZO je sa zdravstvenim ustanovama ugovorio rokove plaćanja od 30-180 dana. Primjetno je kako HZZO ima značajno manje dospjelih obveza od 2009. godine što je većinom posljedica produženja ugovorenih rokova plaćanja prema zdravstvenim ustanovama (lijekovi na recept sa 120 na 180 dana, posebno skupi lijekovi sa 30 na 90 dana, programi transplantacije

s 30 na 90 dana te programi interventne kardiologije i neurologije s 30 na 90 dana), a manjim dijelom posljedica povećanih priljeva sredstava. Prema tome, odnos dospjelih i nedospjelih obveza bio bi bitno drugačiji kada bi ugovoreni rokovi plaćanja bili primjereni proračunskim korisnicima.

Broj osiguranika: u razdoblju 2000. – 2011. utvrđeno je kako je trenutno oko 35% aktivnih osiguranika (aktivnih radnika i aktivnih poljoprivrednika), a 65% neaktivnih osiguranika (umirovljenika, članova obitelji i ostalih). Broj aktivnih poljoprivrednika u cijelom razdoblju 2000. – 2011. opada te 2011. godine iznosi 35.878 aktivnih poljoprivrednika, odnosno manje je aktivnih poljoprivrednika 2011. godine za 66,4% u odnosu na 2000. godinu. U cijelom promatranom razdoblju raste broj umirovljenika kao neaktivnih osiguranika pa je taj broj neaktivnih osiguranika 2011. godine iznosio 1.050.460 prema podacima HZZO-a, odnosno za 71.931 više nego 2000. godine. Smanjenje broja aktivnih osiguranika odraz je opće nepovoljne ekonomske i demografske situacije te nepovoljno utječe na financijsku održivost sustava. Omjer broja nositelja osiguranja i broja članova obitelji osiguranja se od 2003. godine u promatranom razdoblju 2000. – 2011. nije mijenjao i iznosi prosječno 0,4 člana obitelji nositelja osiguranja po nositelju osiguranja, odnosno 0,5 po aktivnom radniku, 0,3 po aktivnom poljoprivredniku, 0,2 po umirovljeniku te 0,3 po ostalim nositeljima osiguranja.

Broj izdanih recepata: kontinuirano raste na godišnjoj razini u razdoblju 2000. – 2011. Broj recepata po prosječnom broju osiguranih osoba se povećao za 100% 2011. godine u odnosu na 2000. godinu. U odnosu na 2010. godinu, 2011. godine porastao je i prosječan izdatak po prosječnom broju osiguranika na 694,44 HRK i prosječni izdatak po izdanom receptu na 60,30 HRK. Godine 2011. najveće izdatke za lijekove na recept po osiguraniku je imao područni ured Karlovac (785,59 HRK), a najmanji područni ured Požega (604,53 HRK). Iste godine, najveći izdatak po receptu imao je područni ured Pazin (65,60 HRK), a najmanji područni ured Požega (52,07 HRK) dok je najveći prosječni broj recepata po jednom osiguraniku imao područni ured Krapina (13,28), a najmanji područni ured Split (10,16).

Naturalni pokazatelji: uz podatke o rashodima-izdacima za zdravstvenu zaštitu, prate se i prirodni pokazatelji zdravstvene potrošnje. Broj usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti smanjio se 2010. godine u odnosu na 2000. i iznosio je 36 milijuna. Broj usluga u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti također se smanjio 2010. (5 milijuna) u odnosu na 2000. godinu (12 milijuna). U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uz glavarine, uveden je novi model plaćanja po dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP) koji se posebno zaračunavaju HZZO-u. Godine 2010. broj izvršenih DTP-a u općoj/obiteljskoj medicini iznosio je 2.480.688 postupaka, u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece 236.680 postupaka i u zdravstvenoj zaštiti žena 156.149 postupaka, a što je u svim navedenim stavkama porast u odnosu na 2009. godinu. Također, od početka 2009. godine, bolničkim se zdravstvenim ustanovama usluge liječenja akutnih bolesnika plaćaju prema dijagnostičko-terapijskim skupinama (DTS), odnosno za kronične bolesti prema danima bolničkog liječenja (DBL). Od 2009. godine, prosjek trajanja liječenja u danima za akutne bolesti nije se promijenio i iznosi 7,6 dana, ali za kronične bolesti se smanjio s 36 dana 2009. godine na 26,4 dana 2011. godine.

Ukoliko bi se primjenjivao Zakon o rokovima plaćanja obveza, HZZO-u u 2012. godini nedostaje sredstava za poštivanje roka plaćanja od 60 dana.

Analiza rezultata poslovanja zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj u razdoblju 2000. – 2011. ukazuje na sljedeće:

Financijski rezultat poslovanja: utvrđen je porast prihoda i rashoda zdravstvenih ustanova od 2006. godine u promatranom razdoblju 2000. – 2011. Godine 2011. ukupni prihodi su se smanjili u odnosu na 2010. godinu i iznose 15.276 milijuna HRK, a ukupni rashodi su se povećali u odnosu na 2011. godinu i iznose 15.661 milijuna HRK. Ostvareni višak prihoda zdravstvenih ustanova je niži 2011. godine u odnosu na 2010. godinu za 138 milijuna HRK, a u odnosu na 2009. godinu za 156 milijuna HRK. Najveći je višak prihoda 2011. godine ostvaren u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u iznosu od 48 milijuna HRK. U razdoblju 2000. – 2011. godine, najveći manjak prihoda zdravstvenih ustanova ostvaren je 2002. godine (1.559 milijuna HRK). Godine 2011. ukupni manjak prihoda iznosio je 510 milijuna HRK što je porast od 317 milijuna HRK u odnosu na 2010. godinu. Čak 83,4% navedenog manjka prihoda 2011. godine ostvaren je u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno 425 milijuna HRK, a što je porast u odnosu na 2010. godinu od 255 milijuna HRK. Manjak prihoda porastao je u svim segmentima, osim u ljekarnama.

Prema veličini udjela, najveći udjel u ukupnim приходima i u ukupnim rashodima zdravstvenih ustanova ima bolnička zdravstvena zaštita. Prihodi i rashodi u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti pratili su trend rasta od 2000. do 2011. godine. Udjel bolničke zdravstvene zaštite u ukupnim приходima 2011. godine bio je 72%, a u ukupnim rashodima 73%. Ukupni prihodi bolnica 2011. godine iznose 10.994 milijuna HRK što je pad u odnosu na 2010. godinu od 158 milijuna HRK, a ukupni rashodi iste godine iznose 11.376 milijuna HRK što je rast u odnosu na 2010. godinu od 146 milijuna HRK.

Analizom kretanja prihoda i rashoda po vrstama ustanova, može se zaključiti da su primarna zdravstvena zaštita i ljekarne jedine povećale svoje prihode 2011. u odnosu na 2010. godinu. Najveće smanjenje prihoda nad rashodima 2011. godine u odnosu na prethodnu godinu iskusili su zavodi (pad od 93 milijuna HRK) te bolnička zdravstvena zaštita (pad od 49 milijuna HRK). Rashode su 2011. godine smanjile poliklinike za 4 milijuna HRK te zavodi za 1 milijun HRK u odnosu na 2010. godinu.

Prema strukturi prihoda i rashoda zdravstvenih ustanova najznačajniji je udjel prihoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji se smanjio u razdoblju od 2000. do 2011. godine pa je 2000. godine iznosio 84%, a 2011. godine 76%. Prilikom ocjene ostvarenog financijskog rezultata zdravstvenih ustanova, treba imati na umu i činjenicu da zdravstvene ustanove prihode ostvaruju na temelju naplaćene realizacije te da je na ostvareni приход zdravstvenih ustanova utjecala i dinamika plaćanja od strane HZZO-a kao daleko najvećeg kupca usluga zdravstvenih ustanova. U slučaju da je HZZO sve svoje obveze prema zdravstvenim ustanovama podmirio u ugovorenim rokovima, приход zdravstvenih ustanova bio bi veći za iznos dospjelih obveza te bi primjereno tome bio drugačiji financijski rezultat.

Prema strukturi izdataka zdravstvenih ustanova, najveći su izdaci za bruto plaće i naknade te materijalni izdaci. Zabilježen je trend rasta izdataka za bruto plaće i naknade te materijalnih izdataka, ali i sporiji rast nematerijalnih izdataka zdravstvenih ustanova u razdoblju 2000. – 2011. Godine 2011. izdaci za bruto plaće i naknade iznose oko 44%, a materijalni izdaci čine više od 30% ukupnih izdataka (2000. godine su iznosili 25%). Potrebno je istaknuti kako se dio izdvajanja za bruto plaće svakako vraća u proračun. Nematerijalni izdaci sudjeluju s 12% u ukupnim izdacima. U strukturi izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu smanjili su se izdaci za domove zdravlja od 2000. godine kada su iznosili 94,5% na 86,6% u 2011. godini. Struktura izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000. – 2011. nije se značajno mijenjala. Najveći udjel u

navedenom razdoblju imaju klinički bolnički centri (KBC), kliničke bolnice (KB) i klinike (53,6% u 2011. godini).

Struktura materijalnih izdataka: zabilježen je porast materijalnih izdataka u razdoblju 2000. – 2011. Najveći dio materijalnih izdataka izdvaja se za lijekove i potrošni medicinski materijal koji zajedno čine gotovo 60% ukupnih materijalnih izdataka u 2011. godini. Primjetan je značajan rast izdataka za utrošenu energiju u promatranom razdoblju od 2000. do 2011. godine što se može objasniti i porastom cijena energenata u navedenom razdoblju. Godine 2011. utrošena energija čini oko 9% ukupnih materijalnih izdataka. Uočljivo je da 2011. godine nije bilo izdataka za investicijsko održavanje koji su prosječno po godinama u razdoblju 2000.-2010. iznosili 96,5 milijuna HRK.

Obveze i potraživanja: na dan 31.12.2011. godine zdravstvene ustanove iskazuju 5,98 milijardi HRK ukupnih obveza i 1,95 milijardi HRK dospjelih obveza. S obzirom da je kod dospjelih obveza zdravstvenih ustanova moguća intervencija temeljem produženja ugovorenih rokova plaćanja, što je i učinjeno krajem 2010. godine, ovi podaci ne daju u cijelosti realnu sliku. S druge strane, na dan 31.12.2011. godine zdravstvene ustanove iskazuju ukupna potraživanja od 3,42 milijarde HRK, odnosno dospjela potraživanja u iznosu od 1,42 milijarde HRK. Nužno je izvršiti detaljnu analizu strukture potraživanja zdravstvenih ustanova s obzirom da se u ukupnim i dospjelim potraživanjima nalazi i znatan iznos ostvarenih usluga (fakturirana realizacija) koji neće biti plaćen od strane HZZO-a s obzirom na zaključene ugovore (zapisnikom o usklađenju obveza i potraživanja krajem svake godine, zdravstvene ustanove trebale bi otpisati fakturirani iznos koji je veći od iznosa ugovorenog s HZZO-om). Prema tome, potrebno je izvršiti detaljnu analizu potraživanja sa stanovišta naplativosti istih. Tek nakon isključivanja nenaplativih potraživanja, može se dobiti realno stanje potraživanja i odnosa između obveza i potraživanja.

Najteža je situacija kod bolničkih zdravstvenih ustanova s obzirom da gotovo sve bolničke ustanove iskazuju veće obveze od potraživanja, kada bi se iz potraživanja izuzela nenaplativa potraživanja. Dana 31.12.2011. ukupne obveze bolničkih ustanova iznosile su 5,1 milijardu HRK, od čega više od 3 milijarde otpada na KBC, KB i klinike, oko 1,8 milijardi je dospjelih obveza općih bolnica te oko 292 milijuna HRK dospjelih obveza specijalnih bolnica. Daleko najveći dio dospjelih obveza odnosi se na obveze po osnovi lijekova, sanitetskog materijala, krvi i krvnih derivata. Na dan 31.12.2011. godine zdravstvene ustanove iskazuju oko 395 milijuna HRK obveza kod kojih je od roka dospijeca proteklo više od 365 dana. To u slučaju bolnica kod kojih je ugovoreni rok plaćanja 180-240 dana znači da se radi o obvezama koje su nastale prije 180+365 dana ili 240+365 dana. Od ukupnih dospjelih obveza, 40% je onih do 90 dana, 6,9% dospjelih od 90 do 120 dana, 6,3% dospjelih od 120 do 150 dana, 5,3% dospjelih od 150 do 180 dana, 21,2% dospjelih od 180 do 365 dana i 20,2% dospjelih iznad 365 dana.

Pri analizi financiranja zdravstvenog sustava važno je uzeti u obzir širi nacionalni kontekst i sve potencijalne čimbenike od utjecaja na financiranje. Nekoliko je ključnih kontekstualnih čimbenika koji su potaknuli ili ograničili mogućnosti reforme hrvatskog zdravstvenog sustava i samu implementaciju: specifičnosti naslijeđenog zdravstvenog sustava, fiskalni šok povezan s ranim tranzicijskim razdobljem, promjena relativnih cijena uslijed integracije u svjetsku ekonomiju, razina ozbiljnosti ekonomskog kolapsa u ranom tranzicijskom razdoblju te promjene političkog konteksta. Osim izazova po hrvatski zdravstveni sustav u smislu financijske održivosti, treba uzeti u obzir i starenje hrvatskog stanovništva te smanjenje udjela

radno aktivnog stanovništva. Dodatno, izazovi održivosti financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava rezultat su:

- prevelike javne potrošnje na zdravstvenu zaštitu kao udjel BDP-a, koja je jedna od najvećih u regiji
- visokih izdataka za lijekove
- relativno visokih doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje koji imaju utjecaja i na međunarodnu konkurentnost nacionalnih kompanija jer utječu na visinu plaća, a tako i na ukupne troškove finalnog proizvoda na tržištu uslijed čega je i došlo do smanjenja istih
- nedostatka privlačenja inozemnih investitora koji potencijalno mogu imati pozitivnu ulogu za rast i razvoj nacionalne ekonomije
- netransparentnosti financiranja
- neprikladnog i nestručnog upravljanja zdravstvenim ustanovama
- nedovoljno razvijene konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite
- nedostatnih napora u prevenciji bolesti što bi također pomoglo u zadržavanju troškova, odnosno poticanju učinkovitosti
- problema distribucije sredstava
- predugih rokova plaćanja
- utjecaja ekonomske situacije. Aktualna ekonomska i finansijska kriza je nakon razdoblja rasta i stabilnosti uzrokovala značajan porast deficita državnog proračuna i javnog duga. Proračuni javnih institucija pod velikim su pritiskom i na strani prihoda i na strani rashoda. Smanjenje plaća te porast nezaposlenosti smanjili su resurse iz poreza i doprinosa socijalnom osiguranju što je imalo ozbiljan utjecaj na kapacitet i održivost zdravstvenog sustava
- fiskalnog deficita, s obzirom na koji će biti potrebne fiskalne prilagodbe budući da je porezni teret u Hrvatskoj jedan od najvećih u regiji te s obzirom na ulazak u EU koji ukazuje na pritisak na daljnji rast troškova
- nedostatka nadzora. Nadzor predstavlja temelj učinkovitog sustava zdravstva, a bez učinkovitog i pravilno postavljenog sustava nadzora ne mogu se primijetiti, izmjeriti ili prevenirati neke neuobičajene pojave.

3.5 Infrastruktura i korištenje zdravstvenog sustava

3.5.1. Primarna zdravstvena zaštita

U prikazu podataka o infrastrukturi i korištenju zdravstvene zaštite objedinjeno se prikazuje djelatnost opće/obiteljske medicine i djelatnost za zdravstvenu zaštitu predškolske djece, dok su podaci iz djelatnosti ginekologije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, medicine rada i patronaže prikazani zasebno.

3.5.1.1 Opća/obiteljska medicina i zdravstvena zaštita predškolske djece

U djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece, u Republici Hrvatskoj (RH) u 2010. godini ukupno je radilo 2.540 timova na 2.544 lokacije (2.532 lokacije obuhvaćeno je radom u punom radnom vremenu, a 12 lokacija u dijelu radnog vremena) (Tablica 1). Od 2.540 liječnika 1.505 je bilo specijalista svih specijalnosti (od njih, 1.072 su specijalisti opće/obiteljske medicine, 255 specijalisti pedijatrije, 88 specijalisti medicine rada, 71 specijalist školske medicine i 19 specijalista ostalih specijalnosti). Među ostalim zdravstvenim djelatnicima, 37 ih je bilo više stručne spreme, a 2.498 srednje stručne spreme. U odnosu na 2009. godinu,

u 2010. godini neznatno je povećan broj liječnika specijalista: broj liječnika specijalista ukupno je veći za 0,7%, od toga broj specijalista obiteljske medicine veći je za 3,4%, pedijatrije manji za 0,4%, medicine rada manji za 12%, školske medicine manji za 14% a ostalih specijalista za 5% manje. Zdravstvenih djelatnika više stručne spreme je manje za 24%, a zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme manje je za 1%.

Na strukturu specijalnosti do 2005. godine utjecala je stagnacija i pad broja specijalista opće medicine i pedijatrije te ulaz u sustav određenog broja specijalista školske medicine nakon razdvajanja preventivne i kurativne u djelatnosti školske medicine 1998. godine. Nakon tog negativnog trenda, 2006. godine povećan je ukupni broj specijalista obiteljske medicine što se nastavilo i u 2010. godini. Rezultat je to projekta Ministarstva zdravlja i Škole narodnog zdravlja »Andrija Štampar« Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu koji je otpočeo 2002. godine, prema kojem bi u idućih 10-15 godina većinu doktora obiteljske medicine trebali činiti specijalisti. Trend broja djelatnika više stručne spreme, međutim, ne prati ovaj porast.

Tablica 1. Broj timova, lokacija, liječnika i liječnika specijalista u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Timovi	Lokacije	Liječnici	Od toga specijalisti
2010.	2.540	2.544	2.540	1.505
2009.	2.571	2.582	2.571	1.494
2008.	2.571	2.580	2.571	1.447
2007.	2.552	2.569	2.552	1.393
2006.	2.577	2.597	2.577	1.280
2005.	2.605	2.630	2.605	1.230
2004.	2.657	2.683	2.657	1.263
2003.	2.663	2.683	2.663	1.282
2002.	2.679	2.703	2.679	1.303
2001.	2.684	2.707	2.684	1.310

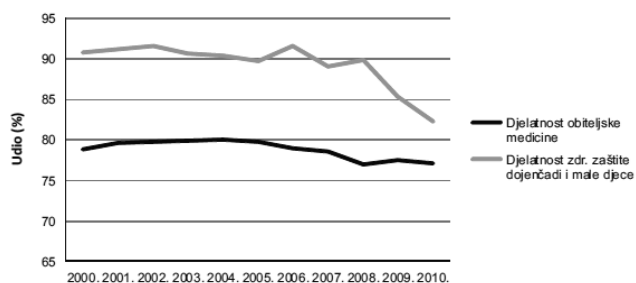
U skrbi timova PZZ-a u 2010. godini zabilježeno je 4.510.328 osiguranika od kojih je bilo 3.417.855 korisnika (76% od ukupnog broja osiguranika u djelatnosti opće/obiteljske medicine) (Tablica 2). U odnosu na 2009. godinu, iskazani broj osiguranika je povećan, a broj korisnika smanjen (Tablica 2).

Tablica 2. Broj osiguranika u skrbi, broj i udio korisnika zaštite u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Osiguranika u skrbi	Korisnika	Udio
2010.	4.510.328	3.417.855	76%
2009.	4.471.858	3.496.995	78%
2008.	4.450.455	3.474.840	78%
2007.	4.251.051	3.377.554	79%
2006.	4.236.609	3.390.319	80%
2005.	4.247.797	3.421.760	81%
2004.	4.255.865	3.438.517	81%
2003.	4.190.914	3.380.740	81%
2002.	4.134.971	3.336.047	81%
2001.	4.100.412	3.303.343	81%

U djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2010. godini, zdravstvenu zaštitu koristilo je oko 75,2% osiguranika, a u djelatnosti za

zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece oko 82,3%, ili za 3% manje nego prethodne godine (Slika 1).



Slika 1. Udio korisnika među osiguranicima u djelatnosti obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u Hrvatskoj od 2000. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

U 2010. godini zabilježeni broj posjeta u liječničkim ordinacijama bio je 28.626.050, ili za 0,5% manje u odnosu na 2009. godinu (Tablica 3). Broj posjeta u ordinaciji ostalim zdravstvenim djelatnicima zabilježen tijekom 2010. godine iznosio je 12.027.580 ili za 3% više nego u 2009. godini.

Broj pregleda u kući tijekom 2010. godine bio je 332.369 što je za 2,5% više nego u 2009. godini. U usporedbi s 1990. godinom, broj pregleda u kući bio je, kao i u nekoliko prethodnih godina, manji za 39%. Znatno smanjenje broja posjeta u kući, za 95% u odnosu na 1990. godinu, zabilježen je kod ostalih zdravstvenih djelatnika (medicinske sestre i drugi djelatnici u timu PZZ-a).

Tablica 3. Broj posjeta u ordinacijama, posjeta liječnicima, ostalim zdravstvenim djelatnicima, broj pregleda u kući, broj kućnih posjeta u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

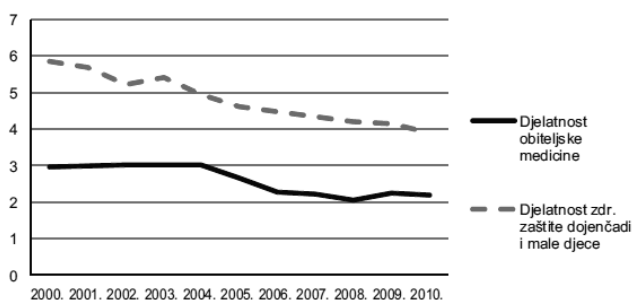
Godina	Posjete u ordinacijama	Posjete liječnicima	Posjete ostalim zdr. djelatnicima	Pregledi u kući	Broj kućnih posjeta
2010.	28.626.050	16.598.470	12.027.580	332.369	368.969
2009.	28.771.538	17.121.015	11.650.523	324.344	378.353
2008.	28.256.078	16.300.457	11.955.621	290.075	329.666
2007.	26.873.507	17.727.747	9.145.760	298.342	339.837
2006.	26.316.169	17.976.201	8.339.968	303.822	351.190
2005.	27.345.460	20.044.526	7.300.934	336.346	399.391
2004.	27.148.396	20.373.317	6.775.079	359.028	429.522
2003.	26.017.479	19.936.157	6.081.322	351.959	416.483
2002.	25.657.519	19.116.861	6.540.658	353.017	416.035
2001.	25.465.111	18.442.171	7.022.940	330.698	407.688

Od 1995. godine prati se broj upućivanja na specijalističke preglede. Godine 2010. zabilježeno je 7.198.924 upućivanja na specijalističke preglede od strane timova PZZ-a, što je za 0,4% manje nego u 2009. godini (Tablica 4), a 43% više nego 1995. godine. To povećanje može se djelomično objasniti i činjenicom da suvremeni algoritmi i načini liječenja katkad zahtijevaju i veći broj dijagnostičkih pretraga i kontrola. Osim toga, u pravilnom tumačenju toga povećanja valja uzeti u obzir da dio upućivanja (na kontrolne preglede) indiciraju liječnici iz specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite što liječnici u PZZ-u samo izvršavaju.

Tablica 4. Broj upućivanja na specijalističke preglede iz djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2005.-2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Broj upućivanja
2010.	7.198.924
2009.	7.228.804
2008.	7.491.369
2007.	7.488.349
2006.	7.499.673
2005.	7.187.686
2004.	6.491.264
2003.	6.284.344
2002.	6.049.884
2001.	5.813.382

U djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2010. godini jedno upućivanje specijalisti dolazi na 2,2, a u djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece na 3,9 pregleda (Slika 2.).



Slika 2. Broj pregleda na jedno upućivanje za specijalističko-konzilijarni pregled u djelatnosti obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u Hrvatskoj od 2000. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

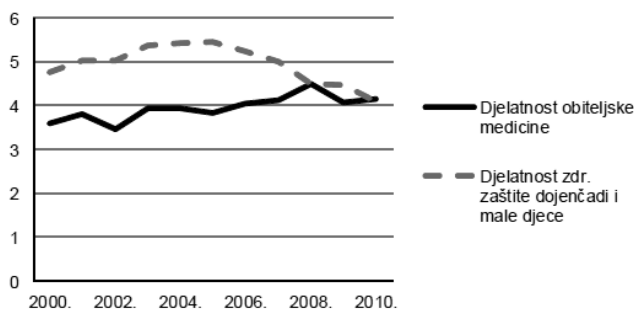
Tijekom 2010. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine u RH zabilježeno je ukupno 19.604 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, 39% manje nego u 2009. godini (Tablica 5.), a za 94% manje u odnosu na 1990. godinu.

Tablica 5. Broj sistematskih, periodičnih, kontrolnih i preventivnih posjeta i pregleda u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

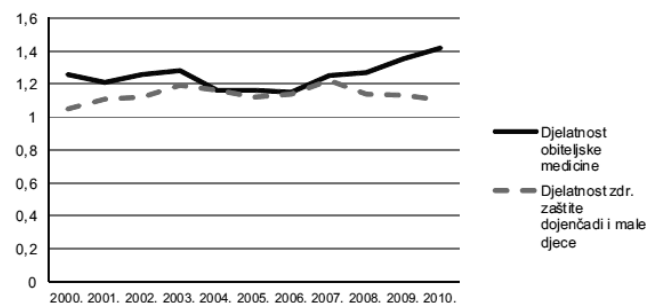
Godina	Sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih	Preventivnih posjeta djece u dobi do sedam godina	Preventivnih posjeta dojenčadi	Preventivnih posjeta djece u dobi od 1 do 6 godina
2010.	19.606	448.690	196.032	252.658
2009.	32.046	490.865	221.739	269.126
2008.	42.823	468.954	215.615	253.339
2007.	52.829	510.231	236.822	273.409
2006.	65.531	499.803	240.572	259.231
2005.	76.037	515.675	253.613	262.062
2004.	99.582	543.627	242.486	301.141
2003.	99.798	526.695	235.888	290.807
2002.	103.258	506.382	224.230	282.152
2001.	79.483	525.491	241.299	284.192

U djelatnostima PZZ 2010. godine zabilježeno je 448.690 preventivnih posjeta djece u dobi do sedam godina, od kojih je bilo

196.032 preventivnih posjeta dojenčadi ili 4.1 posjet po dojenčetu (Slika 3) te 252.658 preventivnih posjeta djece u dobi od 1 do 6 godina, odnosno 1,1 posjet po malom djetetu (Slika 4). Između dvije djelatnosti PZZ-a, opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, za dojenčad i za dob malog djeteta, nije bilo značajnijih razlika u prosječnom broju preventivnih posjeta po djetetu koji je u obje djelatnosti bio nešto niži od standarda određenog Programom mjera zdravstvene zaštite.



Slika 3. Broj ukupnih preventivnih posjeta dojenčetu po jednom dojenčetu u djelatnosti obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u Hrvatskoj od 2000. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



Slika 4. Broj ukupnih preventivnih posjeta male djece po jednom malom djetetu u djelatnosti obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u Hrvatskoj od 2000. do 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Redoslijed i udio prvih pet skupina bolesti i stanja utvrđenih u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, u Republici Hrvatskoj od 2001. – 2010. godine nije se značajnije mijenjao u posljednjih 10 godina (Tablica 6):

1. Bolesti dišnog sustava, među kojima prednjače akutne respiratorne infekcije, na prvom su mjestu s udjelom od 20-25% (u 2010. godini 2.218.149 ili 19% od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja);

2. Bolesti srca i krvnih žila, od kojih je u više od 50% zabilježena hipertenzivna bolest na drugom su mjestu s udjelom od 9-11% (u 2010. godini 1.273.763 ili 11%, od kojih je u 59% zabilježena hipertenzivna bolest);

3. Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva na trećem su mjestu s udjelom od 9 do 10% (u 2010. godini 1.126.176 ili 9,8%);

4. Bolesti mokraćnih i spolnih organa su većinom na četvrtom mjestu s udjelom od 5 do 6% (u 2010. godini 660.134 ili 5,7%);

5. Bolesti kože i potkožnoga tkiva većinom su na petom mjestu s udjelom od 5 do 5,5%.

Tablica 6. Redoslijed i udio prvih pet skupina bolesti i stanja utvrđenih u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Rang				
	1.	2.	3.	4.	5.
2010.	Bolesti dišnog sustava 19%	Bolesti srca i krvnih žila 11%	Mišićno-koštane bolesti 9,8%	Čimbenici koji utječu na stanja zdravlja 7,6%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 5,7%
2009.	Bolesti dišnog sustava 21%	Bolesti srca i krvnih žila 10%	Mišićno-koštane bolesti 9,6%	Čimbenici koji utječu na stanja zdravlja 6,4%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 5,8%
2008.	Bolesti dišnog sustava 22%	Bolesti srca i krvnih žila 11%	Mišićno-koštane bolesti 10%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5%
2007.	Bolesti dišnog sustava 25%	Bolesti srca i krvnih žila 11%	Mišićno-koštane bolesti 9%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5%
2006.	Bolesti dišnog sustava 25%	Bolesti srca i krvnih žila 11%	Mišićno-koštane bolesti 9%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,5%
2005.	Bolesti dišnog sustava 27%	Bolesti srca i krvnih žila 10,3%	Mišićno-koštane bolesti 9%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,4%
2004.	Bolesti dišnog sustava 28%	Bolesti srca i krvnih žila 10,2%	Mišićno-koštane bolesti 9,1%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,5%
2003.	Bolesti dišnog sustava 29%	Bolesti srca i krvnih žila 10,1%	Mišićno-koštane bolesti 8,8%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 5,8%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,5%
2002.	Bolesti dišnog sustava 29%	Bolesti srca i krvnih žila 10%	Mišićno-koštane bolesti 8,6%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 5,8%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,4%
2001.	Bolesti dišnog sustava 26%	Bolesti srca i krvnih žila 12%	Mišićno-koštane bolesti 10%	Bolesti mokraćnih i spolnih organa 6,5%	Bolesti kože i potkožnoga tkiva 5,5%

Napomena: Prikupljeni podaci o bolestima i stanjima ne mogu poslužiti za određivanje udjela pojavljivanja pojedinih značajnih bolesti (ili skupina bolesti), nego samo kao uvid u kretanje učestalosti korištenja zdravstvene zaštite u djelatnostima PZZ-a zbog pojedinih bolesti i stanja.

Čimbenici koji utječu na stanja zdravlja i kontakte sa zdravstvenom službom kao razlog dolaska osoba u skrbi u ordinacije od 2009. godine pojavljuje se na četvrtom mjestu s udjelom od 6,5 do 7% (u 2010. godini 876.907 ili 7,6%). Slijede simptomi, znakovi, klinički i laboratorijski nalazi nesvrstani drugamo; duševne bolesti i poremećaji; endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma; bolest oka i adneksa s približnim udjelima od 4 do 5%.

3.5.1.2 Zdravstvena zaštita žena

U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2010. godini je ugovorom s HZZO-om radilo 219 timova s punim radnim vremenom i 21 tim s djelomičnim radnim vremenom. U prethodnom 10-godišnjem razdoblju zabilježeno je povećanje broja timova s punim radnim vremenom (202 u 2001. godini) i smanjenje broja onih s djelomičnim

radnim vremenom (36 u 2001.). U ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om u 2010. godini radilo je 60 timova s punim te 10 timova s djelomičnim radnim vremenom.

Povećava se broj žena u skrbi, od 1.410.107 žena u 2001. godini na 1.535.626 u 2010. godini dok se istodobno smanjuje udio žena koje koriste skrb u ginekološkim ordinacijama primarne zdravstvene zaštite žena s ugovorom s HZZO-om – s 56.1% u 2001. na 41,1% u 2010. Tijekom 2010. godine zabilježeno je 1.585.235 posjeta i 867.474 pregleda. Bilježi se smanjenje broja pregleda u odnosu na na 2001. godinu kada ih je zabilježeno 1.059.9007.

Prosjek broja pregleda po trudnici na razini cijele RH 2010. godine bio je 8,5 pregleda po trudnici. Utvrđeno je ukupno 57.975 patoloških stanja u trudnoći, najveći broj (38,1%) u prva tri mjeseca trudnoće. U 2010. godini zabilježeno je 77.623 posjeta žena u PZZ-u u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava; u ordinaciji ginekologa u PZZ u samo 7,5% žena fertile dobi propisano je jedno od kontracepcijskih sredstava, najčešće oralni kontraceptivi (75,5%) i intrauterini ulošci (12,9%). U 2010. godini obavljeno je 486.581 preventivnih pregleda žena u PZZ-u(473,3/1.000 žena fertile dobi); najveći broj preventivnih pregleda odnosi se na sistematske ginekološke preglede (65,8%), a obavljeno je samo 73.060 preventivnih pregleda dojki (71,1/1.000), od kojih je 5,4% bilo s patološkim nalazom. Uzeto je 408.603 uzoraka za PAPA test (397,4/1.000 žena fertile dobi), od kojih je 8,0% bilo patoloških.

Najčešći razlozi zbog kojih su žene dolazile u ugovorne ginekološke ordinacije i koristile usluge primarne zdravstvene zaštite žena u 2010. godini nisu se mijenjali u odnosu na prethodne godine. To su najčešće bolesti mokraćnog i spolnog sustava (48,4%); čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom (26,6%); trudnoća, porođaj i babinje (9,1%); zarazne i parazitarne bolesti (8,0%) i novotvorine (6,0%). U odnosu na prethodne godine, povećao se broj dolazaka zbog trudnoće, porođaja i babinja te novotvorina, a smanjio broj dolazaka zbog zaraznih bolesti. Od najčešćih bolesti i stanja u 2010. godini i dalje su na prvom mjestu menopauzalni i perimenopauzalni poremećaji (14,9%), zatim slijede poremećaji menstruacije (9,7%), upalne bolesti ženskih zdjelčnih organa i kandidijaza s jednakim udjelima (po 6,8%) te displazija vrata maternice (4,8%).

3.5.1.3 Medicina rada

Za zaposlene je osigurana preventivna skrb u djelatnosti medicine rada koja je uključena u obvezno zdravstveno osiguranje od 2008. godine što je imalo za posljedicu povećanje broja timova medicine rada i broja preventivnih pregleda zaposlenih koji više ne ovise samo o dobroj volji poslodavca i radu inspekcije zaštite na radu. Osnovni ciljevi zaštite zdravlja i sigurnosti na radu su: smanjenje ozljeda na radu, profesionalnih bolesti i bolesti u svezi s radom, poboljšanje zdravstvenog stanja radnika mjerama prevencije te smanjenje gospodarskog gubitka zbog ozljeda na radu, profesionalnih bolesti i bolesti u svezi s radom (bolovanje, prijevremene i invalidske mirovine).

U Hrvatskoj je u 2010. godini obavljen ukupno 403.231 pregled (povećanje od 12,7% u odnosu na prethodnu godinu). Od ukupnog broja preventivnih pregleda, 79% (71% u 2009., 64% u 2008. i 59% u 2007.) se odnosilo na preventivne preglede zaposlenih, od toga s obzirom na spol 51,3% na radnike, a 48,7% na radnice. Stopa preventivnih pregleda je najviša u posljednjih pet godina i iznosila je 281,5 na 1.000 zaposlenih (174,0/1.000 u 2009., 167,6/1.000 u 2008., 145,7/1.000 u 2007., 148,5/1.000 u 2006.). Stopa periodičkih pregle-

da također se povećala u odnosu na prethodne godine te je u 2010. bila 113,1 na 1.000 zaposlenika (88,9/1.000 u 2009., 86,0/1.000 u 2008., 67,0/1.000 u 2007., 69,5/1.000 u 2006.).

Vlada RH je 2008. godine donijela Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu za razdoblje 2009.- 2013. godine. Strateški cilj koji proizlazi iz Programa je osigurati uvjete za zdravo radno mjesto, za rad na siguran način i u uvjetima koji ne dovode do oštećenja zdravlja.

3.5.1.4 Patronažna zaštita

Patronažnu zaštitu provode više medicinske sestre patronažnog smjera prema normativu od 5.100 stanovnika na području nadležnog doma zdravlja/organizacijske jedinice županijskog doma zdravlja po jednoj patronažnoj sestri. U 2010. godini, u ovoj djelatnosti radilo je 838 viših medicinskih sestara (712 u 2001. godini) i 123 medicinske sestre SSS (133 u 2001. godini). Najveći je broj posjeta kroničnim bolesnicima (821.927 ili 58% ukupno patronažnih posjeta) u svrhu uputa i demonstracije određenih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti te provođenja terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih osoba u dogovoru s izabranim doktorom. U 2001. godini bilo je 714.229 patronažnih posjeta kroničnim bolesnicima (56% patronažnih posjeta ukupno).

3.5.2 Hitna medicinska služba

Od 1995. godine izvještajni obrasci omogućavaju sveobuhvatniju i kvalitetniju evaluaciju rada djelatnosti hitne medicinske službe (HMS). Međutim, manji broj timova opće/obiteljske medicine koji pružaju hitnu medicinsku pomoć kroz dežurstva ili pripravnost, nije iskazao broj posjeta ili su ga iskazali zajedno s djelatnošću opće medicine.

Do početka reorganizacije hitne medicinske službe 2008. godine, izvanbolnička hitna medicinska služba bila je organizirana u okviru ustanova za hitnu medicinsku pomoć, službi hitne medicinske pomoći pri domovima zdravlja, te na udaljenim i slabo naseljenim područjima u okviru djelatnosti obiteljskih liječnika pri domovima zdravlja – kroz dežurstva i pripravnosti. U velikim regionalnim centrima – Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku postojale su samostalne zdravstvene Ustanove za hitnu medicinsku pomoć, a u većini lokacija domova zdravlja (ukupno u 82) postojale su organizirane posebne službe HMP koje su stalno djelovale na terenu kroz 24 sata. Na područjima s manje od 30.000 stanovnika bilo je osigurano dežurstvo ili pripravnost liječnika kroz 24 sata.

Procjena je da je oko 4/5 stanovništva pokriveno radom posebnih stručnih jedinica HMS-a, dok je preostala 1/5 pokrivena dežurstvima ili stalnom pripravnošću drugih medicinskih timova.

Hitan prijam u bolnicama do reorganizacije hitne medicinske službe bio je organiziran kroz hitne bolničke ambulante, unutar pojedine bolničke djelatnosti, a samo iznimno kroz objedinjene hitne bolničke prijeme.

U 2010. godini, ukupno 477 liječnika stalno je radilo u djelatnosti HMS-a u Republici Hrvatskoj (povećanje za 4,6% u odnosu na 2009. godinu) (Tablica 7). Od toga, 34 je bilo liječnika specijalista svih specijalnosti. Među ostalim zdravstvenim djelatnicima bilo ih je 44 s višom stručnom spremom, a 881 sa srednjom stručnom spremom. U djelatnosti HMS-a u Republici Hrvatskoj stalno je radio i 1.004 vozač (smanjenje za 1% u odnosu na 2009. godinu). Prema podacima Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, u 2011. se nastavlja trend povećanja broja timova (s 445 u 2009. na 794 u 2011.), broja doktora medicine u hitnoj medicinskoj službi (s 456 u 2009. na 564 u 2011.), broja medicinskih sestara i medicinskih tehničara (s

897 – uključujući sanitetski prijevoz – u 2009. na 1254 u 2011.) te smanjenja broja vozača (s 1014 – uključujući sanitetski prijevoz – u 2009. na 539 u 2011.).

Tablica 7. Broj timova, broj stanovnika za koje se osigurava hitna medicinska skrb, broj vozila te broj intervencija u djelatnosti hitne medicinske službe u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Timovi	Stanovnici	Vozila	INTERVENCIJE			
				Ordinacija	Kuća	Vani	Prijevozi
2010.	477	4.757.469	765	1.025.980	186.914	68.914	542.461
2009.	456	4.736.678	751	1.082.387	186.461	77.414	523.065
2008.	473	4.744.611	797	1.098.984	196.837	76.155	509.294
2007.	484	4.752.534	799	1.125.566	194.834	74.560	483.633
2006.	510	4.739.630	799	1.096.796	184.694	82.791	504.870
2005.	498	4.740.847	778	1.032.212.	187.830	70.859	470.834
2004.	480	4.636.353	953	1.033.865	171.352	64.172	417.530
2003.	404	4.683.583	680	1.037.888	159.297	64.400	396.226
2002.	389	4.748.418	643	1.002.312	150.568	63.491	394.822
2001.	384	4.700.465	630	961.740	157.240	67.151	353.191

Podaci o broju liječnika iz djelatnosti opće/obiteljske medicine i drugih djelatnosti, koji kroz dežurstva ili pripravnost provodi HMS, nisu potpuni. Za neke manje općine u kojima postoje podaci o zdravstvenim djelatnicima u djelatnosti HMS-a nije iskazan rad (broj intervencija). Najčešće su njihove usluge iskazane (zbrojene) s uslugama djelatnosti opće medicine. Za neke druge manje općine iskazane su usluge bez navedenih zdravstvenih djelatnika. Radi se o zdravstvenim djelatnicima koji su već navedeni u drugim djelatnostima, a koji samo povremeno, kroz dežurstvo ili pripravnost rade u djelatnosti HMS-a.

U 2010. zabilježeni broj intervencija u ordinacijama HMS-a bio je 1.025.980 (smanjenje za 5,2% u odnosu na 2009.). Broj intervencija u kući pacijenata bio je 186.914 (veći za 0,2% u odnosu na 2009.), a na terenu 68.914 (7,4% manje u odnosu na 2009. godinu) (Tablica 8). Sanitetskih prijevoza je bilo 542.461, uz povećanje za 3,7% u odnosu na 2009. godinu.

Tablica 8. Utvrđene bolesti ili stanja u djelatnosti hitne medicinske službe po dobnim skupinama u RH od 2001. – 2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	0 – 6 godina	7 – 19 godina	20 – 64 godina	65 i više godina	UKUPNO
2010.	126.267	165.853	625.488	328.481	1.246.089
2009.	132.068	174.868	649.115	333.910	1.289.961
2008.	144.135	175.447	668.325	311.651	1.299.558
2007.	149.467	183.020	704.813	379.073	1.416.373
2006.	137.287	220.209	661.828	354.784	1.374.108
2005.	139.104	169.802	623.186	335.847	1.267.939
2004.	127.552	162.373	603.563	318.903	1.212.391
2003.	139.543	166.012	600.909	310.211	1.216.675
2002.	140.188	158.997	570.584	299.760	1.169.529
2001.	139.831	151.872	563.294	283.301	1.138.298

U 2010. bilježi se prosjek od 9,974 stanovnika po jednom timu HMS-a (manje za 4% u odnosu na 2009. godinu) te broj intervencija u ordinaciji po timu od 2.151 godišnje (manji za 9,4% u odnosu na 2009. godinu). Broj intervencija kod kuće po timu iznosi 392 godišnje i manji je za 4,2% u odnosu na 2009. godinu, a broj intervencija na terenu iznosi 144 godišnje po timu (manje za 15% u odnosu na 2009. godinu). Broj sanitetskih prijevoza po timu HMS-a iznosi

1.137 godišnje i manji je za 0,9% u odnosu na 2009. godinu. Broj sanitetskih prijevoza na 100 stanovnika u skrbi timova HMS-a iznosi 11 i isti je u odnosu na 2009. godinu.

Za pružanje hitne medicinske skrbi na cestama, otocima i teško dostupnim područjima RH, u slučajevima masovnih nesreća te za prijevoz organa za transplantaciju i medicinskog osoblja u hitnim situacijama nužan je hitan medicinski zračni prijevoz i brzi prijevoz brodom. Hitan medicinski zračni prijevoz trenutno se obavlja raspoloživim vojnim kapacitetima. Hitan zračni medicinski prijevoz skraćuje vrijeme transporta čime se osigurava jednakost pružanja hitne medicinske skrbi na teško dostupnim lokacijama i otocima u odnosu na kopnene urbane dijelove županije. Prosječno vrijeme trajanja hitnog medicinskog prijevoza u 2012. godini bilo je 49 minuta i 45 sekundi, što ispunjava cilj uspješne reorganizacije hitne medicinske službe osiguravajući zbrinjavanje hitnog pacijenta u okviru »zlatnog sata«. Tijekom 2011. je za potrebe zdravstvenog sustava obavljeno ukupno 1.387 medicinskih letova. Helikopterskih letova bilo je 437, pri čemu je prevezeno 478 pacijenata. Svaki naseljeni otok ima osiguran najmanje jedan interventni helidrom.

Za potrebe hitnih medicinskih zbrinjavanja, osigurano je i pružanje usluga prijevoza morem, no hitan pomorski prijevoz pacijenata obavlja se neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima Ministarstva unutarnjih poslova.

Na temelju utvrđene neujednačene organizacije, nejednakih kriterija hitnosti, neujednačenog stanja educiranosti (nepostojanja izobrazbe) i opremljenosti između/unutar županija te posljedično nejednake kvalitete pružene usluge i neujednačene dostupnosti HMS-a 2009. godine je započeo proces nacionalne reforme HMS-a po modelu cjelovitog županijskog umreženog sustava s krovnom stručnom zdravstvenom ustanovom – Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu, uz objedinjavanje hitnog prijema u bolnicama, uključivanje telemedicine u djelatnost hitne medicine, uvođenje specijalizacije iz hitne medicine za doktore medicine i dodatnog specijalističkog stručnog usavršavanja iz hitne medicinske pomoći za medicinske sestre-medicinske tehničare, standardizaciju medicinske opreme i vozila i izradu smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja. Županijske medicinsko-prijavno-dojavne jedinice (MPDJ) su dispečerske službe koje predstavljaju sastavni dio HMS-a i odgovorne su za cjelokupno funkcioniranje HMS-a kako bi hitan poziv bio zaprimljen na standardizirani način i najbliži tim odmah upućen na intervenciju.

Konačni cilj reforme je postizanje europskog standarda dostupnosti i učinkovitosti HMS-a prema hitnom pacijentu s posljedičnim smanjenjem mortaliteta od vodećih uzroka smrtnosti u RH. Reformom se stvaraju preduvjeti za financijski održiv i strukturno stabilan sustav s vizijom jednake dostupnosti, organizacije učinkovite suradnje izvanbolničkog i bolničkog HMS-a te unapređenja i ujednačenja kvalitete uvođenjem standarda rada. Za provedbu reforme HMS-a, Svjetska banka odobrila je Republici Hrvatskoj zajam br. 7598 HR za potporu ciljeva Projekta razvoja sustava hitne medicinske službe i investicijskog planiranja (DEMSIPP) koji je u prvoj komponenti usredotočen na reformu HMS-a.

Reforma HMS-a je temeljit koordiniran reorganizacijski proces kojim je prema akcijskom planu od početka provedbe do svibnja 2012. ostvareno sljedeće:

- donesena zakonska regulativa novog ustroja HMS-a
- osnovan Hrvatski zavod za hitnu medicinu – krovna zdravstvena ustanova koja stručno objedinjava, usmjerava i koordinira rad hitnih službi na čitavom području RH
- utvrđeni minimalni uvjeti u pogledu prostora, djelatnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti u županij-

skim zavodima za hitnu medicinu (ŽZHM) i objedinjenom hitnom bolničkom prijemu

- definiran novi sastav timova HMS-a i donesena Mreža hitne medicine sa značajno povećanim brojem izvanbolničkih timova
- osnovano 18 ŽZHM-a (preostala 3 u završnoj fazi postupka)
- organizira se rad 21 umreženog županijskog MPDJ-a umjesto neumreženih 83 PDJ-a prije reforme
- izrađen protokol prijema poziva za MPDJ – Hrvatski indeks prijema hitnog poziva
- uvedena specijalizacija iz hitne medicine za liječnike
- izrađene smjernice za rad liječnika izvanbolničkog HMS-a
- izrađeni temeljni hitni medicinski postupci za medicinske sestre-medicinske tehničare (ms-mt)
- provodi se trajna izborazba za sve liječnike, ms-mt i vozače izvanbolničkog HMS-a
- provodi se trajna izborazba za liječnike i ms-mt za rad u MPDJ-u
- nabavljeno je 128 novih vozila za hitne medicinske intervencije za ŽZHM, s pripadajućom opremom (aspiratori, defibrilatori, ventilatori, imobilizacijska oprema i ostalo)
- izrađuje se registar djelatnika, opreme i vozila
- pokrenut je sustav praćenja pokazatelja kvalitete rada HMS-a
- započeto opremanje četiri odjela hitne medicine u bolnicama.

3.5.3. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

U bolnicama i lječilištima u 2011. godini bilo je ukupno 3.364 specijalističko-konzilijarnih jedinica, od toga 1.839 u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama, 1.327 u općim bolnicama, 51 u psihijatrijskim bolnicama, 143 u specijalnim bolnicama, a 4 u lječilištima. Specijalističko-konzilijarna djelatnost provodi se i u 352 samostalne poliklinike, 513 privatnih specijalističkih ordinacija te 264 trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

U Hrvatskoj je tijekom 2010. godine provedeno ukupno 8.349.707 specijalističko-konzilijarnih pregleda, od kojih je 7.747.116 (93%) bilo u ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om (Tablica 9), a 602.591 (7%) u ordinacijama i ustanovama bez ugovora s HZZO-om.

Tablica 9. Broj specijalističko-konzilijarnih pregleda u ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om u razdoblju 2000.-2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Broj pregleda
2010.	7,747.116
2009.	7,861.912
2008.	7,850.525
2007.	7,731.267
2006.	7,693.150
2005.	7,808.419
2004.	7,648.346
2003.	7,038.521
2002.	7,003.784
2001.	6,757.771
2000.	6,598.913

U ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om, najviše pregleda imale su interna medicina s oko 1,3 milijuna pregleda, ki-

rurgija s oko 1 milijun pregleda, oftalmologija i fizikalna medicina i rehabilitacija, svaka s oko 800.000 pregleda te psihijatrija s oko 600.000 pregleda.

U ordinacijama i ustanovama bez ugovora s HZZO-om, najviše pregleda imale su interna medicina s oko 130.000 pregleda, oftalmologija s oko 100.000 pregleda, ginekologija s oko 80.000 pregleda, fizikalna medicina i rehabilitacija te pedijatrija, svaka s oko 50.000 pregleda.

Broj pregleda u ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om u 2010. godini bio je za 17% veći nego 2000. godine kad je zabilježeno 6.598.913 pregleda. U odnosu na 2000. godinu kada je jedan specijalistički pregled obavljen na svakih 2,7 pregleda u djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2010. godini zabilježen je pad tog omjera: jedan specijalistički pregled dolazi na svakih 1,9 pregleda u djelatnosti opće/obiteljske medicine.

3.5.4 Bolnička zdravstvena zaštita

U svibnju 2012. u Mreži javne zdravstvene službe u Hrvatskoj je bilo pet kliničkih bolničkih centara, tri kliničke bolnice, pet klinika, 22 opće bolnice, 26 specijalnih bolnica i tri lječilišta. Prema procjenama objavljenim u Nacionalnoj strategiji razvitka zdravstva 2006.-2011., u Hrvatskoj je manje od 10% stanovnika živjelo udaljeno više od 40km zračne linije do najbliže bolnice.

3.5.4.1 Prikupljanje i prikaz podataka

Hrvatski zavod za javno zdravstvo započeo je u 2010. godini primjenjivati izmijenjeno i dopunjeno Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove (Obr. br. 3-21-60). To je zbirno, godišnje izvješće koje prikazuje stanje 31. prosinca tekuće godine. Izvješće ispunjavaju sve zdravstvene ustanove bez obzira na vrstu vlasništva i bez obzira na ugovor s HZZO-om. Podaci se prikupljaju po spolu iz djelatnosti za stacionarno liječenje te iz dnevnih bolnica i bolničkih hemodijaliza u obliku elektronskog izvješća. Uvedeno je praćenje ishoda liječenja pacijenta (izliječen, poboljšán, neizliječen, umro).

Izmijenjen je i dosadašnji način prikupljanja i obrade podataka:

- prati se i rad privatnih stacionarnih zdravstvenih ustanova kao i posteljni kapaciteti ustanove ili dijela ustanove koji nisu ugovoreni s HZZO-om;

- ustanove u Gradu Zagrebu prikazane su sukladno Izmjenama mreže javne zdravstvene službe iz 2010. godine;

- podaci o vrsti liječenja (liječenje akutnih bolesnika te liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika) se od 2010. prikupljaju prema specijalnosti gdje se to liječenje provodi, a ne prema vrsti ustanove kao što je to bilo do 2010. godine;

- u razdoblju prije 2010. godine u akutne krevete ubrajali su se svi kreveti općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta, KBC-a, kliničkih bolnica i klinika, a kao kronični kreveti smatrani su oni iz specijalnih bolnica i lječilišta;

- u 2010. godini popis i razvrstavanje specijalnosti na akutne i kronične izvršen je u skladu sa šifarnikom djelatnosti HZZO-a, Mrežom javne zdravstvene službe te Pravilnikom o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije;

- kreveti za liječenje akutnih bolesnika su na djelatnostima: interna medicina, infektologija, onkologija i radioterapija, dermatologija i venerologija, fizikalna medicina i rehabilitacija, reumatologija, neurologija, psihijatrija, pedijatrija, kirurgija, dječja kirurgija, neurokirurgija, maksilofacijalna kirurgija, urologija, ortopedija, oto-

rinologologija, oftalmologija, ginekologija i opstetricija, anesteziologija i reanimatologija, izvanbolničko rodilište i stacionar doma zdravlja;

- kreveti za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika su na djelatnostima: produženo liječenje, kronične duševne bolesti, fizikalna medicina i rehabilitacija u specijalnim bolnicama i lječilištima, kronične dječje bolesti i kronične plućne bolesti.

Rad se pojedinih bolničkih ustanova i iskorištenost bolničkih kapaciteta standardno prikazuje i analizira preko 4 temeljna parametra:

- postotak godišnje iskorištenosti (ili postotak »praznine«)
- prosječno trajanje bolničkog boravka
- prosječan broj bolesnika po krevetu godišnje
- »turn-over« interval (razdoblje između otpusta prethodnog i primitka sljedećeg bolesnika).

Prva su dva parametra nezavisna i na njih izravno mogu utjecati bolnički doktori i upravitelji na nekoliko načina:

- utvrđivanje i poštivanje kriterija racionalne i stručne selekcije pacijenata kojima je nužno bolničko zbrinjavanje (npr. nepotrebne hospitalizacije pacijenata koji mogu biti zbrinuti i ambulantno ili u dnevnoj bolnici);

- pridržavanje i provođenje algoritma dijagnostike i liječenja (skraćivanje vremena boravka i izbjegavanje nepotrebne hiperdijagnostike);

- planiranje otpusta i prijema pacijenata u svrhu što racionalnijeg korištenja i što kraćeg intervala »praznog hoda« između dva bolesnika i izbjegavanja ili skraćivanja »liste čekanja«.

Ocjena učinkovitosti rada bolničkih odjela bit će moguća uvođenjem sustava dijagnostički usmjerenih skupina, izradom algoritama te uparivanjem gospodarstvenih podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i javnozdravstvenih podataka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Osnovni preduvjeti su već učinjeni kao npr. korištenje sustava OIB-a pacijenata, ustanova i lokaliteta ustanova, standardizacija šifarskog sustava zdravstvenog osiguranja i javnog zdravstva te korištenje istog izvora podataka. Na temelju tako dobivenih pokazatelja može se pristupiti planiranju kapaciteta u zdravstvu, usklađivanju razvoja bolničke zdravstvene zaštite i osiguranju jednakomjerne regionalne dostupnosti zdravstvene zaštite za sve građane.

3.5.4.2 Stacionarni odjeli zdravstvenih ustanova

Zabilježen ukupan broj bolničkih kreveta u bolnicama u javnom sektoru je 24.988, od čega je ugovorom s HZZO-om obuhvaćeno njih 22.158. Veći dio kreveta smješten je u stacionarima (21.004), a manji dio u dnevnim bolnicama (1.154). U sustavu je zabilježeno 2.815 neugovorenih kreveta, većinom u specijalnim bolnicama (1.668).

Broj se bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 2001. do 2009. godine (Tablica 10) smanjio za oko 10% (ukupno sa 26.618 na 23.967 kreveta), i to najviše u općim bolnicama (14,9%), ali i u klinikama i kliničkim bolnicama (9,7%) te specijalnim bolnicama (9,1%). Zbog Izmjena mreže javne zdravstvene službe, 2010. godine se u odnosu na 2009. povećao broj kreveta u KBC-ima, kliničkim bolnicama i klinikama 13,8% i u specijalnim bolnicama i lječilištima 2,6%, a smanjio u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima 6,7%.

Tablica 10. Broj kreveta u bolnicama u Hrvatskoj 2001. do 2010. godine (kreveti su iskazani prema vrsti ustanove). Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	SVEU- KUPNO	OPĆE BOL- NICE, KBC, KLINIKE	OPĆE BOLNICE, STACIONARI I IZVANBOLNIČ- KA RODILIŠTA	KBC, KLINIČKE BOLNICE I KLINIKE	SPECIJALNE BOLNICE I LJEČILIŠTA
	1 (2+5)	2 (3+4)	3	4	5
2010.	25.017	16.838	7.049	9.789	8.179
2009.	23.967	15.999	7.559	8.440	7.968
2008.	24.282	16.088	7.616	8.472	8.194
2007.	24.352	16.053	7.532	8.521	8.299
2006.	24.237	15.997	7.504	8.493	8.240
2005.	24.220	15.972	7.474	8.498	8.248
2004.	24.549	16.129	7.609	8.520	8.420
2003.	24.927	16.279	7.687	8.592	8.648
2002.	25.187	16.320	7.638	8.682	8.867
2001.	26.618	17.624	8.280	9.344	8.994

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika (Tablica 11) smanjio se od 6,00 u 2001. godini na 5,66 u 2010. godini. Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2001. godini je bilo 3,97 (4,07 u 2010. g.) kreveta za akutno liječenje te 2,03 (1,59 u 2010. g.) kreveta za subakutno i kronično liječenje (Tablica 11). Najveći broj akutnih kreveta na 1.000 stanovnika prema specijalnostima 2010. godine imali su interna medicina, kirurgija, ginekologija i opstetricija, psihijatrija te pedijatrija (Tablica 11).

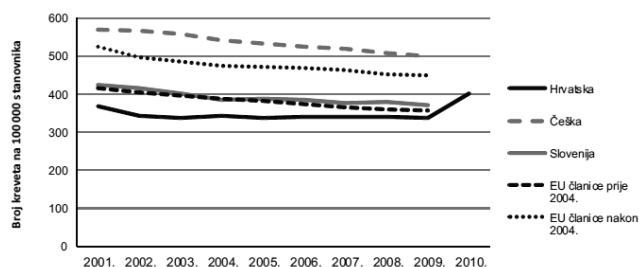
Tablica 11. Broj kreveta na 1000 stanovnika po specijalnostima (2001., 2005. i 2009. prema vrsti ustanove, 2010. prema specijalnostima HZZO-a). Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Djelatnost	Broj kreveta/1000 stanovnika			
	2001.	2005.	2009.	2010.
Interna medicina	0,77	0,77	0,83	0,92
Infektologija	0,17	0,12	0,12	0,11
Onkologija i radioterapija	0,09	0,09	0,09	0,09
Dermatologija i venerologija	0,06	0,04	0,04	0,05
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0,06	0,07	0,07	0,07
Neurologija	0,21	0,20	0,20	0,20
Psihijatrija (akutna)	0,23	0,19	0,19	0,42*
Pedijatrija	0,32	0,25	0,25	0,31
Kirurgija	0,77	0,73	0,68	0,71
Dječja kirurgija	-	-	-	0,04
Neurokirurgija	0,03	0,04	0,05	0,05
Maksilofacijalna kirurgija	0,03	0,03	0,03	0,03
Urologija	0,08	0,07	0,09	0,09
Ortopedija	0,13	0,12	0,12	0,13
Otorinolaringologija	0,15	0,13	0,12	0,13
Oftalmologija	0,13	0,10	0,10	0,10
Ginekologija i opstetricija	0,51	0,47	0,46	0,48
Anesteziologija, reanimatologija	0,04	0,04	0,05	0,11
Rodilište	0,02	0,02	0,01	0,004
Opći stacionar	0,03	0,02	0,03	0,03
Pneumoftziologija	0,16	0,11	0,08	-
Nuklearna medicina	0,01	0,01	0,01	-
Patofiziologija	0,01	0,00	0,00	-
Liječenje akutnih bolesnika	3,97	3,57	3,58	4,07

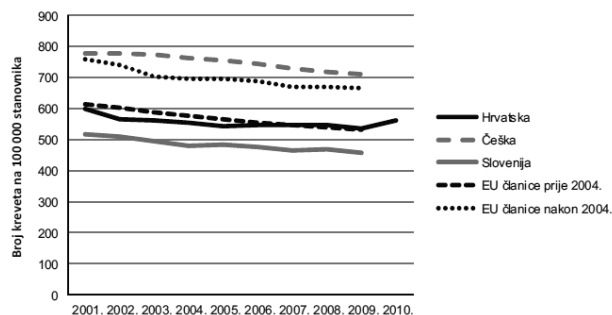
Produženo liječenje	0,13	0,15	0,14	0,15
Kronične duševne bolesti	0,80	0,75	0,75	0,55
Fiz. med. i rehabilitacija u spec. bolnicama i lječilištima	0,96	0,77	0,72	0,81
Kronične dječje bolesti	0,05	0,04	0,04	0,01
Kronične plućne bolesti	0,09	0,10	0,10	0,07
Ortopedija	0,01	0,07	0,07	-
Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika	2,03	1,88	1,82	1,59
Ukupno	6,00	5,46	5,49	5,66

* Stopa izračunata na broju svih akutnih psihijatrijskih kreveta u Hrvatskoj (kreveti iz mreže javne zdravstvene službe i kreveti na tržištu)

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u većini je europskih zemalja zamjetan trend smanjenja bolničkih kreveta (Slika 5 i 6). U usporedbi s europskim prosjecima, u Hrvatskoj je najmanje akutnih kreveta na 100.000 stanovnika, manje od Češke, Slovenije, članica EU-a prije i poslije 2004. godine (Slika 5).



Slika 5. Broj bolničkih kreveta u akutnim bolnicama na 100 000 stanovnika (SZO) 2001. do 2010. godine prema vrsti ustanove. Izvor: WHO Health for All Database.



Slika 6. Broj bolničkih kreveta u bolnicama na 100.000 stanovnika (SZO) 2001. do 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database.

Na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica 2010. godine liječile su se 745.692 osobe (u 2001. godini 700.524), uključujući boravke u bolnici zbog poroda, pobačaja i bolničke rehabilitacije. Ukupan se broj boravaka na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske na 1.000 stanovnika u posljednjih deset godina povećava te je u 2001. godini iznosio 157,9/1.000 stanovnika, a u 2010. godini 168,8 /1.000.

U tom se razdoblju najprije smanjio broj bolničkih boravaka na stacionarnim odjelima u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima s 305.751 u 2001. godini na 304.099 u 2002. godini, a zatim se povećavao od 2003. godine do 2006. godine (333.967) nakon čega slijedi kontinuirani pad pa u 2010. godini iznosi 285.630 boravaka. KBC, kliničke bolnice i klinike također su najprije bilježile pad s 311.686 boravaka u 2001. godini na 310.488 u 2002. godini da bi kasnije imali uglavnom trend porasta sve do 2008. godine d

352.123 boravka nakon čega u 2009. godini slijedi pad na 342.326 da bi u 2010. godini zbog izmjena mreže javne zdravstvene službe broj boravaka porastao na 367.118. U specijalnim bolnicama i lječilištima najprije bilježimo pad broja ispisanih bolesnika od 83.087 u 2001. godini do 2003. godine sa 80.279 nakon čega uglavnom slijedi trend rasta da bi broj boravaka u 2010. godini iznosio 92.944 (Tablica 12).

Tablica 12. Broj ispisanih bolesnika iz stacionarnih odjela u hrvatskim bolnicama 2001. – 2010. godine prema vrsti ustanove. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

Godina	Sveukupno	Opće bolnice, KBC, klinike	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rođilišta	KBC, kliničke bolnice i klinike	Specijalne bolnice i lječilišta
	1 (2+5)	2 (3+4)	3	4	5
2010.	745.692	652.748	285.630	367.118	92.944
2009.	743.052	659.665	317.339	342.326	83.387
2008.	768.400	683.622	331.499	352.123	84.778
2007.	750.029	665.640	332.071	333.569	84.389
2006.	752.453	667.543	333.967	333.576	84.910
2005.	737.174	654.752	325.436	329.316	82.422
2004.	726.320	645.719	317.525	328.194	80.601
2003.	719.844	639.565	314.344	325.221	80.279
2002.	696.519	614.587	304.099	310.488	81.932
2001.	700.524	617.437	305.751	311.686	83.087

Na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica u 2010. godini ostvareno je ukupno 7.053.292 dana bolničkog liječenja (Tablica 13.), što znači 9,5 dana prosječnog liječenja po jednom boravku (u 2001. godini je prosječno trajanje liječenja bilo 11,8 dana). Prosječno trajanje liječenja smanjilo se u razdoblju 2001. g. do 2009. g. u općim bolnicama od 8,34 u 2001. godini na 6,69 u 2009. godini. U KBC-ima, klinikama i kliničkim bolnicama prosječni se boravak u bolnici smanjio od 9,45 na 7,97 dana po bolesniku, a u specijalnim bolnicama od 33,35 na 28,29 dana.

Tablica 13. Dani bolničkog liječenja u bolnicama u Hrvatskoj 2001. do 2010. godine prema vrsti ustanove. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Godina	Sveukupno	Opće bolnice, KBC, klinike	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rođilišta	KBC, kliničke bolnice i klinike	Specijalne bolnice i lječilišta
	1 (2+5)	2 (3+4)	3	4	5
2010.	7.053.292	4.679.908	1.935.595	2.744.313	2.373.384
2009.	7.210.881	4.851.841	2.124.053	2.727.788	2.359.040
2008.	7.374.576	4.984.483	2.264.157	2.720.326	2.390.093
2007.	7.390.492	5.017.531	2.306.527	2.711.004	2.372.961
2006.	7.479.340	5.053.305	2.322.030	2.731.275	2.426.035
2005.	7.586.737	5.136.158	2.342.465	2.793.693	2.450.579
2004.	7.754.073	5.292.189	2.394.677	2.897.512	2.461.884
2003.	7.916.090	5.396.163	2.422.077	2.974.086	2.519.927
2002.	7.780.300	5.332.966	2.424.865	2.908.101	2.447.334
2001.	8.267.215	5.496.211	2.550.291	2.945.920	2.771.004

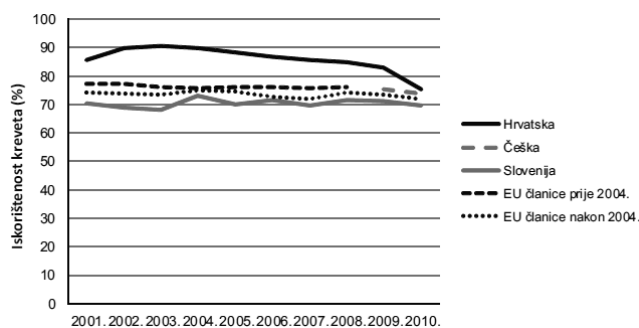
Broj bolničkih doktora iskazanih prema broju kreveta obuhvaća samo doktore medicine koji izravno rade na stacionarnim odjelima. Na odjelima za liječenje akutnih bolesnika u 2010. godini na jednog

lječnika dolazi 3,45 kreveta, a dok na odjelima za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika taj broj iznosi 17,98 kreveta (Tablica 14).

Tablica 14. Broj kreveta na jednog odjelnog doktora medicine prema vrsti specijalnosti HZZO-a u 2010. godini. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Djelatnost	Ukupno	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rođilišta	KBC	Kliničke bolnice	Klinike	Specijalne bolnice i lječilišta
	1 (2 + 3 + 4 + 5 + 6)	2	3	4	5	6
Interna medicina	3,90	4,65	3,89	2,57	-	6,71
Infektologija	4,15	3,98	3,54	-	4,71	-
Onkologija i radioterapija	2,91	-	3,04	2,77	-	-
Dermatologija i venerologija	3,36	1,29	3,41	2,21	-	15,75
Fizikalna medicina i rehabilitacija	3,99	0,53	6,61	1,88	-	-
Neurologija	2,97	3,03	3,28	2,41	-	3,00
Psijhijatrija	6,06	3,76	3,59	2,35	-	17,82
Pedijatrija	2,86	2,41	3,43	2,93	-	-
Kirurgija	3,94	4,17	4,02	3,41	-	3,00
Dječja kirurgija	4,31	6,00	4,00	4,55	-	-
Neurokirurgija	3,03	3,33	3,36	2,38	-	-
Maksilofacijalna kirurgija	3,94	1,50	4,70	3,79	-	-
Urologija	2,68	2,59	2,63	2,89	-	-
Ortopedija	3,78	2,61	5,48	3,53	3,37	4,29
Otorinolaringologija	2,74	2,48	2,78	3,17	-	-
Oftalmologija	2,07	1,90	2,32	1,96	-	-
Ginekologija i opstetricija	4,81	4,69	5,28	4,41	-	2,50
Anesteziologija, reanimatologija	0,84	0,70	0,87	0,87	3,33	1,24
Rodilište	18,00	18,00	-	-	-	-
Opći stacionar	17,00	17,00	-	-	-	-
Liječenje akutnih bolesnika	3,45	3,42	3,40	2,78	4,11	10,42
Produženo liječenje	14,84	28,25	-	-	-	13,50
Kronične duševne bolesti	19,02	-	-	-	-	19,02
Fizikalna medicina i rehabilitacija u bolnicama i lječilištima	19,21	-	-	-	-	19,21
Kronične dječje bolesti	18,75	-	-	20,00	-	18,33
Kronične plućne bolesti	10,37	-	-	5,56	-	17,58
Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika	17,98	28,25	-	7,00	-	18,46
Ukupno	4,48	3,46	3,40	2,86	4,11	16,46

Ukupna godišnja iskorištenost akutnih kreveta je 2010. godine bila 75,19% (2001. godine bila je 85,5%) što je više od vrijednosti u Češkoj, Sloveniji i članicama EU prije i poslije 2004. godine (Slika 7).



Slika 7. Postotak iskorištenosti kreveta u akutnim bolnicama (SZO) 2001. do 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database.

Uz ukupnu godišnju iskorištenost kreveta od 77,24 % u 2010. godini najveća je iskorištenost specijalnih bolnica (79,50%), KBC-a, kliničkih bolnica i klinika (76,81%), a najmanja općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta (75,23%) (Tablica 10 i 15).

Tablica 15. Rad stacionarnih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj u 2010. godini (kreveti su iskazani prema vrsti specijalnosti HZZO-a). Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

	Ukupno	Liječenje akutnih bolesnika	Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rodilišta	KBC, kliničke bolnice i klinike	Specijalne bolnice i ljčilišta
	1 = (2 + 3) ili (4 + 5 + 6)	2	3	4	5	6
Broj kreveta	25.017	17.877	7.140	7.049	9.789	8.179
Broj kreveta/1000 stanov.	5,66	4,05	1,62	1,60	2,22	1,85
Broj dr. med.	5.582	5.185	397	2.035	3.050	497
Broj kreveta/1 dr. med.	4,48	3,45	17,98	3,46	3,21	16,46
Broj ispisanih bolesnika	745.692	679.283	66.409	285.630	367.118	92.944
Broj dana bolničkog liječenja	7.053.292	4.906.170	2.147.122	1.935.595	2.744.313	2.373.384
Prosječna dužina liječenja	9,46	7,22	32,33	6,78	7,48	25,54
Godišnja zauzetost kreveta	282	274	301	275	280	290
Godišnja iskorištenost kreveta (%)	77,24	75,19	82,39	75,23	76,81	79,50
Broj pacijenata po krevetu	29,81	38,00	9,30	40,52	37,50	11,36
Interval obrtaja	2,79	2,38	6,91	2,23	2,26	6,58

Pri liječenju akutnih bolesnika na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske u 2010. godini najveće prosječno trajanje liječenja po specijalnostima imaju: psihijatrija, dermatologija i venerologija, fizikalna medicina i rehabilitacija, neurologija i opći stacionar. Najveće prosječno trajanje liječenja subakutnih i kroničnih bolesnika imaju specijalnosti: kronične duševne bolesti, produženo liječenje, kronične plućne bolesti, kronične dječje bolesti te fizikalna medicina i rehabilitacija u specijalnim bolnicama i ljčilištima (Tablica 16). U proteklom desetogodišnjem razdoblju smanjuje se prosječno trajanje liječenja većine specijalnosti za liječenje akutnih bolesnika pri staci-

onarnim odjelima bolnica Hrvatske pa čak i nekih specijalnosti za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika (Tablica 16).

Tablica 16. Prosječno trajanje liječenja po specijalnostima 2001., 2005., 2009., 2010. (2001., 2005. i 2009. prema vrsti ustanove, 2010. prema vrsti specijalnosti HZZO-a). Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Djelatnost	2001.	2005.	2009.	2010.
Interna medicina	9,65	9,18	8,91	8,58
Infektologija	9,18	7,94	7,68	7,53
Onkologija i radioterapija	11,14	10,03	7,65	6,96
Dermatologija i venerologija	12,63	12,75	10,76	12,56
Fizikalna medicina i rehabilitacija	16,91	12,28	12,22	11,80
Neurologija	10,49	8,77	9,27	9,17
Psijhijatrija	16,50	13,63	14,56	13,00
Pedijatrija	9,27	7,30	6,92	7,16
Kirurgija	8,27	7,46	6,62	6,71
Dječja kirurgija	-	-	-	4,33
Neurokirurgija	9,63	8,44	8,06	7,76
Maksilofacijalna kirurgija	11,17	9,30	7,76	7,23
Urologija	8,00	6,32	6,18	5,97
Ortopedija	10,91	8,47	8,32	7,72
Otorinolaringologija	6,53	5,67	5,33	5,29
Oftalmologija	6,88	4,91	3,70	3,22
Ginekologija i opstetricija	6,42	5,88	5,39	5,17
Anesteziologija, reanimatologija	4,57	4,15	5,34	5,89
Rodilište	-	-	-	3,01
Opći stacionar	-	-	-	9,16
Stacionari i rodilišta	7,16	5,83	6,93	-
Pneumoftizijologija	11,78	10,19	8,12	-
Nuklearna medicina	7,05	7,25	7,30	-
Patofiziologija	6,86	9,71	10,00	-
Liječenje akutnih bolesnika	-	-	-	7,28
Produženo liječenje	22,75	23,15	23,68	26,31
Kronične duševne bolesti	75,93	52,51	50,69	82,25
Fizikalna medicina i rehabilitacija bolnicama i ljčilištima	21,13	21,79	20,71	20,46
Kronične dječje bolesti	33,77	41,48	35,15	20,91
Kronične plućne bolesti	25,66	18,43	15,51	23,98
Ortopedija	24,71	16,65	14,60	-
Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika	-	-	-	31,86
Ukupno	11,80	10,29	9,70	9,46

Usporedni prikaz nekih bolničkih parametara pokazuje da je iskorištenost akutnih kreveta u Hrvatskoj veća u odnosu na Češku, Sloveniju i članice EU-a nakon 2004. godine, a da je broj akutnih kreveta u razdoblju 2001. g. do 2009. g. relativno nizak i pokazuje trend smanjivanja (Slika 5). Situacija se mijenja u 2010. godini zahvaljujući izmjenama mreže javne zdravstvene službe kada dolazi do povećanja broja akutnih kreveta (402,87/100.000 u 2010.g prema 336,01/100.000 u 2009. godini) (Slika 5).

3.5.4.3. Bolnički pobol stacionarnih odjela bolnica

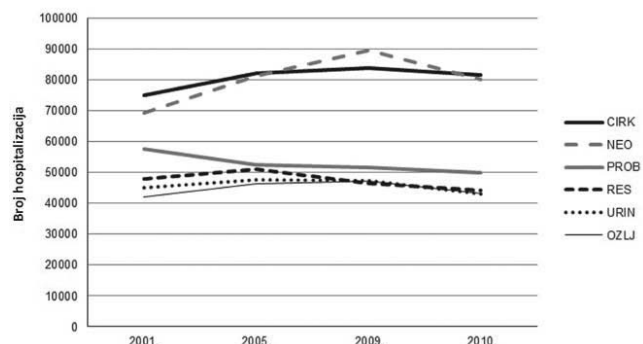
Prema individualnim prijavama o liječenim bolesnicima (bez poroda, pobačaja i rehabilitacije), broj liječenih bolesnika na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske uglavnom je u stalnom porastu:

2001. godine 544.836, 2005. godine 592.288, 2009. godine 611.368, 2010. godine 571.894 (Tablica 17).

Tablica 17. Liječeni na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske po dobnim skupinama 2001., 2005., 2009., 2010. godine. Izvor: Godišnja baza hospitalizacija.

Dobna skupina	Broj hospitalizacija			
	2001.	2005.	2009.	2010.
0 godina	13.606	20.565	25.071	21.738
1 do 4	22.688	17.129	20.850	19.613
5 do 9	21.266	20.300	18.044	16.811
10 do 19	34.910	32.415	36.143	32.905
20 do 39	94.167	82.867	92.257	84.498
40 do 59	139.697	135.598	160.015	146.729
60 i više	211.951	231.324	258.077	249.470
Ukupno	544.836	592.288	611.368	571.894

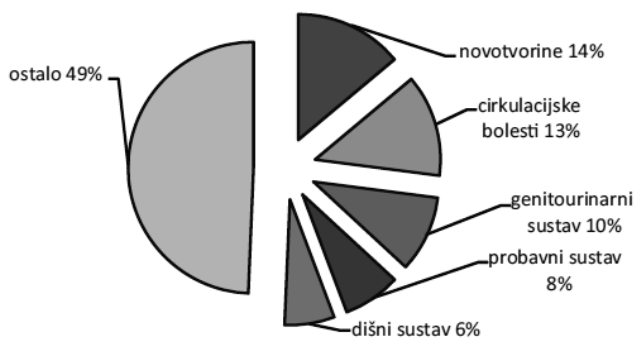
Vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju 2001., 2005., 2009. i 2010. godine su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti dišnog sustava, bolesti genitourinarnog sustava te ozljede i trovanja (Slika 8). Porast broja hospitalizacija, uz povremene oscilacije, pokazuju bolesti cirkulacijskog sustava (75.086 u 2001. g, 81.575 u 2010. g.), novotvorine (69.251 u 2001. g., 79.976 u 2010. g.) te ozljede i trovanja (41.991 u 2001. g., 43.033 u 2010. g.), a smanjenje imaju bolesti probavnog sustava (57.589 u 2001. g., 49.793 u 2010. g.), bolesti dišnog sustava (47.830 u 2001. g., 44.095 u 2010. g.) i bolesti genitourinarnog sustava (45.034 u 2001. g., 42.987 u 2010. g.).



Slika 8. Najzastupljenije skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija na stacionarnim odjelima 2001., 2005., 2009., 2010. Izvor: Godišnja baza hospitalizacija.

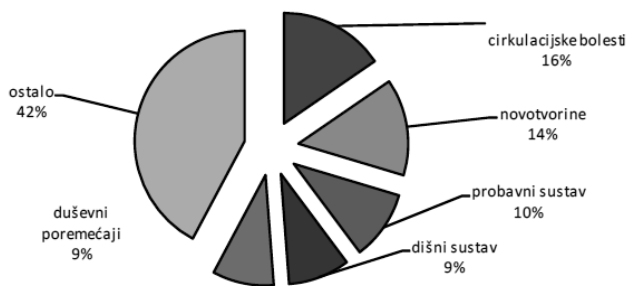
Ukupno se na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske zbrinja nešto više žena no muškaraca (1,04:1) te su u ukupnom morbiditetu neke tipično ženske dijagnoze više zastupljene.

U hospitalizacijama žena 2010. godine najzastupljenije su bile novotvorine (40.619, a među njima najčešća zloćudna novotvorina dojke), bolesti cirkulacijskog sustava (38.387, među kojima je najčešći cerebralni infarkt), bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (28.756, najčešće polip ženskoga probavnog sustava), bolesti probavnog sustava (21.645, među kojima najčešća kolelitijaza) te bolesti dišnog sustava (18.824, s najčešćom dijagnozom pneumonija) (Slika 9).



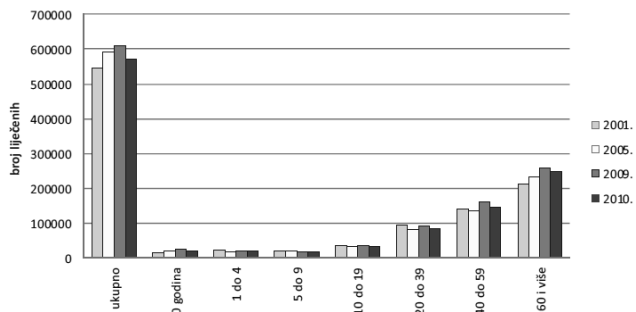
Slika 9. Najčešće skupine bolesti u bolničkom pobolu na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske 2010. godine, žene. Izvor: Godišnja baza hospitalizacija.

U muškaraca liječenih na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske najzastupljenije bolesti 2010. godine bile su bolesti cirkulacijskog sustava (43.188, među njima najčešća angina pektoris), slijede novotvorine (39.357, sa zloćudnom novotvorinom bronha i pluća), bolesti probavnog sustava (28.148, najčešće dijagnoza ingvinalne hernije), bolesti dišnog sustava (25.271, najčešće pneumonija) te duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (25.245, najčešće duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholom) (Slika 10).



Slika 10. Najčešće skupine bolesti u bolničkom pobolu na stacionarnim odjelima bolnica Hrvatske 2010. godine, muški. Izvor: Godišnja baza hospitalizacija.

U 2010. godini u bolnicama u Hrvatskoj liječeno je 368.020 bolesnika u dobi do 64 godine i 204.744 (35,6%) u dobi 65 godina (ne računajući bolničku rehabilitaciju) (Slika 11).



Slika 11. Liječeni u bolnicama po dobnim skupinama na stacionarnim odjelima 2001., 2005., 2009., 2010. u bolnicama Hrvatske. Izvor: Godišnja baza hospitalizacija.

U dobi do 64 godina najčešći uzrok hospitalizacije je bilo liječenje novotvorina (46.267), duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja (35.350), bolesti probavnog sustava (31.908), bolesti dišnog sustava (31.255) te bolesti genitourinarnog sustava (30.836). Vodeće

skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija u dobi 65 godina i više u 2010. godini (bez bolničke rehabilitacije) su: bolesti cirkulacijskog sustava (51.365), novotvorine (33.701), bolesti probavnog sustava (17.874), bolesti oka (17.781) te ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka (13.392).

U bolnicama u Hrvatskoj se u dobi iznad 65 godina zbrinjava više žena nego muškaraca (1,16:1).

3.5.4.4 Dnevne bolnice i bolničke hemodijalize

U dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama Hrvatske tijekom 2010. godine zabilježena su 244.562 boravka (2009. godine zabilježena su 199.052 boravka) (Tablica 18). Najviše boravaka u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama zabilježeno je na hemodijalizi (71.110), u internoj medicini (68.661), pedijatriji (26.658), infektologiji (19.176), psihijatriji (16.101) te onkologiji i radiologiji (11.861) (Tablica 19).

Tablica 18. Broj ispisanih bolesnika, dana liječenja i prosječne dužine liječenja iz dnevnih bolnica i bolničkih hemodijaliza 2010. godine prema vrsti ustanove. Uključene i neugovorene ustanove kod HZZO-a te primjena Izmjena mreže javne zdravstvene službe 2010. godine. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

	Sveukupno	Opće bolnice, KBC, klinike	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rođilišta	KBC, kliničke bolnice i klinike	Specijalne bolnice i ljčilišta
	1 (2+5)	2 (3+4)	3	4	5
Broj ispisanih bolesnika	244.562	240.296	153.363	86.933	4.266
Broj dana liječenja	652.105	590.849	306.028	284.821	61.256
Prosječna dužina liječenja	2,67	2,46	2,00	3,28	14,36

Tablica 19. Broj ispisanih bolesnika, dana liječenja i prosječne dužine liječenja u stacionarnim odjelima i odjelima dnevnih bolnica i bolničkih hemodijaliza Hrvatske 2010. godine po specijalnostima. U podatke su uključene i neugovorene ustanove kod HZZO-a. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

Djelatnost	Stacionarni odjeli			odjeli dnevnih bolnica i hemodijalize		
	Broj ispisanih bolesnika	Broj dana liječenja	Prosječna dužina liječenja	Broj ispisanih bolesnika	Broj dana liječenja	Prosječna dužina liječenja
Interna medicina	142.198	1.220.026	8,58	68.661	112.539	1,64
Infektologija	20.217	152.313	7,53	19.176	29.868	1,56
Onkologija i radioterapija	17.203	119.666	6,96	11.861	20.350	1,72
Dermatologija i venerologija	4.506	56.573	12,56	730	2.917	4
Fizikalna medicina i rehabilitacija	7.617	89.843	11,80	-	-	-
Neurologija	30.095	275.876	9,17	6.116	12.891	2,11
Psihijatrija	39.373	512.019	13,00	16.101	149.479	9,28
Pedijatrija	54.874	392.782	7,16	26.658	78.646	2,95
Kirurgija	116.486	781.221	6,71	8.197	8.393	1,02
Dječja kirurgija	9.889	42.846	4,33	1.042	1.088	1,04
Neurokirurgija	8.422	65.356	7,76	-	-	-
Maksilofacijalna kirurgija	3.720	26.909	7,23	-	-	-
Urologija	18.972	113.282	5,97	4.778	6.336	1,33

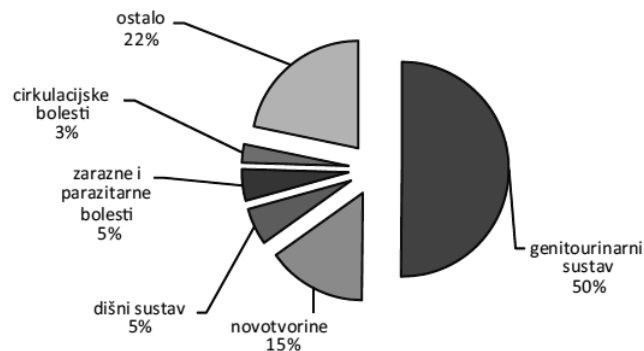
Ortopedija	19.735	152.256	7,72	90	90	1
Otorinolaringologija	28.517	150.861	5,29	2.389	2.812	1,18
Oftalmologija	29.049	93.448	3,22	2.019	2.032	1,01
Ginekologija i opstetricija	99.653	515.547	5,17	5.634	11.665	2,07
Anesteziologija, reanimatologija	24.170	142.258	5,89	-	-	-
Rođilište	310	932	3,01	-	-	-
Opći stacionar	4.541	41.587	9,16	-	-	-
Liječenje akutnih bolesnika	679.547	4.945.601	7,28	173.452	439.106	2,53
Produženo liječenje	8.085	212.698	26,31	-	-	-
Kronične duševne bolesti	11.277	927.516	82,25	-	-	-
Fiz. med. i rehabilitacija u spec. bolnicama i ljčilištima	43.171	883.130	20,46	-	-	-
Kronične dječje bolesti	743	15.538	20,91	-	-	-
Kronične plućne bolesti	2.869	68.809	23,98	-	-	-
Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika	66.145	2.107.691	31,86	-	-	-
Hemodijaliza	-	-	-	71.110	212.999	3,00
Ukupno	745.692	7.053.292	9,46	244.562	652.105	2,67

Prema individualnim prijavama iz Godišnje baze hospitalizacija o pacijentima liječenim u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama u 2010. godini je u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama zabilježeno ukupno 380.527 hospitalizacija.

Prema broju hospitalizacija, vodeće skupine bolesti u liječenju u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama 2010. godine bile su: bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa, novotvorine, bolesti dišnog sustava, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja te simptomima, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi.

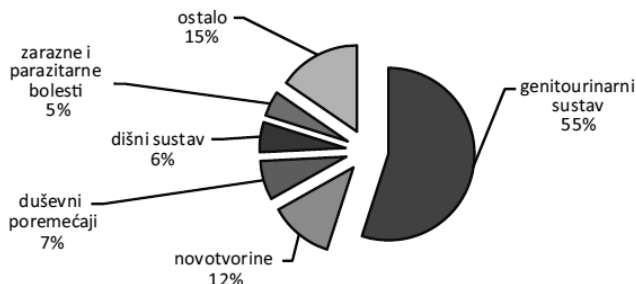
Ukupno je 2010. godine u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama zabilježeno više hospitalizacija muškaraca nego žena (1,10:1).

Kod hospitalizacija žena u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama u Godišnjoj bazi hospitalizacija najzastupljenije su bile bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (91.042, od toga najčešće kronično bubrežno zatajenje), novotvorine (27.253, od toga najčešće zloćudna novotvorina dojke), bolesti dišnog sustava (10.083, od toga najčešće astma), simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi (9.900, od toga najčešće boli u trbuhu i zdjelici) te zarazne i parazitarne bolesti (8.636, od toga najčešće dijareja i gastroenteritis za koje se pretpostavlja da su infekcijskog podrijetla) (Slika 12).



Slika 12. Najčešće skupine bolesti u bolničkom pobolu u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama Hrvatske 2010. godine, žene. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

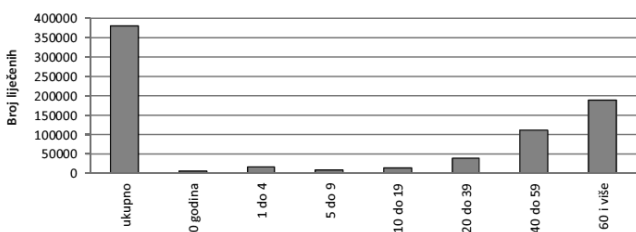
Kod hospitalizacija muškaraca u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama u Hrvatskoj najzastupljenije bolesti bile su bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (109.377, od toga najčešće kronično bubrežno zatajenje), novotvorine (23.663, od toga najčešće zloćudna novotvorina bronha i pluća), duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (14.600, od toga najčešće reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe), bolesti dišnog sustava (11.236, od toga najčešće kronična opstruktivna plućna bolest) te zarazne i parazitarne bolesti (9.399, od toga najčešće dijareja i gastroenteritis za koje se pretpostavlja da su infektivnog podrijetla) (Slika 13).



Slika 13. Najčešće skupine bolesti u bolničkom pobolu u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama Godišnje baze hospitalizacija Hrvatske 2010. godine, muškarci. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

Kod pacijenata u dobi do 64 godine u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama zabilježeno je 228.967 hospitalizacija, a u dobi 65 godina i više taj je broj bio 151.446 (39,8%) (Slika 14). U dobi do 64 godine najčešći uzroci hospitalizacije u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama bile su bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (95.270), novotvorine (28.893), duševni poremećaji i poremećaji ponašanja (18.967), bolesti dišnog sustava (16.806) te zarazne i parazitarne bolesti (16.410). Vodeće skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija u dobi 65 godina i više su: bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (105.143), novotvorine (22.006), bolesti cirkulacijskog sustava (5.454), bolesti dišnog sustava (4.499) te simptomima, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi (3.384).

U dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama u Hrvatskoj u 2010. godini u dobi iznad 65 godina zabilježeno je više hospitalizacija žena nego muškaraca (1,001:1).



Slika 14. Liječeni u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama Hrvatske po dobnim skupinama 2010. godine. Izvor: Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove.

3.5.4.5. Prostorni kapaciteti i energetska učinkovitost bolnica

Tijekom 2011. godine anketom su prikupljeni podaci o prostornim resursima bolnica u Hrvatskoj. Na anketni upitnik odgovorilo je 55 bolnica u javnom sektoru, i to 10 kliničkih, 22 opće bolnice, 21 specijalnoj i 2 lječilišta.

U sustavu je zabilježeno 8.363 bolesničkih soba, od čega najviše u kliničkim (3.092) i općim bolnicama (2.583). Najpovoljniju strukturu soba imaju specijalne bolnice i lječilišta, gdje većina soba ima svoj sanitarni čvor, dok je najlošija situacija zabilježena u psihijatrijskim bolnicama (Tablica 20). Dostupnost invalidnim osobama osigurana je u 80% promatranih osnovnih djelatnosti u bolnicama Hrvatske, a nešto je bolja u općim bolnicama (84%), u odnosu na one kliničke (70%).

Tablica 20. Broj i struktura soba prema vrstama bolnica. Izvor: Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Vrsta bolnice	Ukupno		Broj kreveta po sobi									
	Broj	%	jedan		dva		tri		četiri		pet i više	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Kliničke	3.092	100	400	13	839	27	996	32	536	17	314	10
Opće	2.583	101	268	10	805	31	1.047	41	319	12	157	6
Psihijatrijske	571	100	11	2	94	16	136	24	112	20	218	38
Specijalne	1.993	100	470	24	1.048	53	313	16	82	4	80	4
Lječilišta	124	100	24	19	68	55	19	15	13	10	0	0
Ukupno	8.363	100	1.173	14	2.854	34	2.511	30	1.062	13	769	9

U bolnicama Hrvatske zabilježena je 381 operacijska sala. Prema rezultatima ankete, na razini Hrvatske, približno 40% operacijskih sala nije obnovljeno u razdoblju od 2000. godine.

Zabilježena su ukupno 822 kreveta za intenzivno liječenje, od čega ih je u kliničkim bolnicama bilo ukupno 506, u općima 295, a u specijalnim 21.

Na pitanje o objedinjenom hitnom medicinskom prijemu (dalje OHMP) odgovorilo je 8 kliničkih bolnica i 17 općih bolnica. Šest kliničkih bolnica i devet općih bolnica ustvrdilo je građevinsku sukladnost i opremljenost OHMP-a s pravilnikom. Ostale zdravstvene ustanove nisu o tome dostavile podatke.

U malom broju kontaktiranih bolnica zabilježeno je postojanje helidroma. Postojanje helidroma ustvrdile su KB Dubrava, KBC Split te OB Karlovac, Varaždin, Dubrovnik i Knin.

Objekti u sustavu zdravstva veliki su potrošači energenata i vode što proizlazi iz njihove specifičnosti po vrsti djelatnosti, kompleksnosti sustava grijanja, hlađenja i ventilacije, velikog broja djelatnika i korisnika te nerijetko cjelodnevnog režima rada. Prema Trećem godišnjem izvještaju programa Vlade RH »Dovesti svoju kuću u red« iz 2011., bolnički objekti u nadležnosti Ministarstva zdravlja obuhvaćeni tim projektom (14 energetske cjeline u kliničkim bolničkim centrima, tri u kliničkim bolnicama, jedan u općoj bolnici, 17 u specijalnim bolnicama i sedam u klinikama) sami godišnje troše oko 482 milijuna kWh. Izračun na temelju podataka iz toga Izvještaja pokazuje da je ukupna potrošnja energije u navedenim bolničkim objektima oko 630 kWh/m² što je više od dva puta veća potrošnja u odnosu na prosjeke europskih zemalja s najboljom energetska učinkovitošću u bolničkim objektima (npr. Švicarska, Švedska, Norveška).

Dosad je u sklopu Programa »Dovesti svoju kuću u red« uspostavljen registar institucija. Prikupljeni su podaci o potrošnji energenata za oko 300 objekata u sustavu zdravstva, a u suradnji s Ministarstvom graditeljstva i prostornoga uređenja planira se obnova i povećanje energetske učinkovitosti određenog broja objekata u sustavu zdravstva. Potencijali za uštedu u tom su pogledu veliki, osobito u objektima koji kao energent koriste lož ulje.

3.5.4.6 Visoko-softicirana medicinska oprema

Tijekom 2010. godine u Hrvatskoj je provedeno anketno istraživanje visoko-softicirane medicinske opreme.

Istraživanjem je zabilježeno 70 CT uređaja, od čega je 52 uređaja bilo u ustanovama javnog sektora. Ukupno je u Hrvatskoj zabilježen 1,6 CT uređaja na 100.000 stanovnika, a ako se uzmu u obzir samo oni u ustanovama javnog sektora stopa je bila 1,2/100.000. Broj CT uređaja u javnom sektoru na 100.000 stanovnika kretao se u rasponu od 0,5 u Sisačko-moslavačkoj županiji, a stopu višu od 2 bilježe Karlovačka i Požeško-slavonska županija. U Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji zabilježen je 1,3 CT uređaj u javnom sektoru na 100.000 stanovnika.

Uređaja za magnetnu rezonancu (MR) zabilježeno je 32 ili 0,7 na 100.000 stanovnika. Od toga ih je u bolnicama bilo 17 ili 0,4 na 100.000 stanovnika. Stope s više od 1 MR uređaj u javnom sektoru na 100.000 stanovnika bilježe se u Ličko-senjskoj i Požeško-slavonskoj županiji, dok ih je u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji bilo 0,6. U jedanaest županija nije zabilježen ni jedan MR uređaj.

Ukupno je zabilježeno 148 mamografa ili 3,3 na 100.000 stanovnika. Od toga je u bolnicama bilo 46 ili 1 na 100.000 stanovnika. Značajan broj mamografa nalazi se u Domovima zdravlja (71). Najviše stope ukupnog broja mamografa na 100.000 stanovnika zabilježene su u Gradu Zagrebu (6,0), Ličko-senjskoj županiji (5,6) i Primorsko-goranskoj županiji (4,3), a najniže u Varaždinskoj županiji (0,5).

Tijekom 2010. godine zabilježene su 23 gama kamere ili 0,5 na 100.000 stanovnika. Spomenuta oprema zabilježena je samo u bolničkim ustanovama.

Iste godine zabilježene su 26 angiosale ili 0,6 na 100.000 stanovnika. Samo 1 angiosala bila je u specijalnoj bolnici u privatnom vlasništvu, a ostale u bolnicama u državnom vlasništvu.

Iz dostupnih izvora ukupno je zabilježeno 5 PECT/CT uređaja, od kojih su 2 bila u Gradu Zagrebu (1 u KBC i 1 u privatnoj poliklinici) i po jedan u privatnim poliklinikama u Splitu, Rijeci i Osijeku.

Litotriptora je bilo 26 ili 0,6 na 100.000 stanovnika.

Linearni akceleratori i oprema za brahiterapiju zabilježena je isključivo u bolničkim ustanovama. Ukupno je bilo 7 linearnih akceleratora ili 0,2 na 100.000 stanovnika te 3 uređaja za brahiterapiju ili 0,1 na 100.000 stanovnika.

Usporedba nekih vrsta medicinske opreme prema nekim europskim zemljama prikazana je u Tablici 21. U usporedbi s odabranim zemljama u odnosu na broj stanovnika, Hrvatska raspolaže s dovoljnim brojem MR-a, CT-a i mamografa, a potrebe za daljnje ulaganje postoje u području opreme za radioterapiju.

Tablica 21. Visoko-sofisticirana oprema u zemljama Europe izražena u stopama na 100.000 stanovnika. Izvor: WHO Health for All Database, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Država	CT	MR	Mamograf	Oprema za radioterapiju
Češka Republika	1,3	0,5	1,3	0,8
Danska	0,1	:	0,1	0,1
Irska	1,4	0,9	1,4	0,9
Grčka	3,1	2,0	4,5	0,6
Italija	3,10	2,00	3,00	0,6
Luksemburg	2,6	1,2	2,2	0,4
Mađarska	0,7	0,3	1,4	0,3
Nizozemska	1,0	1,0	:	:
Austrija	3,0	1,8	:	0,5
Poljska	1,1	0,3	1,3	0,3
Slovenija	1,10	0,30	1,90	0,9
Slovačka	1,4	0,6	1,4	1,3

Velika Britanija	0,7	0,6	0,9	0,5
Hrvatska	1,6	0,7	3,4	0,3
Švicarska	3,2	:	3,3	1,7

3.5.5 Ljekarnička djelatnost

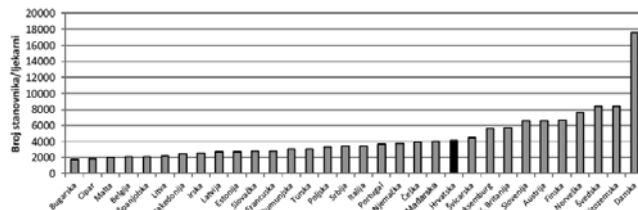
Ljekarničku djelatnost na dan 1. 3. 2012. obavljale se 1082 ugovorne javne ljekarničke jedinice (1063 ljekarne i 19 depoa lijekova) i 46 bolničkih ljekarni.

Broj ljekarničkih jedinica prema organizacijskim oblicima u javnom ljekarništvu je sljedeći:

- 133 ljekarne kao privatna praksa
- 129 ljekarni kao privatna praksa temeljem zakupa,
- 196 ljekarni kao jedinica/podružnica i 17 depoa lijekova kao jedinica/podružnica ljekarničke ustanove u županijskom vlasništvu
- 21 ljekarna u domovima zdravlja
- 586 ljekarni kao jedinica/podružnica i 2 depoa kao jedinica/podružnica ljekarničke ustanove u privatnom vlasništvu.

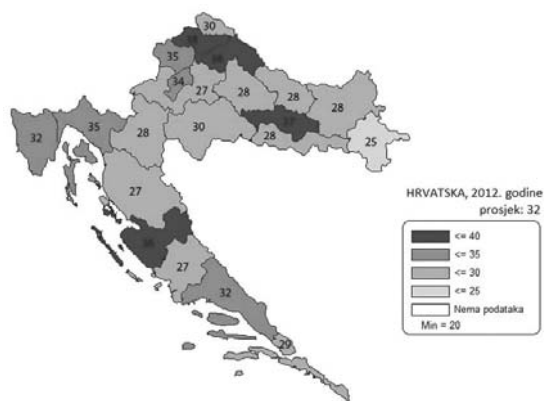
U privatnom vlasništvu je 66,5% ljekarni, u zakupu je 11,9% ljekarni, a 21,6% ljekarni je u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Bolničko ljekarništvo, kao specifičan sadržaj, djeluje organizirano u 46 bolničkih ljekarni u kojima radi 150 magistara farmacije.

Prema statističkim pokazateljima, u Hrvatskoj danas na jednu ljekarnu dolazi 4000 stanovnika, dok u EU-u na jednu ljekarnu dolazi prosječno 3000 stanovnika (Slika 15).



Slika 15. Broj stanovnika po ljekarni u Europi. Izvor: Pharmaceutical Group of the European union (PGEU) Database, 2010/2011.

Bez obzira na dobre statističke pokazatelje, širenje ljekarničke mreže proteklih godina nije bilo ravnomjerno. Zbog toga kvaliteta i sigurnost u dostupnosti lijekova nije jednaka u svim područjima države (Slika 16). Najveći broj novih ljekarni osnivan je u područjima najvećih gradova, dok su ruralna područja i slabo razvijena područja od posebne državne skrbi ostala i dalje sa slabo razvijenom mrežom ljekarni.



Slika 16. Broj lokacija ljekarni na 100.000 stanovnika. Jedna ljekarna može imati više lokacija unutar pojedine županije i izvan nje. Izvor: registar ustanova Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

3.5.6 Zaštita i liječenje zubi

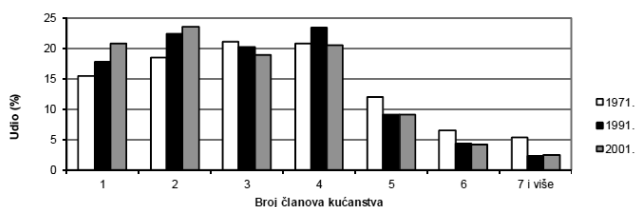
U djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite, prema podacima iz godišnjih izvješća timova i ustanova, u 2010. godini radilo je ukupno 1.748 timova s ugovorom HZZO-a (Tablica 22). Ovi timovi skrbbili su o 3.890.514 osiguranika od kojih je 1.363.217 osiguranika (35%) koristilo zdravstvenu zaštitu. Uz ove timove, usluge je pružalo i 658 timova bez ugovora s HZZO-om.

Tablica 22. Djelatnost dentalne zdravstvene zaštite po županijama Hrvatske u 2010. godini – zdravstvene ustanove i ordinacije s ugovorom HZZO-a i bez ugovora s HZZO-om. Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

	Zdravstvene ustanove i ordinacije s ugovorom HZZO				Zdravstvene ustanove i ordinacije bez ugovora s HZZO	
	Ukupno timovi	Osigurani	Koristili zdravstvenu zaštitu	Prosječni broj osiguranika /timu	Ukupno timovi	Koristilo zdravstvenu zaštitu
HRVATSKA	1748	3890514	1363217	2225,69	658	275891
Grad Zagreb	400	931990	297922	2329,98	188	61234
Zagrebačka	117	268088	87762	2291,35	33	25595
Krapinsko-zagorska	56	140988	46993	2517,64	11	1202
Sisačko-moslavačka	83	188192	62774	2267,37	3	2031
Karlovačka	68	139942	46074	2057,97	5	1478
Varaždinska	64	148698	55736	2323,41	26	20885
Koprivničko-križevačka	35	82736	31468	2363,89	10	9605
Bjelovarsko-bilogorska	58	136140	43371	2347,24	5	-
Primorsko-goranska	128	232496	91765	1816,38	99	33922
Ličko-senjska	21	42005	11722	2000,24	1	753
Virovitičko-podravska	31	75235	29037	2426,94	5	3287
Požeško-slavonska	26	68889	22294	2649,58	4	1659
Brodsko-posavska	53	132150	42567	2493,40	8	5829
Zadarska	80	146366	67749	1829,58	48	14068
Osječko-baranjska	92	220619	76442	2398,03	30	22628
Sibensko-kninska	54	92869	40100	1719,80	18	9065
Vukovarsko-srijemska	70	172849	64194	2469,27	5	1682
Šplitsko-dalmatinska	109	219726	85513	2015,83	19	11955
Istarska	95	217881	71400	2293,48	105	40530
Dubrovačko-neretvanska	59	120276	48628	2038,58	31	7122
Medimurska	49	112379	39706	2293,45	4	1361

3.5.7 Zaštita zdravlja starijih osoba

Ubrzano starenje stanovništva, povećanje udjela samačkih i dvočlanih kućanstava (Slika 17) te velike ekonomske migracije stanovništva potaknuli su razvoj pristupa što dužeg ostanka starijih u vlastitom domu pa se pojavila i potreba razvoja izvaninstitucionalnih oblika skrbi za starije.



Slika 17. Kućanstva prema broju članova, prema popisnim godinama. Izvor podataka: Statistički ljetopis 2011., Državni zavod za statistiku.

Nacionalni i županijski Centri za gerontologiju djeluju pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo, grada Zagreba i Hrvatske. Gerontološko-javnozdravstvena zaštita bavi se utvrđivanjem, praćenjem i proučavanjem te izvješćivanjem i evaluacijom zdravstvenih potreba i funkcionalne nesposobljenosti starijih osoba za svoje županijsko područje djelovanja i područje Zagreba s populacijskim obuhvatom od 30 000 osoba starijih od 65 godina. Gerontološko-javnozdravstveni tim čine sljedeći izvršitelji: jedan doktor spec. javnog zdravstva/epidemiologije doeduciran iz gerontologije, jedan stručni suradnik (VSS) te suradnik (SSS). Centri za gerontologiju provode i trajnu, sustavnu izobrazbu iz gerontologije i gerijatrije te gerijatrijske zdravstvene njege za sve zdravstvene djelatnike koji rade u zaštiti zdravlja starijih osoba.

Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Andrija Štampar je Referentni centar Ministarstva zdravlja za zaštitu zdravlja starijih osoba i vodi Registar zdravstvenih potreba i funkcionalne nesposobljenosti starijih ljudi po županijama Hrvatske i Grada Zagreba s Podregistrom hrvatskih stogodišnjaka te Podregistrom za oboljele od Alzheimerove bolesti i psihičkih poremećaja u starijih.

Osim Centara za gerontologiju, u Hrvatskoj postoje i Gerontološki centri kao multifunkcijski centri neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi starijih osoba u lokalnoj zajednici. Osnovni cilj djelatnosti Gerontoloških centara je zadržati stariju osobu što je duže moguće u njegovu prebivalištu uz obitelj. Gerontološki centri i dnevni boravci mogu, ali i ne moraju lokacijski biti povezani s domovima za starije osobe. U Gerontološkim centrima se provode Programi preventivnih pregleda primarne prevencije za starije, trajne tjelesne, psihičke i okupacijsko-rekreacijske radne aktivnosti za starije, fizikalne terapije, zdravstvenog, psihološkog i pravnog savjetovanje, dnevnog boravka, njege i pomoći u kući i dostave obroka te posudionice ortopedskih pomagala i raznih usluga gerontoservisa. U Hrvatskoj djeluje ukupno 79 Gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi za starije s dnevnim boravcima za starije, a u Zagrebu, gdje je i najveći broj starijih, ima ih ukupno 12. U okviru djelatnosti Gerontoloških centara je i razvoj dnevnih boravaka za starije osobe koji su se pokazali važnima u socijalnoj skrbi za starije u ruralnim hrvatskim domaćinstvima. Nadležno ministarstvo od 2004. godine osigurava programe za promicanje kvalitete života starijih kroz programe »Dnevni boravak i pomoći u kući starijim osobama« i »Pomoć u kući starijim osobama« po županijama Hrvatske. Trenutno je u provedbi ukupno 91 Program međugeneracijske solidarnosti, od čega 58 Programa »Pomoć u kući starijim osobama« i 33 Programa »Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama«. Programima je obuhvaćeno ukupno 15.550 starijih osoba u 19 županija u Republici Hrvatskoj (podaci iz listopada 2011.).

Razvojem izvaninstitucijske skrbi, Gerontoloških centara, dnevnih boravaka za starije, postojeću pasivnost i socijalnu izoliranost (osamljenost) starijih osoba moguće je suprotstaviti zdravom aktivnom i produktivnom starenju starijeg pučanstva Grada Zagreba. Unapređenje djelatnosti gerontoloških centara na razini primarne prevencije u zaštiti zdravlja starijih osoba ostvaruje se i djelatnošću gerontoservisa kojim se reaktivira uloga i iskustveni potencijal starije osobe. Gerontoservis kao dio djelatnosti gerontoloških centara time postaje i promicatelj aktivnog zdravog starenja gdje starija osoba svojom produktivnom ulogom i dalje doprinosi i koristi razvoju zajednice u kojoj živi. Konkretni primjer jedne od djelatnosti gerontoservisa je i osiguranje zamjenske bake i djede – geročuvalice, u slučajevima kada pravi bake i djedovi nisu u mogućnosti pomagati svojoj djeci, mladim roditeljima u čuvanju i brizi o djeci. Na taj način gerontoservis, osim reaktivacije starijih osoba, u određenoj mjeri

može pružiti i sigurnost mlađim članovima obitelji u ostvarivanju demografskog obiteljskog razvoja i rasta.

3.5.8 Zaštita zdravlja hrvatskih branitelja

Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji propisuje da hrvatski branitelj iz Domovinskog rata pravo na zdravstvenu zaštitu i druga prava iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja ostvaruju na način i prema uvjetima utvrđenim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i propisima donesenim na temelju toga Zakona.

Od sudjelovanja u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite (participaciji) oslobođeni su članovi obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, članovi obitelji zatočenoga ili nestalog hrvatskog branitelja iz Domovinskog rata, hrvatski ratni vojni invalidi (HRVI) iz Domovinskog rata i hrvatski branitelji iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%.

Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata kojemu je rana, ozljeda, bolest, pogoršanje bolesti, odnosno pojava bolesti neposredna posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu ima pravo na potpunu medicinsku rehabilitaciju, pravo na sva potrebna ortopedska i druga pomagala, lijekove i liječenje bez naknade (participacije) te pravo prvenstva na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu s pratećom druge osobe ako mu je potrebno takvo liječenje koje se ne može obaviti u Republici Hrvatskoj.

Zakonom o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji propisani su uvjeti pod kojim hrvatski ratni vojni invalidi s tjelesnim oštećenjem organizma temeljem kojeg im je priznat status HRVI iz Domovinskog rata, ostvaruju pravo na medicinsku, odnosno fizikalnu rehabilitaciju na koju se upućuju s ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja, ublažavanja posljedica i sprječavanja pogoršanja funkcionalnog oštećenja organizma te podizanja cjelokupne neovisnosti u svakodnevnim aktivnostima. U 2011. godini medicinsku rehabilitaciju koristilo je 80 HRVI-a. U razdoblju od 2005. do 2011. godine pravo na medicinsku rehabilitaciju ostvarilo je ukupno 811 HRVI-a. Tijekom 2011. godine zaprimljena su 104 zahtjeva HRVI-a za sufinanciranje 149 ortopedskih i ostalih medicinskih pomagala. Sufinancirana je nabava 149 ortopedskih pomagala za 104 HRVI-a iz Domovinskog rata.

Za hrvatske ratne vojnike invalide iz Domovinskog rata I. skupine – invalidi sa 100% oštećenja organizma, koji su s obzirom na vrstu i težinu oštećenja potpuno nesposobni za obavljanje svih životnih potreba i kojima je potrebna neprekidna njega i pomoć druge osobe, zakonski je propisana mogućnost korištenja usluge osobe za pružanje njege i pomoći. Osoba koja pruža njegu i pomoć ima pravo na naknadu plaće koju isplaćuje Ministarstvo branitelja. Trenutno je 441 osoba u statusu njegovatelja, a hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata s 100% oštećenja organizma I. skupine je 485.

Ministarstvo branitelja provodi Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata koji je usvojen Zaključkom Vlade Republike Hrvatske iz 2005. godine. Program se provodi na području cijele Republike Hrvatske putem organizirane, stupnjevite i kontinuirane psihosocijalne pomoći na tri razine: županijskoj, regionalnoj i nacionalnoj.

U okviru Nacionalnog programa psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata postoji posebna skrb za branitelje s posljedicama ratne psihotraume. Skrb se pruža kroz rad Regionalnih centara za psihotraumu i Centra za krizna stanja. Unutar klinika za psihijatriju, Regionalni centri imaju status odjela. Primarno se bave psihopatološkim posljedicama rata i

ratnim psihotraumama, kao i svim fenomenima koji se manifestiraju u vezi s takvim posljedicama.

U Regionalne centre za psihotraumu uglavnom se javljaju branitelji koji prvi puta dolaze zbog višegodišnjih smetnji, zatim branitelji koji se niz godina liječe zbog psihičkih smetnji, a koji i dalje trebaju liječenje bilo medikamentno, bilo u okviru nekog od socioterapijskih programa te članovi obitelji branitelja s posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP), a koji i sami trpe zbog višegodišnjih obiteljskih problema.

Za skupinu branitelja koji se prvi puta javljaju, provodi se dijagnostika (psihologijski testovi, strukturirani klinički intervjui). Nakon dijagnostičkog probira, dio njih se uključuje u »intenzivne trauma ciljane programe« u sklopu dnevnoambulantnog programa. Program se sastoji od socioterapijskih grupa, edukativnih i trauma skupina. Također, u sklopu intenzivnog dnevnoambulantnog liječenja organizira se grupni rad sa suprugama, a prema potrebi provodi i partnerska terapija.

Tijekom 2011. godine Regionalni centri za psihotraumu i Centar za krizna stanja pružili su ukupno 225.974 intervencija za 59.642 korisnika.

U tijeku je izrada novog Nacionalnog programa koji će biti prilagođen novim potrebama braniteljske populacije te rezultatima studije o pobolu i smrtnosti hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji.

Uz Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata te zakonski utvrđenog prava na medicinsku rehabilitaciju i ortopedska pomagala, Ministarstvo branitelja je u okviru zdravstvene skrbi omogućilo provedbu sistematskih pregleda u okviru Programa za poboljšanje kvalitete življenja u obiteljima smrtno stradalih hrvatskih branitelja, hrvatskih ratnih vojnih invalida i hrvatskih branitelja oboljelih od PTSP-a.

Ministarstvo branitelja također omogućuje liječenje u hiperbaričnoj komori sukladno Sporazumu o suradnji u Programu liječenja hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata 100% I skupine u hiperbaričnoj komori, sklopljenom između Ministarstva branitelja, Ministarstva obrane i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

3.5.9 Palijativna skrb

U Hrvatskoj se još uvijek sustavno ne prikupljaju podaci o provođenju palijativne skrbi, o potrebama i problemima. Činjenice govore da u Hrvatskoj još uvijek ne postoji sustav palijativne skrbi i tek su u nekoliko ustanova osnovani i otpočeli s radom pojedini oblici i dijelovi sustava palijativne skrbi, za što postoji velika potreba. U posljednjih pet godina smanjuje se broj umrlih kod kuće i povećava se broj umrlih u bolnicama i ustanovama za smještaj. Najveće povećanje udjela sa 6% u 2005. na 10% u 2010. odnosi se na ustanove za smještaj. Oko 40% umrlih umire izvan bolnica. Riječ je o više od 21.000 umrlih, od kojih nekoliko tisuća ljudi pogine ili umre izvan kuće, odnosno u nekoj socijalnoj ustanovi ili ustanovi za smještaj starih i nemoćnih, ali nedvojbeno, više od 30% od svih umrlih, odnosno više od 15.000 ljudi umire kod svoje kuće.

Izmjenom Mreže javne zdravstvene službe 12. rujna i 26. rujna 2011. godine, unutar bolničkih djelatnosti uz postelje za liječenje bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti, predviđene su i postelje za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb. Trenutno se u Mreži javne zdravstvene službe nalazi 608 postelja za dugotrajno liječenje i 185 postelja u djelatnosti palijativne skrbi (Tablica 23).

Tablica 23. Broj postelja za dugotrajno liječenje i za palijativnu skrb u Mreži javne zdravstvene službe.

Tip ustanove	Ustanova	Dugotrajno liječenje (br. postelja)	Palijativna skrb (br. postelja)
Opće bolnice (OB)	OB Sisak	25	8
	OB Knin	80	36
	OB Ogulin	15	5
	OB Dubrovnik	-	30
	OB Pakrac	-	34
Specijalne bolnice	Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof	263	37
	Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa	145	15
	Specijalna bolnica za ortopediju Biograd na moru	50	10
	Psihijatrijska bolnica »Sveti Rafael« Strmac	30	10

3.5.10 Transplantacijska medicina

Presadivanje organa i tkiva danas je standardna i najbolja metoda liječenja u slučaju nepovratnog zatajenja funkcije bubrega, a kod bolesnika s nepovratnim oštećenjem jetre, srca i pluća, transplantacija predstavlja ujedno i jedini učinkovit način njihova liječenja. Uspješno presađivanje organa, i kada nije od vitalnog značenja, doprinosi značajnom poboljšanju kvalitete života primatelja. Najveći udio organa za transplantacijsko liječenje na raspolaganju je od kadaveričnih donora, u najvećem dijelu od moždano preminulih bolesnika s kucajućim srcem (prema engl. Donor Brain Death-DBD) te značajno manjim dijelom od umrlih nakon prestanka rada srca (prema engl. Donor Cardiac Death-DCD). Nažalost, brzo rastući broj bolesnika na listama čekanja za presađivanje ne prati dostatan broj organa raspoloživih za njihovo transplantacijsko liječenje te se procjenjuje da u Europi godišnje umire najmanje jedan od deset bolesnika na listama čekanja. Nedovoljan broj organa za transplantacijsko liječenje prepoznat je na globalnoj razini, u svim zemljama svijeta pa tako i zemljama Europske Unije (EU) kao značajan nacionalni javnozdravstveni problem. Svjetska zdravstvena organizacija usvojila je 2010. godine Madridsku rezoluciju kojom se naglašava uloga i odgovornost zdravstvenih sustava svih zemalja u zadovoljenju potreba vlastitih pacijenata u pogledu presađivanja organa. Pritom se poštuje načelo samodostatnosti organa i dostupnosti transplantacijskih usluga unutar nacionalnih okvira i vlastitih resursa kako bi se na globalnoj razini prevenirali svi oblici komercijalizacije i zlouporabe u području darivanja i presađivanja organa, u kojima su ugrožene najvulnerabilnije skupine stanovništva (socijalno ugroženi).

S ciljem unapređenja transplantacijskog liječenja i osiguranja samodostatnosti organa namijenjenih za transplantaciju na razini EU-a, 2010. godine usvojena je Direktiva 2010 /53/EU kojom se propisuju standardi kvalitete i sigurnosti organa za presađivanje te je donesen Akcijski plan o darivanju i presađivanju organa od 2011. do 2016. godine na razini EU-a.

Od 2004. do 2011. godine ostvareno je višestruko povećanje ukupnog broja darivatelja organa te broja transplantacija organa, kao i pojedinačnog broja transplantacija bubrega, jetre i srca. Ukupan broj transplantiranih organa u razdoblju od 2004. do kraja 2011. godine povećan je za 205%. Hrvatska je danas prema stopi realiziranih darivatelja prva u svijetu i najuspješnija članica Eurotransplanta te vodeća po broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika. Prema broju transplantacija srca te ukupnom broju tran-

plantiranih organa na milijun stanovnika zauzima također jedno od vodećih mjesta u svijetu (u 2010. godini druga u svijetu po broju transplantacija srca na milijun stanovnika te treća u svijetu po broju ukupno transplantiranih organa na milijun stanovnika).

Ukupna lista čekanja na presađivanje organa u razdoblju od 2007. do 2011. godine smanjena je za 36%. Medijan vremena čekanja na presađivanje bubrega u tom razdoblju smanjen je s 48 mjeseci na 24 mjeseca.

Daljnji razvoj transplantacijske medicine ima za cilj osigurati i ujednačiti standarde kvalitete i sigurnosti transplantacijskih usluga; osigurati održivosti ili povećanje broja darivatelja organa; razvijati tkivno bankarstvo, istraživanje i usvajanje novih tehnologija i metoda transplantacijskog liječenja; jačati regionalnu i međunarodnu ulogu hrvatske transplantacijske medicine, eventualno kroz osnivanje kolaborativnog centra Svjetske zdravstvene organizacije.

3.5.11 Zaštita zdravlja pripadnika Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske i upravljanje kriznim stanjima

3.5.11.1 Zaštita zdravlja pripadnika Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske

Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje da zdravstvenu djelatnost obavljaju ustrojbene jedinice Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske u skladu s posebnim propisima.

Pravo na zdravstvenu zaštitu pripadnika Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske propisano je važećim civilnim i vojnim zakonskim propisima iz područja zdravstva na osnovi kojih je donesen Pravilnik o postupku i ovlastima u postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i prava na zdravstveno osiguranje pripadnika Oružanih snaga. U tome Pravilniku propisano je da pripadnici Oružanih snaga Republike Hrvatske prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju u skladu s propisima koji uređuju sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, kao i dopunsko zdravstveno osiguranje u skladu s propisima kojima je uređen sustav dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. To znači da se obvezno i dopunsko zdravstveno osiguranje pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske provodi preko Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Zdravstvena zaštita se pripadnicima Oružanih snaga osigurava zdravstvenim kapacitetima Oružanih snaga na primarnoj razini (opća medicina, dentalna zdravstvena zaštita, higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita, medicina rada) i na sekundarnoj razini (specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita i usluge hiperbarične oksigenoterapije). Zdravstvena zaštita na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, te na razini zdravstvenih zavoda, koja nije osigurana kapacitetima Oružanih snaga, pripadnicima Oružanih snaga osigurava se u okviru javne zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj.

Zdravstvena zaštita pripadnika Oružanih snaga provodi se kroz sustav zdravstvene potpore kao dio cjelovitog sustava potpore Oružanih snaga, a pruža se u stacionarnim i terenskim uvjetima. U stacionarnim uvjetima zdravstvena potpora obuhvaća aktivnosti iz područja zdravstvene zaštite u cilju održavanja svakodnevnog života i rada u vojnim objektima na području Republike Hrvatske. U terenskim uvjetima zdravstvena potpora obuhvaća aktivnosti iz područja zdravstvene zaštite tijekom provođenja zadaća Oružanih snaga unutar i izvan područja Republike Hrvatske.

Ustrojstvene jedinice Ministarstva obrane i Oružanih snaga nadležne za poslove zdravstva planiraju, organiziraju, provode i nadziru provedbu mjera zdravstvene zaštite i obavljaju poslove iz sljedećih područja zdravstvene djelatnosti:

- praćenje zdravstvenog stanja pripadnika Oružanih snaga i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje njihova zdravlja
- sprečavanje, otkrivanje i liječenje bolesti,
- savjetovanje, zdravstveno prosvječivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unapređenja,
- sprečavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zuba i usta s rehabilitacijom,
- praćenje i poboljšanje mentalnog zdravlja,
- epidemiološko praćenje, sprečavanje i suzbijanje zaraznih i kroničnih masovnih bolesti uključujući bolesti ovisnosti,
- opskrba lijekovima i medicinskim proizvodima,
- pružanje prve medicinske pomoći, hitnih intervencija i transporta,
- zdravstveno-statistička i druga socijalno-medicinska djelatnost,
- zdravstvena ekologija,
- zdravstvena zaštita u terenskim uvjetima,
- zdravstvena zaštita u mirovnim operacijama, misijama i drugim aktivnostima u inozemstvu,
- zdravstvena zaštita u slučaju pojave kriznog stanja na području Republike Hrvatske,
- medicina rada (preventivni pregledi),
- specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita,
- znanstveno-istraživačka djelatnost.

Suradnja Ministarstva obrane i Ministarstva zdravlja na području vojnog zdravstva je uspješna, a uređena je Sporazumom o međusobnoj suradnji Ministarstva obrane i Ministarstva zdravlja. Na temelju navedenog sporazuma zaključen je i Sporazum o suradnji u provedbi hitnog zračnog medicinskog prijevoza u svrhu pružanja zdravstvene zaštite na području Republike Hrvatske, a planira se i sporazumno uređivanje odnosa na ostalim područjima od zajedničkog interesa.

3.5.11.2 Upravljanje kriznim stanjima

Incident velikih razmjera ili krizno stanje je bilo koji događaj koji predstavlja ozbiljnu prijetnju zdravlju zajednice, uzrokuje prekid pružanja usluga ili uzrokuje, ili može uzrokovati, žrtve u takvom broju ili tipu koje zahtijevaju primjenu posebnih postupaka u tri prostora akcije: na mjestu štetnog događaja, prostoru prijevoza i mjestu bolničkog zbrinjavanja.

Ako je štetni događaj izazvao 7 ili više smrtnih slučajeva, ili je njime pogođeno 50 ili više ljudi, proglašava se većim incidentom ili kriznim stanjem. Ako je broj smrtnih slučajeva 10 ili više, ili je pogođeno više od 100 ljudi, slijedi objava izvanrednog stanja, upisuje se u bazu podataka EM-DAT (www.emdat.be/database) te se može uputiti poziv za međunarodnu pomoć.

Krizna stanja u zdravstvu odnose se na prijetnje zdravlju povezane s novim ili novonastalim bolestima, slučajnim oslobađanjem ili namjernim korištenjem bioloških, kemijskih ili radio-nuklearnih sredstava, prirodnim katastrofama, katastrofama, uzrokovanim ljudskim djelovanjem, složenim hitnim slučajevima, sukobima i drugim događajima s mogućim katastrofalnim učincima na ljudsko zdravlje. U kriznoj situaciji postoji opasnost da zdravstveni sustav podbaci ili

da je u tolikoj mjeri preplavljen rastućim brojem zahtjeva za uslugama da prestaje biti u mogućnosti zadovoljiti ključne zdravstvene potrebe stanovništva.

Integrirani sustav medicine kriznih stanja u Republici Hrvatskoj ima za cilj povećati vjerojatnost preživljavanja u većim incidentima ili kriznim stanjima s masovnim žrtvama. Temelji se na spoznaji da postoje zajednički elementi u upravljanju reakcijama na skoro sve hitne slučajeve te da se standardiziranjem sustava upravljanja stvara veći kapacitet za postupanje u različitim kriznim situacijama.

Jedna od osnovnih značajki integriranog sustava medicine kriznih stanja je suradnja civilnih vojnih zdravstvenih vlasti koja se pokazala uspješnom i u Domovinskom ratu. Suradnja između zdravstvene zaštite Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske, te civilne zdravstvene službe je dobra, što je vidljivo iz sljedećeg:

- u većim incidentnim ili kriznim stanjima koja pogađaju civilno stanovništvo, zdravstvena zaštita civila računa na brzu i profesionalnu intervenciju mobilnih postrojbi zdravstvene zaštite vojnih postrojbi (sanitetske postrojbe Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske, helikopterske sanitetske intervencije, postrojbe za kemijsko-biološko-radiološko-nuklearnu ugrozu);
- u slučaju složenih sukoba sustav vojne zdravstvene zaštite može računati na znatnu pričuvu nacionalne zdravstvene zaštite, kao i korištenje bolničkih i drugih specijalističkih kapaciteta ako isto bude potrebno zbog broja vojnih žrtava.

Sveukupna zdravstvena mreža, prema potrebi, služi kao sanitet u situacijama ugroze za Republiku Hrvatsku. U slučaju složenih i značajnih incidenata širokih razmjera, bilo na teritoriju Republike Hrvatske ili izvan njega, vodstvo i nadzor nad raspoređivanjem resursa zdravstvene zajednice preuzima Krizni stožer Ministarstva zdravlja, djelujući putem zapovjedništva i odsjeka Kriznog stožera. Od svih organizacija zdravstvene zajednice očekuje se poštovanje uputa koje prime od Kriznog stožera u takvim okolnostima.

Članove Kriznoga stožera imenuje ministar, a ustrojstvo i način rada Kriznoga stožera uređuje se pravilnikom koji donosi ministar. U slučajevima izvanrednih okolnosti, katastrofa i epidemija većih razmjera, ministar je ovlašten poduzimati i one mjere i aktivnosti koje nisu utvrđene Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, uključivši i mjere mobilizacije, organizacije i rasporeda rada i radnog vremena, promjene mjesta i uvjeta rada pojedinih zdravstvenih ustanova i djelatnika, dok te okolnosti traju. Sukladno navedenom Pravilniku Krizni stožer sačinjavaju:

- zapovjedništvo Kriznoga stožera,
- odsjeci Kriznoga stožera,
- županijski centri za krizna stanja.

Zapovjedništvo Kriznoga stožera čine:

- predsjednik Kriznoga stožera – ministar nadležan za zdravstvo,
- zamjenik predsjednika Kriznoga stožera – zapovjednik Kriznoga stožera, zamjenik ministra,
- načelnik Kriznoga stožera,
- časnik za vezu sa zdravstvenom službom Oružanih snaga Republike Hrvatske,
- pomoćnici predsjednika Kriznoga stožera.

Po funkciji u Zapovjedništvo Kriznog stožera pripadaju Predsjednik (ministar nadležan za zdravstvo) te zapovjednik/zamjenik predsjednika (zamjenik ministra). Stožer u punom sastavu broji 50 do 60 ljudi iz raznih područja medicine. Krizni stožer ima zadatak

u složena krizna stanja uvesti jednostavne postupke odgovora koje Ministarstvu zdravlja omogućuju da:

- identificira zadaće koje se trebaju izvršiti,
- utvrdi odgovornosti za poduzimanje određenih zadaća,
- utvrdi međusobne odnose s ostalim partnerima, sektorima i disciplinama u odgovoru na krizna stanja,
- potvrdi da je zadaća izvršena,
- procijeni trenutni status planiranja pripremljenosti zdravstvenog sustava na kriznu situaciju.

Zdravstvene ustanove i organizacije dužne su štititi javnost i Oružane snage Republike Hrvatske time što imaju planiran, pripremljen i po mogućnosti uvijek odgovor na incidente i izvanredne događaje koji bi mogli utjecati na pružanje uobičajenih usluga. Zdravstveni djelatnici imaju i stručno znanje i vještine kojima mogu ublažiti patnju i pružiti zdravstvenu skrb. Međutim, bez uvježbavanja i formalne izobrazbe za djelovanje u situacijama katastrofe, nije izvjesno da će zdravstveni djelatnici u takvim situacijama adekvatno reagirati.

Razina incidenata za koje ustanove i organizacije zdravstvene zajednice moraju razviti postupke pripravnosti za izvanredne događaje su:

- razina 0 – ZELENO = u pripravnosti (pasivna pripravnost); koristi se kada se dogodila nesreća ili se pojavila prijetnja, ali još uvijek nije poznato hoće li, i u kojoj mjeri, ustanove primati žrtve;
- značajan hitni slučaj – razina 1 – ZELENO; uz rad županijskih hitnih službi, zahtijeva i uključivanje ili potporu Administrativnog područja. U takvim okolnostima Krizni stožer se uključuje vrlo malo ili se uopće ne uključuje, osim u slučajevima kada se zbog prirode hitnog slučaja pojavljuju problemi koji se najbolje rješavaju izravno pod vodstvom nadležnog odsjeka Kriznog stožera. U pravilu ne postoji stvarni ili potencijalni zahtjev za uključivanje nacionalne razine;
- ozbiljan hitni slučaj – razina 2 – ŽUTO (djelomična mobilizacija) je onaj koji ima, ili prijeti da izazove, široke i/ili produljene posljedice koje zahtijevaju trajnu koordinaciju Administrativnog područja i potporu Kriznog stožera. Potpora se daje putem telefonske ili video komunikacije ili u osobnom kontaktu. Odgovorom na takav hitni slučaj koordinira se iz sjedišta Kriznog stožera, pod vodstvom nadležnog pomoćnika zapovjednika i nadležnog odsjeka Kriznog stožera;
- katastrofalan hitni slučaj – razina 3 – CRVENO (puna mobilizacija) je onaj koji ima iznimno snažan i potencijalno širok utjecaj te zahtijeva trenutno vodstvo i potporu Kriznog stožera. Takav slučaj u potpunosti je nadležnosti Kriznog stožera pri čemu odgovarajući odsjek Kriznog stožera vodi odgovor u suradnji s mjerodavnim službama.

3.5.12 Nacionalni preventivni zdravstveni programi

Nacionalni preventivni zdravstveni programi usmjereni su na rano otkrivanje različitih bolesti i/ili rano otkrivanje komplikacija pojedinih bolesti s ciljem osiguranja veće kvalitete života pojedinca i produženja životne dobi. Ovdje su prikazani samo oni programi koji su trenutno aktivni.

3.5.12.1 Preventivne aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) na primarnoj razini zdravstvene zaštite ugovara mnoge preventivne aktivnosti u sklopu redovnih djelatnosti, a u skladu s Planom i programom

mjera zdravstvene zaštite (Tablica 24). Za školsku djecu i studente HZZO-a ugovara djelatnost koja je utvrđena za provođenje isključivo preventivne zdravstvene zaštite (djelatnost preventivno odgojnih mjera zdravstvene zaštite školske djece i studenata).

Nadalje, uz uvođenje centara opće medicine, potiče se provođenje posebnih preventivnih programa u organizaciji domova zdravlja, a u kojima su obvezni sudjelovati svi doktori ugovoreni u djelatnosti opće/obiteljske medicine, za što ih HZZO dodatno potiče plaćanjem naknade u visini od 10% ugovornih sredstava tima.

Nadalje, u 2010. godini u sklopu primarne zdravstvene zaštite uvedena je djelatnost zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti kao redovna djelatnost te je prevencija ovisnosti koja se ugovarala kao posebni program sastavni dio djelokruga rada navedene djelatnosti.

Preventivne aktivnosti kao što su aktivnosti vezane uz prevenciju kardiovaskularnih bolesti, prevenciju raka dojke, prevenciju raka maternice, cijepljenje djece prema propisanom kalendaru cijepljenja, preventivne preglede osoba iznad 50 godina i druge, u djelokrugu su rada izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece.

Tablica 24. Broj ugovorenih timova i pripadajuća sredstva za djelatnosti ugovorene sa županijskim zavodima za javno zdravstvo na primarnoj razini zdravstvene zaštite u 2011. godini. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Djelatnost	Broj timova	Godišnji iznos sredstava
Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita	112	52.290.798,87
Preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata	155	58.571.273,37
Javno zdravstvo	30	10.448.070,48
Zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti	41	18.860.979,44
UKUPNO	338	140.171.122,16

3.5.12.2 Prevencija i rano otkrivanje raka dojke

Sukladno preporukama Vijeća Europe od 2003. godine (2003/7878/EC) kako rano otkrivanje raka treba provoditi samo u okviru organiziranog probira te da se za rano otkrivanje raka dojke preporuča mamografski probir u dobi od 50 do 69 godina, ministarstvo nadležno za zdravstvo je predložilo, a Vlada RH usvojila na 173. sjednici 29. lipnja 2006. godine Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke. Program je započeo u listopadu 2006. godine i kontinuirano se provodi. Obuhvaćene su sve žene u dobi 50-69 godina, osigurane i neosigurane, a pozivaju se u ciklusima od dvije godine.

U svakom županijskom zavodu za javno zdravstvo imenovan je županijski koordinator, a za ukupnu koordinaciju nacionalni koordinator iz HJZ-a.

Cilj mamografskog skrininga je smanjiti mortalitet od raka dojke za 25% pet godina nakon početka provođenja programa. Započeo je i treći krug pozivanja žena na mamografiju.

U prvom ciklusu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke u RH koji je započeo krajem 2006. i završio sredinom 2009., uključena su godišta od 1937. do 1958., ukupno su pozvane na mamografski pregled 720.098 žena, a mamografiju je obavilo 331.609 žena. Udio pozvanih od planiranih žena iznosi visokih 99%, a ukupni odaziv razlikuje se prema županijama te ukupno za Hrvatsku

iznosi 64%. Broj sumnjivih mamografskih nalaza u prvom ciklusu je 3431, a potvrđena su 1602 karcinoma dojke.

U drugom ciklusu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke u RH koji je započeo krajem 2009. i završava krajem 2011., uključena su godišta od 1940. do 1960., do sada je na mamografski pregled pozvano 655.610 žena, a mamografiju je obavilo 286.518 žena. Udio pozvanih od planiranih iznosi 98%, a ukupni odaziv za Hrvatsku iznosi 54%. Broj sumnjivih mamografskih nalaza u drugom ciklusu je 2177, a do sada je potvrđen 631 novootkriveni karcinom. Rezultati drugog kruga nisu konačni te se očekuje bolji konačni rezultat od trenutnog. U prosincu 2011. godine započeo je treći krug pozivanja žena.

3.5.12.3 Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva

Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva donesen Zaključkom Vlade Republike Hrvatske 4. listopada 2007. godine, započeo je u koncem listopada 2007. godine. Program je namijenjen osobama u dobi 50-74 godina bez simptoma bolesti s prosječnim rizikom nastanka raka debelog crijeva. Svi građani imaju jednaku mogućnost sudjelovanja u programu probira, uključujući i socijalno najugroženije. Provedba Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva između ostalog uključuje provedbu procedura nabave za testova na nevidljivo krvarenje u stolici, tiskanje brošure i ankete te adresiranje i kompletiranje materijala (tiskani materijal, testovi na nevidljivo krvarenje u stolici i kuverte za povrat testova i ankete) te isporuku predmetnih kompleta putem pošte na adrese korisnika po unaprijed utvrđenim godištim. Prvi pozivi za testiranje na nevidljivo krvarenje u stolici u sklopu Nacionalnog programa rane dijagnostike karcinoma debelog crijeva odaslani su početkom 2008. godine. Do sada je ukupno odaslano 1.056.694 poziva osobama rođenim u razdoblju od 1933.-1945. i 1952.-1957. godine. Do sada je zavodima vraćeno 209.763 omotnica s ispunjenom anketom, a 180.553 osoba je poslalo i ispravno nanesen uzorak stolice na test. Od toga je 12.823 ili 7.1% pozitivnih testova i do sada kolonoskopirano 8.472 osoba. Rak debelog crijeva dijagnosticiran je kod 472 osobe kod koje je odmah započeto liječenje. Značajno je da je u čak 3303 (38%) osoba uklonjen jedan ili više polipa čime se djelovalo preventivno na sprječavanje nastanka karcinoma. Odziv građana i uspješnost programa mogao bi se poboljšati izravnijim uključivanjem liječnika primarne zdravstvene zaštite u taj program.

3.5.12.4 Nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice

Usvajanjem Rezolucije o zloćudnim tumorima, Republika Hrvatska se priključila brojnim aktivnostima i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije i Europske unije koje se poduzimaju u borbi protiv zloćudnih bolesti. Cilj Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice je upravo usmjeren ka održavanju zdravlja žena, smanjenju rizika, ranom otkrivanju raka vrata maternice i poboljšanju kvalitete života ciljne populacije žena u dobnoj skupini 25-64 godina i to: obuhvatom 85% ciljne populacije žene tijekom tri godine od početka programa; smanjenje pojavnosti raka vrata maternice za 60%-70% osam godina od početka programa i smanjenjem mortaliteta od raka vrata maternice za 80% 13 godina od početka programa.

3.5.12.5 Program obveznog cijepljenja u Republici Hrvatskoj

Program obveznog cijepljenja, koji Služba za epidemiologiju Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo predlaže ministru zdravlja, a uključuje cijepljenje protiv difterije, tetanusa, hripavca, dječje parali-

ze, ospica, zaušnjaka, rubeole, tuberkuloze, hepatitisa B i bolesti izazvanih s *Haemophilus influenzae* tip b, za sve je obveznike besplatna. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje snosi troškove za cjepiva i cijepljenja koja su propisana ovim Programom. Obvezni program cijepljenja potisnuo je bolesti protiv kojih se cijepi na sporadične slučajeve i izuzetno niske brojeve, a nekih bolesti, zahvaljujući masovnom cijepljenju više nema u Hrvatskoj (difterija i poliomijelitis, tetanus kod djece). Redukcija pobola od bolesti protiv kojih se cijepi iznosi 97-99,9%, za razliku od razdoblja prije uvođenja masovnog cijepljenja. Program obveznog cijepljenja je podizanjem kolektivnog imuniteta u Hrvatskoj eliminirao teške bolesti s visokim letalitetom, kao što su difterija i poliomijelitis (100% redukcija pobola). Prema ovim rezultatima, Program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj je naj-uspješniji medicinski zahvat u zemlji.

3.5.12.6 Hrvatski nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a

U 2011. godini Vlada Republike Hrvatske donijela je novi Hrvatski nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a 2011. – 2015. Programom prevencije HIV/AIDS-a obuhvaćena je izborazba srednjoškolske populacije, rad centara za dobrovoljno, besplatno, savjetovanje i testiranje, rad s rizičnim skupinama, psihosocijalna podrška HIV pozitivnim osobama i novi model praćenja podataka. U Hrvatskoj se posljednjih 10 godina prosječno registrira 15 oboljelih od AIDS-a, što Hrvatsku uvrštava u zemlje s niskom razinom učestalosti te bolesti (godišnji broj novooboljelih od AIDS-a kreće se u vrijednostima manjim od 4 na milijun stanovnika), zahvaljujući intenzivnim, kontinuiranim i sustavnim mjerama. Prevalencija zaraze HIV-om u Republici Hrvatskoj i dalje je prilično niska i stabilna. Prema podacima Registra za AIDS, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u proteklih 25 godina u Hrvatskoj je registrirano 921 osoba s HIV infekcijom, od koji je 345 razvilo AIDS bolest, a preminulo je 177 osoba. Kao dobre primjere naše prakse izdvajamo kvalitetan sustav liječenja, programe podijele igala i štrcaljki koji se provode još od 1996. godine, pokretanje 10 centara za anonimno, besplatno, dobrovoljno savjetovanje i testiranje na HIV kao i rad centra psihosocijalne podrške osobama koje žive s HIV-om. Uspješna suradnja nevladinog i javnozdravstvenog sustava očituje se prvenstveno u promoviranju testiranja na HIV, destigmatizacije te upućivanju korisnika u sustav liječenja. Prosjek izdvajanja za programe suzbijanja HIV infekcije kroz posljednje tri godine iz svih izvora financiranja iznosi 47.900.000,00 kuna.

3.5.12.7 Nacionalni program za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike

Sukladno odrednicama Nacionalnog programa za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike za razdoblje od 2009. – 2014. godine, koji je donesen Zaključkom Vlade na sjednici 24. prosinca 2008. godine, tri su ključna elementa programa: nadzor, razumna uporaba antibiotika i kontrola infekcija. Cilj je reducirati nepotrebnu ekspoziciju mikroorganizama antimikrobnim sredstvima, sačuvati učinkovitost antimikrobnih lijekova u liječenju i prevenciji bakterijskih infekcija te minimizirati morbiditet i mortalitet od infekcija rezistentnih na antibiotike. Izrađene su smjernice o grlobolji, infekcijama mokraćnog sustava, MRSA infekciji i kirurškoj profilaksi. Zabilježen je trend smanjenja potrošnje antibiotika. Problem bakterijske rezistencije i borba protiv otpornosti bakterija na antibiotike zahtjeva dugoročni multidisciplinarni i multisektorski pristup te pažnju svih stručnjaka koji se bave primjenom antibiotika.

Zaduženi nositelji za provedbu mjera Nacionalnog programa (Referentni centar za praćenje antimikrobne rezistencije Ministarstva zdravlja, Odbor za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Ministarstvo poljoprivrede, te Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta) dostavljaju Ministarstvu zdravlja, kao koordinatoru provedbe ovoga Nacionalnog programa, izvješće o provedenim mjerama iz svoje nadležnosti, temeljem kojih se izrađuje Izvješće za Vladu RH.

Objedinjeno Izvješće daje prikaz provedenih aktivnosti i ostvarenja ciljeva Nacionalnog programa za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike koji su usmjereni na zaštitu zdravlja i dobrobit hrvatskog stanovništva osiguravanjem racionalne uporabe antibiotika u humanoj i veterinarskoj medicini te kvalitetne zdravstvene skrbi na svim razinama zdravstvene zaštite. Programi kontrole širenja otpornosti bakterija na antibiotike u humanoj i veterinarskoj medicini tijekom 2009. i 2010. godine bili su usmjereni osnovnom cilju smanjenja ili stagniranja stopa otpornosti bakterija na antibiotike.

Kako bi se sačuvala učinkovitost postojećih antibiotika u liječenju bakterijskih infekcija i smanjio morbiditet i mortalitet nastao zbog infekcija uzrokovanih multiplo rezistentnim mikroorganizmima, pratila se potrošnja antibiotika i tijekom 2009. i 2010. godine nastavio se trend smanjenja potrošnje antibiotika te je zabilježen pad potrošnje antibiotika.

Izborazba zdravstvenih djelatnika u racionalnom propisivanju antibiotika i aktivnom uključivanju u sprečavanje širenja multiplo rezistentnih sojeva provodila se putem jednodnevnih simpozija u Zagrebu, Opatiji, Koprivnici i Čakovcu u cilju unapređenja zdravstvene zaštite i senzibiliziranja zdravstvenih djelatnika o problemu otpornosti bakterija na antibiotike.

Javna kampanja i upoznavanje zdravstvenih djelatnika s posljedicama neobuzdane potrošnje antibiotika, s obzirom da se više od 90% antibiotika potroši izvan bolnica, najčešće bespotrebno, provodila se obilježavanjem Europskog dana svjesnosti o antibioticima 18. studenog 2010. godine, organiziranjem jednodnevnog simpozija i distribucijom edukativnih letaka i postera u ljekarne i zdravstvene ustanove koje je ponudio Europski centar za kontrolu bolesti (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC).

Za provedbu navedenih aktivnosti u području humane i veterinarske medicine uključujući i znanstveno-istraživačke projekte sukladno Nacionalnom programu za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike tijekom 2009. godine iz svih izvora Državnog proračuna utrošeno je ukupno 1.756.805,49 kuna, a tijekom 2010. godine 1.676.438,76 kuna, u 2011. godini za ovaj program ministarstvo nadležno za zdravlje izdvojilo je 328.200,00 kuna.

3.5.12.8 Nacionalni plan pripremljenosti za pandemiju gripe

U skladu sa preporukama SZO-a izrađen je Nacionalni plan pripremljenosti za pandemiju gripe koji je usvojila Vlada RH u listopadu 2005. godine. Neki njegovi dijelovi kao npr. sustav ranog uočavanja pojave gripe, laboratoriji sposobni identificirati virus gripe, sustav kriznih stožera, već su u funkciji i usko surađuju s Centrom za kontrolu i prevenciju bolesti (ECDC) u Stockholmu. Nacionalni laboratorij za influencu u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, suradna je ustanova SZO-a i dio europske mreže Nacionalnih laboratorija te niz godina postoji komunikacija na razini Europe i svijeta (FluNet sustav informiranja) i u izravnoj je komunikaciji s Referentnim centrom za influencu u Londonu koji potvrđuje naše sojeve gripe i opskrbljuje Nacionalni laboratorij s dijelom nužne dijagnostike (uključivo i za ptičju gripu). Pohrana lijekova i rezerva-

cija cjepiva za pandemijsku gripu, osigurava se u suradnji s Vladom Republike Hrvatske.

3.5.12.9 Suzbijanje tuberkuloze i TBC laboratorij na potrebnoj razini biozaštite

Pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo uređen je prostor i nabavljena nova oprema za laboratorij za tuberkulozu na potrebnoj razini biozaštite sukladno preporuci Europskog centra za kontrolu bolesti. Ukupno je za ove potrebe tijekom 2010. i 2011. godine izdvojeno 4.500.000,00 kuna. Prema ocijeni Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo Republika Hrvatska se na području zaraznih bolesti posve izjednačila s razvijenim zemljama Europe i svijeta. U ovakvu se procjenu već može uključiti i tuberkuloza koja je u postupnom povlačenju s do sada najnižom stopom od 19,3 na 100.000 stanovnika. Nužno je i nadalje intenzivno raditi na provođenju javnozdravstvenog programa suzbijanja tuberkuloze.

Naputak za suzbijanje i sprječavanje tuberkuloze, sa standardima koji se nalaze u temeljima ministarske Deklaracije o tuberkulozi, objavljen je u Narodnim novinama. Naputak je namijenjen svim liječnicima i medicinskim djelatnicima koji sudjeluju u provođenju mjera za suzbijanje i sprečavanje tuberkuloze i obvezuje ih da ga se pridržavaju.

3.5.12.10 Prevencija i liječenje ovisnosti i zaštita mentalnog zdravlja u županijskim zavodima za javno zdravstvo

Mrežom javne zdravstvene službe iz 2009. utvrđena je mreža timova za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u zavodima za javno zdravstvo županija/ grada Zagreba.

U 2010. godini Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je osigurao sredstva za djelatnosti Službi u iznosu od 18.876.037,69 kuna i ugovorio 41 postojeći tim pri županijskim zavodima za javno zdravstvo, a Ministarstvo zdravlja je sa Županijskim zavodima ugovorilo sufinanciranje djelatnosti prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti u iznosu od 8.393.000,00 kn (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u potpunosti snosi dio troškova Službi u dijelu koji se odnosi na djelatnost zaštite mentalnog zdravlja).

U sredinama s većim kadrovskim i financijskim mogućnostima razvijaju se i dodatne usluge u praćenju rane interakcije roditelja i djece, zaštiti mentalnog zdravlja pri domovima zdravlja te zaštite mentalnog zdravlja djece žrtava nasilja (Dom zdravlja Zagreb zapad, Specijalizirane Poliklinike u Zagrebu i Splitu).

U skladu sa suvremenim međunarodnim i nacionalnim stavovima, optimalna zaštita osoba s duševnim poremećajima postiže se uravnoteženim sustavom koji uključuje bolničke i izvanbolničke usluge. Daljnje izazove skrbi u zajednici predstavljaju i druge institucije kao što su domovi za starije osobe, domovi za nebrinutu djecu te kaznene institucije. Specijalizirane bolnice i klinike imaju veliko stručno iskustvo i predstavljaju mogući izvor stručnjaka koji nedostaju u zajednici, zavodi za javno zdravstvo imaju dugogodišnju tradiciju u promociji i prevenciji, dok domovi zdravlja imaju najbolju dostupnost i predstavljaju dobar izbor za ranu dijagnostiku, liječenje i rehabilitacijske programe.

U svrhu uspostave smjernica za zajedničko djelovanje na unapređenju postojećih uspješnih mjera i razvoju novih načina zaštite mentalnog zdravlja, kako bi se smanjila pojava duševnih poremećaja, povećala ujednačena dostupnost kvalitetnog i pravovremenog liječenja, rehabilitacije i društvenog uključivanja osoba s duševnim poremećajima, jačajući i njihovu ulogu u odlučivanju u navedenim

procesima, a s ciljem povećanja osobnog zadovoljstva i zdravlja građana, smanjenja troškova te poticanja ekonomskog i društvenog razvoja, Vlada Republike Hrvatske je u rujnu 2010. godine donijela Strategiju zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. – 2016. godine.

Prioritetna područja djelovanja su: prevencija depresije i suicida, mentalno zdravlje djece i mladih, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmati i socijalnoj isključenosti duševno bolesnih osoba.

Na temelju Strategije predviđeno je donijeti Akcijske planove za trogodišnje razdoblje, kojim će se opisati pojedini ciljevi i načini ostvarivanja postavljenih ciljeva, kao i konkretne zadaće pojedinih izvršitelja, rokovi izvršenja i procjena potrebnih financijskih sredstava za određeno proračunsko razdoblje, praćenje provođenja i učinkovitosti aktivnosti te način izvješćivanja.

Od ostalih aktivnosti na području provedbe Nacionalne strategije za suzbijanje zlouporabe droga Republike Hrvatske od 2006. do 2012. godine i Akcijskog plana suzbijanja zlouporabe droga za 2009. – 2012. godinu treba istaknuti: primjenu Kliničkih smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom i buprenorfinom, provedba preventivnih programa, izobrazba zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u tretmanu ovisnika, projekt resocijalizacije ovisnika o drogama koji su završili neki od programa odvikavanja od ovisnosti, Program smanjenja štete – »harm reduction« – zamjena šprica i igala, suradnja s udrugama građana i financiranje programa koje provode udruge građana, suradnja na razmjeni podataka u svezi utvrđivanja uzroka smrti povezanih s opojnim drogama, informiranje i suradnja s medijima, međuresorska i međunarodna suradnja te sudjelovanje u provedbi istraživanja na tom području za potrebe izvješćivanja EMCDDA-e.

U cilju što boljih zdravstvenih i socijalnih ishoda za pojedince, obitelji i zajednicu uz značajno smanjenje obolijevanje i smrtnost uzrokovano štetnim uzimanjem alkohola i drugih društvenih posljedica koje iz toga proizlaze Vlada Republike Hrvatske je u listopadu 2010. godine donijela Nacionalnu strategiju za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja za razdoblje od 2011. do 2016. godine.

Po uzoru na Globalnu strategiju o alkoholu Svjetske zdravstvene organizacije i prema preporukama Europske unije, ovom Nacionalnom strategijom želi se skrenuti pozornost hrvatskoj javnosti i svim drugim relevantnim činiteljima društva na sveukupne štetne posljedice prekomjernog pijenja alkohola i ponuditi moguće pravce djelovanja na svim razinama u cilju omogućavanja aktivnosti za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja, uzimajući pri tom u obzir specifične kulturološke okolnosti kao i prioritete javnog zdravstva te raspoložive kapacitete i mogućnosti.

3.5.12.11 Program promicanja dojenja u Republici Hrvatskoj

Sukladno Nacionalnom planu aktivnosti za prava i interese djece od 2006. – 2012. godine, osnovano je Nacionalno povjerenstvo za promicanje dojenja. Isto je izradilo nacrt Nacionalnog programa za promicanje dojenja.

U tijeku je provedba projekta »Rodilišta – prijatelji djece«. Sva su rodilišta u Republici Hrvatskoj prihvatila poziv da se uključe u isti. Uvjet za stjecanje naziva je ispunjavanje 10 koraka do uspješnog dojenja. Navedeni program je unaprijedio 3 značajna područja: dojenje, humanizacija boravka majke i djeteta od početka života i stvaranje uvjeta za rooming-in, bolji higijensko-prostorni uvjeti u rodilištima.

Stanje u hrvatskim rodilištima u provođenju programa »Rodilišta – prijatelji djece« na dan 1. prosinca 2011. g.:

Od 31 rodilišta 21 ima naziv »Rodilište – prijatelj djece«: Vukovar, Rijeka, Sv Duh – Zagreb, Dubrovnik, Sinj, Gospić, Koprivnica, Pula, Čakovec, Zabok, Slavonski Brod, Zadar, Varaždin, Karlovac, Vinkovci, Osijek, Virovitica, Split, Pakrac, Ogulin i Metković.

U cilju standardizacije trudničkih tečajeva ministarstvo nadležno za zdravstvo je u suradnji s UNICEF-om pristupilo izradi priručnika za izobrazbu voditelja trudničkih tečajeva. Održan je i trudnički tečaj za voditelje. Pokrenut je program »Savjetovaništa za djecu – prijatelji dojenja«, u sklopu kojeg se već treću godinu za redom održava izborba za timove primarne zdravstvene zaštite i patronažnu službu te je ove godine prvih 8 timova pristupilo ocjeni i dobilo naslov »Savjetovaništa za djecu – prijatelj dojenja«.

3.5.12.12 Zaštita od nasilja u obitelji

Ministarstvo nadležno za zdravstvo kontinuirano sudjeluje u provedbi izobrazbe o prevenciji nasilja u obitelji za zdravstvene djelatnike.

Godine 2009. provedena je, kroz 6 dvodnevnih seminara, izobrazba pedijataru, liječnika školske medicine i liječnika opće/obiteljske medicine (155 liječnika) koji u svojoj skrbi imaju djecu u dobi od 0 do 7 godina, pod nazivom Prevencija i intervencije u području zlostavljanja i zanemarivanja djece, u suradnji s Poliklinikom za zaštitu djece Grada Zagreba: u razdoblju od veljače do studenog 2009. godine.

Godine 2010. organizirani su seminari pod nazivom Unaprjeđenje međusektorske suradnje u suzbijanju obiteljskog nasilja u suradnji s Društvom za psihološku pomoć. Održano je 9 seminara u kojima je sudjelovalo 29 djelatnika iz sektora zdravstva. Održani su i međuresorni seminari s ciljem unaprjeđenja međuresorne suradnje u obiteljsko-pravnoj, prekršajnoj i kazneno-pravnoj zaštiti djece, mladeži i obitelji pod nazivom »Možemo zajedno«. Održano je 5 regionalnih seminara u kojima je sudjelovalo 23 djelatnika iz sektora zdravstva.

Godine 2011. imenovani su županijski koordinatori iz resora zdravstva koji su članovi županijskih međuresornih timova za suzbijanje obiteljskog nasilja. Održana su 3 regionalna seminara za županijske timove s ciljem unaprjeđenja međusektorske suradnje u suzbijanju obiteljskog nasilja u kojima je sudjelovalo 16 predstavnika zdravstva.

U cilju ispunjavanja obveza zdravstvenih ustanova u postupanju povodom saznanja o nasilju u obitelji i izborazbi stručnjaka koji rade u području zaštite od nasilja u obitelji Ministarstvo zdravlja je, u cilju prikupljanja relevantnih podataka vezanih za provedbu točke 4. Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, predložilo Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) izmjene i dopune Tiskanice Prijava ozljede/bolesti, između ostalog, i da se u prijavi naznači ukoliko je ozljeda nastala od člana obitelji budući da u proteklom razdoblju nije bilo moguće s preciznošću odrediti ukupan broj prijava koje su uputili zdravstveni djelatnici jer su do sada ugovorni subjekti Zavoda dostavljali Zavodu u papirnatom obliku Tiskanice o Prijavi bolesti ili povrede u kojima nije bilo decidirano naznačeno jesu li su iste nanese od strane člana obitelji ili drugog počinitelja. Slijedom predloženog, Zavod je uskladio izgled Tiskanice Prijava ozljede/bolesti na način da je u prijavi naznačeno ukoliko je ozljeda nastala od člana obitelji i ista je objavljena u Izmjeni i dopuni općih uvjeta ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iz 2010. godine.

3.5.12.13 Prevencija ozljeda kod djece

Temeljem Nacionalnog plana aktivnosti za prava i interese djece od 2006. do 2012. godine ministarstvo nadležno za zdravstvo osno-

valo je Povjerenstvo koje je izradilo nacrt Nacionalnog programa prevencije ozljeda kod djece. Godine 2010. u suradnji s UNICEF-om tiskan je edukativni materijal »Sprječavanje nesreća i povećanje sigurnosti djece predškolske dobi« koji je namijenjen zdravstvenim djelatnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: pedijatrima, ginekolozima i liječnicima obiteljske medicine. Isti sadrži edukativni materijal za roditelje tzv. »metar« naljepnice koja s jedne strane ima vrijednosti visine za dob od rođenja do navršanih 6 godina, a s druge strane su preporuke za smanjenje nesreća i priručnik.

Godine 2011. ministarstvo nadležno za zdravstvo je s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Školom narodnog zdravlja »Andrija Štampar« potpisalo ugovor o provođenju izborazbe »Sprječavanje nesreća i povećanje sigurnosti predškolske djece«. Izobrazba se provodi u suradnji s Medicinskim fakultetom Sveučilišta u Splitu i Osijeku i Domom zdravlja Osijek.

S ciljem povećanja sigurnosti na cestama i smanjenja nesreća i posljedica nesreća, ministarstvo nadležno za zdravstvo je sudjelovalo u provedbi Nacionalnog programa sigurnosti na cestama, kao i u izradi novog Nacionalnog programa za razdoblje 2011. – 2020. čiji je nositelj Ministarstvo unutarnjih poslova. Temeljem rezolucije Generalne skupštine Ujedinjenih naroda kojom se proglašava Desetljeće aktivnosti za sigurnost u cestovnom prometu za razdoblje 2011. – 2020., ministarstvo nadležno za zdravstvo je u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo organiziralo i sudjelovalo u obilježavanju početka Desetljeća aktivnosti za sigurnost u cestovnom prometu 2011. – 2020. godine i predstavilo aktivnosti iz nadležnosti područja zdravstva. Na inicijativu Ministarstva zdravlja i Pravobraniteljice za djecu, Hrvatsko društvo za dječju neurologiju je u ožujku 2012. osnovalo Povjerenstvo za sprječavanje povreda u kontaktnim sportovima radi pokretanja aktivnosti u cilju smanjenja učestalosti ozljeda djece u sportovima.

3.5.12.14 Program prevencije samoubojstava kod djece i mladih

Samoubojstava djece i mladih predstavljaju značajan javnozdravstveni problem s obzirom na tragični ishod i posljedice koje ima na zdravlje i kvalitetu života svih članova obitelji te prevencija samoubojstava predstavlja javnozdravstveni prioritet.

Ministarstvo nadležno za zdravstvo, svjesno važnosti osiguranja unapređenja tjelesnog i mentalnog zdravlja djece kao jednog od čimbenika koji čini preduvjet za smanjenje broja nasilnih smrti, podržalo je 2008. godine realizaciju projekta Centra za krizne situacije pod nazivom »Rano prepoznavanje simptoma i rizičnog ponašanja kod djece i mladeži«. Svrha ovog projekta bila je definiranje podloge za izradu Nacionalnog programa prevencije samoubojstava. U 2010. godini proveden je Program ranog prepoznavanja depresije i rizika suicidalnog ponašanja kod djece i mladih, Centra za krizne situacije. Cilj programa je povećati osposobljenost u ranom prepoznavanju rizika suicidalnog ponašanja svih stručnjaka na području zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih, u cilju prevencije istih.

Nacionalni program prevencije samoubojstava usvojen je na sjednici Vlade RH 20. siječnja 2011. godine.

Područja djelovanja obuhvaćaju: rani razvoj djece i mladih; skupine visokog rizika; rano prepoznavanje i liječenje depresije i uočavanje rizika suicidalnog ponašanja; povećanje broja i dostupnosti profesionalaca i usluga na području zaštite mentalnog zdravlja djece i mladih; smanjivanje dostupnosti sredstava za počinjenje; informiranje i suradnju.

3.5.12.15 Program psihosocijalne pomoći na dječjim onkološkim odjelima

Ministarstvo zdravlja sudjelovalo je u pripremi Programa psihosocijalne pomoći na dječjim onkološkim odjelima koji je Vlada Republike Hrvatske prihvatila zaključkom 12. listopada 2007. godine. Ovaj program u skladu je s temeljnim ciljevima Nacionalnog plana aktivnosti za prava i interese djece od 2006. – 2012. godine, a koji se odnose na osiguravanje primjene suvremenih načela i metoda humanizacije bolničkog liječenja djece te razvoja preventivnih programa s ciljem unapređenja zdravstvene kulture djece mladih i roditelja. Predložene programske aktivnosti namijenjene su prvenstveno djeci oboljeloj od malignih bolesti te njihovim obiteljima. Program psihosocijalne pomoći na dječjim onkološkim odjelima odvija se u četiri regionalna centra i pridonosi poboljšanju kvalitete življenja oboljele djece i njihovih obitelji.

3.5.12.16 Prevencija prekomjerne tjelesne težine

Debljina predstavlja sve izraženiji javnozdravstveni problem kako u svijetu, tako i u Republici Hrvatskoj te bitno utječe na kvalitetu i dužinu trajanja života. Prekomjerna tjelesna težina predstavlja faktor rizika za razvoj niza kroničnih nezaraznih bolesti.

Vlada Republike Hrvatske usvojila je 29. srpnja 2010. godine Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine 2010.-2012. Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine trebao bi dugoročno doprinijeti smanjenju pobola i prijevremene smrti vezane uz prekomjernu tjelesnu težinu i posljednjih bolesti i stanja, kao i troškova liječenja istih. Akcijski plan ima za cilj usvajanje pravilnih prehrambenih navika i navika tjelesne aktivnosti u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja.

U završnoj fazi je izrada prehrambenih smjernica te standarda i normativa za prehranu školske djece. Provedena je izobrazba o sprječavanju prekomjerne tjelesne težine namijenjene liječnicima i medicinskim sestrama zaposlenima u službama školske medicine županijskih zavoda za javno zdravstvo.

Sukladno Akcijskom planu za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine i Strateškom planu razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011. – 2015. godine ministarstvo nadležno za zdravstvo je potpisalo ugovor s Hrvatskim Crvenim križem o provedbi projekta Osnivanje savjetovaništa za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine, za razdoblje 2011./2012. godine.

3.5.12.17 Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću

Šećerna bolest jedan je od najznačajnijih javnozdravstvenih problema suvremenog društva i procjenjuje se da u Hrvatskoj oko 300 000 osoba ima šećernu bolest; ona je jedan od 10 vodećih uzroka smrti i vrlo važan rizični čimbenik u razvoju kardiovaskularnih bolesti te onespobobljavanja i invaliditeta kao posljedica njenih komplikacija. Radi unapređenja zdravstvene zaštite te praćenja epidemioloških i kliničkih pokazatelja na nacionalnoj razini osnovan je CroDiab registar, sustav razvijen na temelju svjetskih indikatora kvalitete koji ubrzava svakodnevni rad liječnika u skrbi osoba sa šećernom bolešću, smanjuje broj nepotrebno ponavljanih pretraga i pregleda, poboljšava kvalitetu dokumentacije a istovremeno je sredstvo prikupljanja podataka za nacionalni registar. Ukupna sredstva koja su usmjerena u program u proteklom četverogodišnjem razdoblju iznose 1.737,000,99 kuna.

Rezoluciju o šećernoj bolesti usvojio je Hrvatski sabor na sjednici 17. lipnja 2011. godine uvažavajući sve europske i svjetske

preporuke te aktualnu epidemiološku situaciju na zasadima »Hrvatskog modela« nacionalnog programa za šećernu bolest i inicijativu članova povjerenstva za provedbu nacionalnog programa te djelatnika Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac, KB Merkur. U rezoluciji se naglašava važnost šećerne bolesti i opterećenje koje ona predstavlja za društvo, a od svih nadležnih institucija, gospodarskih subjekata, medija i udruga zahtijeva se aktivnije uključivanje u prevenciju, rano otkrivanje liječenje i rehabilitaciju u okviru njihovih mogućnosti i dostupnih izvora na način koji im omogućava njihova primarna djelatnost.

3.5.12.18 Provedba Nacionalnog programa za Rome

Ministarstvo zdravlja sudjeluje u izradi Nacionalnog programa za Rome kao predlagatelj ili nositelj mjera iz područja zdravstva te kao predlagatelj ili nositelj mjera iz Akcijskog plana Desetljeća za uključivanje Roma.

U razdoblju od 2008. do 2011. godine Ministarstvo zdravlja sudjelovalo je u radu na sljedećim aktivnostima vezano uz provedbu unapređenja zaštite zdravlja romske populacije:

1. Zdravstveno osiguranje Roma: U području zdravstva dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se za sve osigurane osobe putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje pa tako i pripadnike romske populacije, na jednak način.

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju, sukladno kojem se prijavljuju hrvatski državljani i stranci sa stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, predviđeno je više osnova za prijavu na zdravstveno osiguranje: prijava temeljem radnog odnosa, zatim preko člana obitelji koji je nositelj osiguranja, prijava u roku od 30 dana od prestanka radnog odnosa, u roku od 90 dana od završetka redovnog školovanja i dr. Uočeno je da se pripadnici romske nacionalne manjine često ne mogu prijaviti na zdravstveno osiguranje prema jednoj od navedenih osnova. U tom slučaju prijavu eventualno mogu izvršiti sukladno propisima socijalne skrbi.

2. Pобољшanje cijepljenog obuhvata do 2011. godine – vidljiv je pomak u cijepljenom obuhvatu predškolske djece koja žive u romskim naseljima. Timovi djelatnosti za epidemiologiju zavoda za javno zdravstvo kontinuirano obilaze romska naselja i upoznaju roditelje s potrebama i načinom cijepljenja i pregleda potrebnih za zdravlje djece. U slučajevima neodazivanja roditelja na pozive liječnika na cijepljenje, provode se povremene akcije dopunskih cijepljenja za djecu koja nisu redovito procijepljena, uz suradnju s izabranim liječnicima i patronažnom službom. Stanje na terenu prate županijski zavodi za javno zdravstvo.

Kontinuiranom suradnjom s patronažnom službom, prema izvješćima liječnika primarne zdravstvene zaštite procjenjujemo da je cjepni obuhvat predškolske i školske djece koja žive u romskim naseljima svake godine sve bolji te da je u većini županija dostigao obvezni obuhvat (primjerice za Grad Zagreb najbolji podaci od 90 – 99% cjepnog obuhvata). Navedenu povoljnu sliku mogu poremetiti povremene migracije romske populacije, poglavito skupina koje mijenjaju zemlju prebivališta, u kojoj nisu bile cijepljene.

3. Pобољшanje higijensko-sanitarnih uvjeta u romskim naseljima dosad se provodilo u okviru Akcijskog plana za Rome i uključivalo je mjere dezinfekcije, dezinfekcije i deratizacije na području Grada Zagreba u dvije sustavne akcije godišnje (proljetna i jesenska), a izvanredna deratizacija provodila se po prijavi građana, ili na dojavu djelatnika službe za epidemiologiju zavoda za javno zdravstvo.

4. Suzbijanje alkoholizma, pušenja duhana i drugih oblika ovisnosti.

Temeljem javnog Natječaja za dodjelu financijske potpore u okviru raspoloživih sredstava Državnog proračuna Republike Hrvatske financijska sredstva u iznosu od 25.000,00 kuna dodijeljena su Udruzi Roma Zagreba i Zagrebačke županije za projekt »Droga? Ne hvala!« koji je bio usmjeren prevenciji ovisnosti kod romske djece i mladeži.

5. Podizanje svijesti Romkinja vezano uz planiranje obitelji provodi se kontinuirano »na terenu« – patronažne sestre Domova zdravlja redovito mjesečno odlaze u romska naselja, posjećuju žene, trudnice, babinjače, novorođenčad, dojenčad, malu i predškolsku djecu, školsku djecu i omladinu. Posjećuju kronično oboljele odrasle osobe, osobe s invaliditetom i alkoholičare.

Provodi se program besplatnih ginekoloških pregleda uz pregled dojki, PAPA test za pripadnice romske nacionalne manjine tijekom 2010. i 2011. godine.

6. Zdravstveno prosvjeđivanje roditelja i preventivnih i kurativnih mjera zdravstvene zaštite. Provedeno je istraživanje zdravlja romske dojenčadi i djece predškolske dobi na razini Sisačko-moslavačke županije (gdje je romska populacija brojna) gdje su dobiveni sljedeći podaci:

- Romska djeca više koriste kurativnu zdravstvenu zaštitu nego ostala djeca;

- Broj dolazaka zbog bolesti po romskom djetetu 11,17 godišnje, a u ostale djece je prosječno 6,69 po djetetu godišnje.

- Kod romske dojenčadi u visokom udjelu (40,9%) kao uzroci smrti su zastupljeni: sindrom iznenadne dojenačke smrti, nasilne smrti (poput ugušenja želučanim sadržajem, druge vrste aspiracija) i respiratorne bolesti (najčešće upale pluća), što ih značajno razlikuje od hrvatskog prosjeka (5%).

- Romska dojenčad u velikom udjelu (50%) nisu liječenja prije smrti te su umrli izvan zdravstvene ustanove, najčešće kod kuće (63%), za razliku od hrvatskog prosjeka prema kojem je liječeno i umrlo u bolnici 95% dojenčadi, pružena je liječnička pomoć prije smrti izvan bolnice za još 2% dojenčadi, a nije uopće liječeno 3% umrle dojenčadi.

3.5.12.19 Suradnja s civilnim društvom (nevladinim udrugama)

Ministarstvo zdravlja kontinuirano prati financiranje projekata i programa udruga koje se bave suzbijanjem ovisnosti i preventivnim programima u području zdravstva te se za ove potrebe kontinuirano svake godine otvaraju Pozivi za prijavu projekata udruga. Financijska sredstva za projekte iz područja suzbijanja ovisnosti izdvajaju se iz dijela prihoda od igara na sreću, a financijska sredstva za projekte i programe udruga iz područja zdravstva izdvajaju se s pozicija Državnog proračuna. Ministarstvo zdravlja kontinuirano financira i prati rad osnovne djelatnosti i socijalno-humanitarnih programa Hrvatskog Crvenog križa. Pri Ministarstvu zdravlja osnovano je Povjerenstvo za koordinaciju financiranja programa, projekata i potpora udrugama radi podizanja kvalitete suradnje između nevladinih udruga, tijela državne uprave i zdravstvenih institucija. Zadatak ovog Povjerenstva je jačanje civilnih inicijativa i međusektorske suradnje, povećanje razine samoodrživosti civilnog sektora, jačanje koordinacije rada između Ministarstva zdravlja i udruga. Ministarstvo zdravlja sudjelovalo je u pripremama za izradu Nacionalne strategije i Operativnog plana provedbe nacionalne strategije stvaranja poticajnog okruženja za razvoj civilnoga, a predstavnik ministarstva od 2007. godine sudjeluje u radu Povjerenstva za volontarizam. Ministarstvo zdravlja prati rad udruga i sudjeluje u financiranju projekata i programa udruga iz raspoloživih sredstava Državnog proračuna i prihoda od igara na sreću.

Sažetak*Primarna zdravstvena zaštita*

U djelatnostima opće/obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu predškolske djece u PZZ-u, u Republici Hrvatskoj (RH) u 2010. g. je radilo 2.540 timova na 2.544 lokacije. U 2010. g. bilježi se nastavak trenda povećanja broja liječnika specijalista obiteljske medicine u PZZ-u, dok broj zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne sprema ima negativan trend. U skrbi PZZ-a u 2010. g. zabilježeno je 4.510.328 osiguranika od kojih je 3.417.855 korisnika. Redoslijed i udio prvih 5 skupina bolesti i stanja utvrđenih u djelatnostima opće/obiteljske medicine i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece u PZZ-u nije se značajnije mijenjao od 2001. – 2010.: bolesti dišnog sustava (20-25%), bolesti srca i krvnih žila (9-11%), bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (9-10%), bolesti mokraćnih i spolnih organa (5-6%) te bolesti kože i potkožnoga tkiva (5-5,5%). Broj pregleda u kući tijekom 2010. g. bio je 332.369 što je za 2,5% više nego u 2009. g. U usporedbi s 1990. g. broj pregleda u kući bio je manji za 39%, a broj posjeta u kući ostalih zdravstvenih djelatnika manji za 95%. Godine 2010. zabilježeno je 7.198.924 upućivanja na specijalističke preglede od strane PZZ-a što je za 0,4% manje nego u 2009., ali više za 43% u odnosu na 1995. g. U djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2010. g. jedno upućivanje specijalisti dolazi na 2,2, a u djelatnosti za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece na 3,9 pregleda. Tijekom 2010. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine u RH zabilježeno je ukupno 19.604 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, 39% manje nego u 2009. godini, a za 94% manje u odnosu na 1990. godinu.

U 2010. godini u skrbi ginekologa u PZZ-u bila je 1.534.621 žena, od kojih je 41,1% koristilo usluge ginekologa u PZZ-u. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2010. godini je ugovorno s HZZO-om radilo 219 timova puno i 21 tim djelomično radno vrijeme, a u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om 60 timova s punim te 10 timova s djelomičnim radnim vremenom. Prosjek broja pregleda po trudnici na razini cijele RH 2010. godine bio je 8,5 pregleda po trudnici. Utvrđeno je ukupno 57.975 patoloških stanja u trudnoći, najveći broj (38,1%) u prva tri mjeseca trudnoće. U 2010. godini zabilježeno je 77.623 posjeta žena u PZZ-u u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava; u ordinaciji ginekologa u PZZ-u samo 7,5% žena fertile dob propisano je jedno od kontracepcijskih sredstava (najčešće oralni kontraceptivi (75,5%) i intrauterini ulošci (12,9%)). U 2010. godini obavljeno je 486.581 preventivnih pregleda žena u PZZ-u (473,3/1.000 žena fertile dob); najveći broj preventivnih pregleda odnosi se na sistematske ginekološke preglede (65,8%), a obavljeno je samo 73.060 preventivnih pregleda dojki (71,1/1.000), od kojih je 5,4% bilo s patološkim nalazom. Uzeto je 408.603 uzoraka za PAPA test (397,4/1.000 žena fertile dob), od kojih je 8,0% bilo patoloških. Najčešći razlozi zbog kojih su žene koristile usluge PZZ-a u 2010. bile su bolesti mokraćnog i spolnog sustava (48,4%), čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom (26,6%), trudnoća, porođaj i babinje (9,1%), zarazne i parazitarne bolesti (8,0%) te novotvorine (6,0%). Od najčešćih bolesti i stanja u 2010. g. na prvom mjestu su menopauzalni i perimenopauzalni poremećaji (14,9%), zatim poremećaji menstruacije (9,7%), upalne bolesti ženskih zdjelčnih organa i kandidijaza (po 6,8%) te displazija vrata maternice (4,8%).

U djelatnosti medicine rada u 2010. godini obavljen je ukupno 403.231 pregled (povećanje od 12,7% u odnosu na prethodnu godinu). Stopa preventivnih pregleda je najviša u posljednjih pet godina i iznosila je 281,5 na 1.000 zaposlenih. Stopa periodičkih pregleda

također se povećala u odnosu na prethodne godine te je u 2010. bila 113,1 na 1.000 zaposlenika.

U djelatnosti patronažne zaštite u 2010. godini radilo je 838 viših medicinskih sestara (712 u 2001. godini) i 123 medicinske sestre SSS (133 u 2001. godini). Najveći je broj posjeta kroničnim bolesnicima (821.927 ili 58% ukupno patronažnih posjeta) u svrhu uputa i demonstracije određenih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti te provođenja terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih osoba u dogovoru s izabranim doktorom. U 2001. godini bilo je 714.229 patronažnih posjeta kroničnim bolesnicima (56% patronažnih posjeta ukupno).

Hitna medicinska služba

Procjena je da je oko 4/5 stanovništva pokriveno radom posebnih stručnih jedinica hitne medicinske službe (HMS), dok je preostala 1/5 pokrivena dežurstvima ili stalnom pripravnosti drugih medicinskih timova. U 2010. g. ukupno je 477 liječnika stalno radilo u djelatnosti HMS-a u RH (povećanje za 4,6% u odnosu na 2009. g.), od toga 34 liječnika specijalista svih specijalnosti, a među ostalim zdravstvenim djelatnicima 44 s višom i 881 sa srednjom stručnom spremom, kao i 1.004 vozača. U 2010. zabilježeni broj intervencija u ordinacijama HMS-a bio je 1.025.980 (smanjenje za 5,2% u odnosu na 2009.). Broj intervencija u kući pacijenata bio je 186.914 (veći za 0,2% u odnosu na 2009.), a na terenu 68.914 (7,4% manje u odnosu na 2009. godinu). Sanitetskih prijevoza je bilo 542.461 (povećanje za 3,7% u odnosu na 2009. godinu). U 2010. bilježi se prosjek od 9,974 stanovnika po jednom timu HMS-a (manje za 4% u odnosu na 2009.) te broj intervencija u ordinaciji po timu od 2.151 godišnje (manji za 9,4% u odnosu na 2009.). Broj intervencija kod kuće po timu iznosi 392 godišnje i manji je za 4,2% u odnosu na 2009., a broj intervencija na terenu iznosi 144 godišnje po timu (manje za 15% u odnosu na 2009.). Broj sanitetskih prijevoza po timu HMS-a iznosi 1.137 godišnje i manji je za 0,9% u odnosu na 2009. Broj sanitetskih prijevoza na 100 stanovnika u skrbi timova HMS-a iznosi 11 i isti je u odnosu na 2009. Tijekom 2011. je za potrebe zdravstvenog sustava obavljeno ukupno 1.387 medicinskih letova. Helikopterskih letova bilo je 437, pri čemu je prevezeno 478 pacijenata. Svaki naseljeni otok ima osiguran najmanje jedan interventni helidrom, a za potrebe hitnog medicinskog zbrinjavanja, osigurano je i pružanje usluga prijevoza morem.

Godine 2009. započeo je proces nacionalne reforme HMS po modelu cjelovitog županijskog umreženog sustava s krovnom stručnom zdravstvenom ustanovom – Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu, uz objedinjavanje hitnog prijema u bolnicama, uključivanje telemedicine u djelatnost hitne medicine, uvođenje specijalizacije iz hitne medicine za doktore medicine i dodatnog specijalističkog stručnog usavršavanja iz hitne medicinske pomoći za medicinske sestre-medicinske tehničare, standardizaciju medicinske opreme i vozila i izradu smjernica/protokola/algoritama postupaka zbrinjavanja.

Specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita

U RH je tijekom 2010. g. provedeno 8.349.707 specijalističko-konzilijarnih pregleda, od kojih je 7.747.116 (93%) bilo u ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om, a 602.591 (7%) bez ugovora s HZZO-om. U ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om, najviše pregleda imale su interna medicina (oko 1,3 milijuna), kirurgija (oko 1 milijun), oftalmologija i fizikalna medicina i rehabilitacija (svaka s oko 800.000) te psihijatrija (oko 600.000 pregleda). U ordinacijama i ustanovama bez ugovora s HZZO-om, najviše pregleda imale su interna medicina (oko 130.000), oftalmologija (oko 100.000), ginekologija (oko 80.000), fizikalna medicina i rehabilitacija te pedijatrija (svaka s oko 50.000 pregleda).

Bolnička zdravstvena zaštita

U svibnju 2012. u Hrvatskoj je postojalo pet kliničkih bolničkih centara, tri kliničke bolnice, pet klinika, 22 opće bolnice, 26 specijalnih bolnica i tri lječilišta.

Broj se bolničkih kreveta u RH od 2001. do 2009. g. smanjio za oko 10% (ukupno s 26.618 na 23.967 kreveta), i to najviše u općim bolnicama (14,9%), u klinikama i kliničkim bolnicama (oko 9,7%) te u specijalnim bolnicama (9,1%). Zbog Izmjena mreže javne zdravstvene službe 2010. g. u odnosu na prema 2009. g. došlo je do porasta broja kreveta u KBC-ima, kliničkim bolnicama i klinikama 13,8% i u specijalnim bolnicama i lječilištima 2,6% te smanjenja u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima 6,7%. Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika smanjio se od 6,00 u 2001. na 5,66 u 2010. g. Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2001. je bilo 3,97 (a 4,07 u 2010. g.) kreveta za akutno liječenje te 2,03 (1,59 u 2010. g.) kreveta za subakutno i kronično liječenje. Na stacionarnim odjelima bolnica u RH 2010. g. liječeno je 745.692 osoba (u 2001. g. 700.524). Ukupan broj boravaka na stacionarnim odjelima bolnica RH u posljednjih deset godina raste (u 2001. g. bio je 157,9/1.000 stanovnika, a u 2010. g. 168,8/1.000). Na stacionarnim odjelima u 2010. g. ostvareno je 7.053.292 dana bolničkog liječenja što znači 9,5 dana prosječnog liječenja po jednom boravku (u 2001. g. prosječno trajanje liječenja bilo je 11,8 dana). Ukupna godišnja iskorištenost akutnih kreveta je 2010. g. bila 75,19% (2001. g. bila je 85,5%) što je više od vrijednosti u Češkoj, Sloveniji i članicama EU-a prije i poslije 2004. godine. Uz ukupnu godišnju iskorištenost kreveta od 77,24 % u 2010. godini najveća je iskorištenost specijalnih bolnica (79,50%), KBC-a, kliničkih bolnica i klinika (76,81%), a najmanja općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta (75,23%). Na odjelima za liječenje akutnih bolesnika u 2010. godini na jednog liječnika dolazi 3,45 kreveta, dok na odjelima za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika postoji 17,98 kreveta. Prema individualnim prijavama o liječenim bolesnicima (bez poroda, pobačaja i rehabilitacije), broj liječenih bolesnika na stacionarnim odjelima bolnica RH uglavnom je u stalnom porastu: 2001. g. 544.836, 2005. g. 592.288, 2009. g. 611.368, 2010. g. 571.894. Vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju 2001., 2005., 2009. i 2010. g. su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti dišnog sustava, bolesti genitourinarnog sustava te ozljede i trovanja. Porast broja hospitalizacija, uz povremene oscilacije, pokazuju bolesti cirkulacijskog sustava (75.086 u 2001.g, 81.575 u 2010.g.), novotvorine (69.251 u 2001. g., 79.976 u 2010.g.) te ozljede i trovanja (41.991 u 2001.g., 43.033 u 2010.g.), a smanjenje imaju bolesti probavnog sustava (57.589 u 2001. g., 49.793 u 2010. g.), bolesti dišnog sustava (47.830 u 2001.g., 44.095 u 2010. g.) i bolesti genitourinarnog sustava (45.034 u 2001.g., 42.987 u 2010.g.). U 2010. g. je u dnevnim bolnicama i bolničkim hemodijalizama zabilježeno ukupno 380.527 hospitalizacija; kod pacijenata u dobi do 64 godine (228.967 hospitalizacija) najčešće zbog bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (95.270), novotvorina (28.893), duševnih poremećaja i poremećaja ponašanja (18.967), bolesti dišnog sustava (16.806) te zaraznih i parazitarne bolesti (16.410), a kod pacijenata u dobi 65 godina i više (151.446 hospitalizacija) najčešće zbog bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa (105.143), novotvorina (22.006), bolesti cirkulacijskog sustava (5.454), bolesti dišnog sustava (4.499) te zbog simptoma, znakova i abnormalnih kliničkih i laboratorijskih nalaza (3.384).

Tijekom 2011. godine metodom ankete prikupljeni su podaci o prostornim resursima bolnica u RH; zabilježeno je 8.363 bolesničkih soba, od čega najviše u kliničkim (3.092) i općim bolnicama (2.583).

Najnepovoljnija struktura soba bilježi se u djelatnosti psihijatrije. Najpovoljniju strukturu soba imaju specijalne bolnice i lječilišta. U bolnicama RH zabilježena je 381 operacijska sala te 822 kreveta za intenzivno liječenje (u kliničkim bolnicama 506, u općim 295, a u specijalnim 21 krevet).

Objekti u sustavu zdravstva veliki su potrošači energenata i vode što proizlazi iz njihove specifičnosti po vrsti djelatnosti, kompleksnosti sustava grijanja, hlađenja i ventilacije, velikog broja djelatnika i korisnika te nerijetko cjelodnevnog režima rada. Prema Trećem godišnjem izvještaju programa Vlade RH »Dovesti svoju kuću u red« iz 2011., samo bolnice obuhvaćene programom, a koje su u nadležnosti Ministarstva zdravstva (14 Kliničkih bolničkih centara, 3 Kliničke bolnice, 1 bolnica, 17 Specijalnih bolnica i 7 Klinika) godišnje troše oko 482 milijuna kWh. Izračun na temelju podataka iz toga Izvještaja pokazuje da je ukupna potrošnja energije u bolnicama u nadležnosti Ministarstva zdravstva oko 630 kWh/m² što je više od dva puta veća potrošnja u odnosu na europske zemlje s najboljom energetsom učinkovitošću u bolničkim objektima (npr. Švicarska, Švedska, Norveška).

Dosad je u sklopu Programa »Dovesti svoju kuću u red« uspostavljen registar institucija. Prikupljeni su podaci o potrošnji energenata za oko 300 objekata u sustavu zdravstva, a u suradnji s Ministarstvom graditeljstva i prostornoga uređenja planira se obnova i povećanje energetske učinkovitosti određenog broja objekata u sustavu zdravstva. Potencijali za uštedu u tom su pogledu veliki, osobito u objektima koji kao energent koriste lož ulje.

Tijekom 2010. g. u RH je provedeno anketno istraživanje visoko-sofisticirane medicinske opreme te je zabilježeno 70 CT uređaja, od čega 52 u ustanovama javnog sektora. Ukupno je u RH zabilježen 1,6 CT na 100.000 stanovnika, a ako se uzmu u obzir samo oni u ustanovama u javnom sektoru stopa je 1,2/100.000. Zabilježena su 32 MR uređaja ili 0,7 na 100.000 stanovnika. Od toga ih je u bolnicama bilo 17 ili 0,4 na 100.000 stanovnika. Ukupno je zabilježeno 148 mamografa ili 3,3 na 100.000 stanovnika. Od toga je u bolnicama bilo 46 ili 1 na 100.000 stanovnika. Značajan broj mamografa nalazi se u Domovima zdravstva (71). Zabilježene su 23 gama kamere (samo u bolničkim ustanovama) ili 0,5 na 100.000 stanovnika te 26 angiosala ili 0,6 na 100.000 stanovnika. Samo 1 angiosala bila je u specijalnoj bolnici u privatnom vlasništvu, a ostale u bolnicama u državnom vlasništvu. Zabilježeno je 5 PET/CT uređaja, od kojih su 2 bila u Gradu Zagrebu (1 u KBC i 1 u privatnoj poliklinici) i po jedan u privatnim poliklinikama u Splitu, Rijeci i Osijeku. Lito-triptora je bilo 26 ili 0,6 na 100.000 stanovnika. Ukupno je bilo 7 linearnih akceleratora ili 0,2 na 100.000 stanovnika te 3 uređaja za brahiterapiju ili 0,1 na 100.000 stanovnika (sve isključivo u bolničkim ustanovama). U usporedbi s odabranim zemljama, u odnosu na broj stanovnika Hrvatska raspolaze s dovoljnim brojem MR-a, CT-a i mamografa, a potrebe za daljnje ulaganje postoje u području opreme za radioterapiju.

Ljekarnička djelatnost

Ljekarničku djelatnost su u ožujku 2012. obavljale 1082 ugovorne javne ljekarničke jedinice (1063 ljekarne i 19 depoa lijekova) i 46 bolničkih ljekarni. U privatnom vlasništvu je 66,5% ljekarni, u zakupu je 11,9% ljekarni, a 21,6% ljekarni je u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Bolničko ljekarništvo, kao specifičan sadržaj, djeluje organizirano u 46 bolničkih ljekarni u kojima radi 150 magistara farmacije. Prema statističkim pokazateljima, u Hrvatskoj danas na jednu ljekarnu dolazi 4000 stanovnika, dok u EU-u na jednu ljekarnu dolazi prosječno 3000 stanovnika (Slika 15). Najveći broj novih

ljekarni osnovan je u područjima najvećih gradova, dok su ruralna područja i slabo razvijena područja od posebne državne skrbi i dalje sa slabo razvijenom mrežom ljekarni.

Zaštita i liječenje zubi

U djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite u 2010. g. radilo je ukupno 1.748 timova s ugovorom HZZO-a. Ovi timovi skrbbili su o 3.890.514 osiguranika od kojih je 1,363.217 osiguranika (35%) koristilo zdravstvenu zaštitu. Uz ove timove, usluge je pružalo i 658 timova bez ugovora s HZZO-om.

Zaštita zdravlja starijih osoba

Nacionalni i županijski Centri za gerontologiju djeluju pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo, grada Zagreba i Hrvatske. Gerontološko-javnozdravstvena zaštita bavi se utvrđivanjem, praćenjem i proučavanjem te izvješćivanjem i evaluacijom zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba za svoje županijsko područje djelovanja i područje Zagreba s populacijskim obuhvatom od 30 000 osoba starijih od 65 godina. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Andrija Štampar je Referentni centar Ministarstva zdravlja za zaštitu zdravlja starijih osoba i vodi Registar zdravstvenih potreba i funkcionalne onesposobljenosti starijih ljudi po županijama Hrvatske i Grada Zagreba s Podregistrom hrvatskih stogodišnjaka te Podregistrom za oboljele od Alzheimerove bolesti i psihičkih poremećaja u starijih. Osim Centara za gerontologiju, u Hrvatskoj postoje i Gerontološki centri kao multifunkcijski centri neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi starijih osoba u lokalnoj zajednici. Osnovni cilj djelatnosti Gerontoloških centara je zadržati stariju osobu što je duže moguće u njegovu prebivalištu uz obitelj. U Gerontološkim centrima se provode Programi preventivnih pregleda primarne prevencije za starije, trajne tjelesne, psihičke i okupacijsko-rekreativne radne aktivnosti za starije, fizikalne terapije, zdravstvenog, psihološkog i pravnog savjetovanje, dnevnog boravka, njege i pomoći u kući i dostave obroka te posudionice ortopedskih pomagala i raznih usluga gerontoservisa. U Hrvatskoj djeluje ukupno 79 Gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi za starije s dnevnim boravcima za starije, a u Zagrebu ih, gdje je i najveći broj starijih, ima ukupno 12.

Zaštita zdravlja hrvatskih branitelja

U 2011. godini medicinsku rehabilitaciju koristilo je 80 hrvatskih ratnih vojnih invalida (HRVI). U razdoblju od 2005. do 2011. godine pravo na medicinsku rehabilitaciju ostvarilo je ukupno 811 HRVI-a. Tijekom 2011. godine zaprimljena su 104 zahtjeva HRVI-a za sufinanciranje 149 ortopedskih i ostalih medicinskih pomagala. Sufinancirana je nabava 149 ortopedskih pomagala za 104 HRVI-a iz Domovinskog rata. Trenutno ima 485 hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata s 100% oštećenja organizma I. skupine, kojima je zakonskih propisana mogućnost korištenja usluge osobe za pružanje njege i pomoći, a osoba u statusu njegovatelja je 441. Ministarstvo branitelja provodi Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata koji se provodi na području cijele Republike Hrvatske putem organizirane, stupnjevite i kontinuirane psihosocijalne pomoći na tri razine: županijskoj, regionalnoj i nacionalnoj. Posebna skrb pruža se braniteljima s posljedicama ratne psihotraume. Ta skrb pruža se kroz rad Regionalnih centara za psihotraumu i Centra za krizna stanja. Tijekom 2011. godine Regionalni centri za psihotraumu i

Centar za krizna stanja pružili su ukupno 225.974 intervencija za 59.642 korisnika.

Palijativna skrb

U RH još uvijek ne postoji razrađeni sustav palijativne skrbi i tek su u nekoliko ustanova osnovani i otpočeli s radom pojedini oblici i dijelovi sustava palijativne skrbi. U posljednjih pet godina smanjuje se broj umrlih kod kuće i povećava se broj umrlih u bolnicama i ustanovama za smještaj. Najveće povećanje udjela sa 6% u 2005. na 10% u 2010. odnosi se na ustanove za smještaj. Oko 40% umrlih umire izvan bolnica. Riječ je o više od 21.000 umrlih, od čega nekoliko tisuća ljudi pogine ili umre izvan kuće, odnosno u nekoj socijalnoj ustanovi ili ustanovi za smještaj starih i nemoćnih. Više od 30% od svih umrlih, odnosno više od 15.000 ljudi umire kod svoje kuće.

Transplantacijska medicina

Od 2004. do 2011. godine ostvareno je višestruko povećanje ukupnog broja darivatelja organa te broja transplantacija organa, kao i pojedinačnog broja transplantacija bubrega, jetre i srca. Ukupan broj transplantiranih organa u razdoblju od 2004. do kraja 2011. godine povećan je za 205%. Hrvatska je danas prema stopi realiziranih darivatelja prva u svijetu i najuspješnija članica Eurotransplanta te vodeća po broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika. Prema broju transplantacija srca te ukupnom broju transplantiranih organa na milijun stanovnika zauzima također jedno od vodećih mjesta u svijetu (u 2010. godini druga u svijetu po broju transplantacija srca na milijun stanovnika te treća u svijetu po broju ukupno transplantiranih organa na milijun stanovnika).

Ukupna lista čekanja na presađivanje organa u razdoblju od 2007. do 2011. godine smanjena je za 36%. Medijan vremena čekanja na presađivanje bubrega u tom razdoblju smanjen je s 48 mjeseci na 24 mjeseca.

Upravljanje kriznim stanjima

Krizna stanja u zdravstvu odnose se na prijetnje zdravlju povezane s novim ili novonastalim bolestima, slučajnim oslobađanjem ili namjernim korištenjem bioloških, kemijskih ili radio-nuklearnih sredstava, prirodnim katastrofama, katastrofama, uzrokovanim ljudskim djelovanjem, složenim hitnim slučajevima, sukobima i drugim događajima s mogućim katastrofalnim učincima na ljudsko zdravlje. U kriznoj situaciji postoji opasnost da zdravstveni sustav podbaci ili da je u tolikoj mjeri preplavljen rastućim brojem zahtjeva za usluga da prestaje biti u mogućnosti zadovoljiti ključne zdravstvene potrebe stanovništva.

Integrirani sustav medicine kriznih stanja u Republici Hrvatskoj ima za cilj povećati vjerojatnost preživljavanja u većim incidentima ili kriznim stanjima s masovnim žrtvama. Temelji se na spoznaji da postoje zajednički elementi u upravljanju reakcijama na skoro sve hitne slučajeve te da se standardiziranjem sustava upravljanja stvara veći kapacitet za postupanje u različitim kriznim situacijama.

U slučaju složenih i značajnih incidenata širokih razmjera, bilo na teritoriju Republike Hrvatske ili izvan nje, vodstvo i nadzor nad raspoređivanjem resursa zdravstvene zajednice preuzima Krizni stožer Ministarstva zdravlja, djelujući putem zapovjedništva i odsjeka Kriznog stožera. Od svih organizacija zdravstvene zajednice očekuje se poštovanje uputa koje prime od Kriznog stožera u takvim okolnostima.

Nacionalni preventivni zdravstveni programi

Nacionalni preventivni zdravstveni programi usmjereni su na rano otkrivanje različitih bolesti i/ili rano otkrivanje komplikacija

pojedinih bolesti s ciljem osiguranja veće kvalitete života pojedinca i produženja životne dobi. Ključni preventivni programi u Hrvatskoj su:

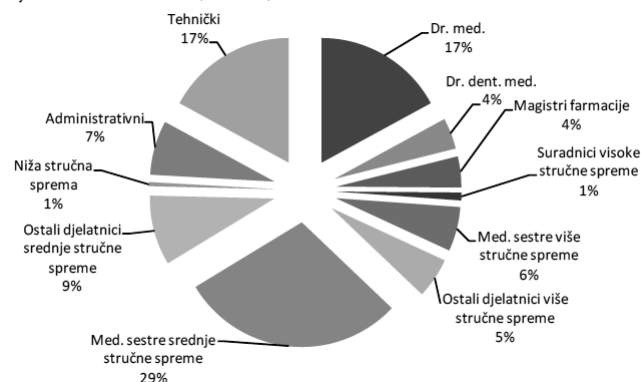
- preventivne aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite
- prevencija i rano otkrivanje raka dojke
- nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva
- nacionalni programa ranog otkrivanja raka vrata maternice
- program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj
- hrvatski nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a 2011. – 2015.
- nacionalni program za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike u razdoblju od 2009-2014. godine
- nacionalni plan pripremljenosti za pandemiju gripe
- suzbijanje tuberkuloze i TBC laboratorij na potrebnoj razini biozaštite
- sustav za prevenciju i liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje u županijskim zavodima za javno zdravstvo
- program promicanja dojenja u Hrvatskoj
- program zaštite od nasilja u obitelji
- prevencija ozljeda kod djece
- prevencija samoubojstava kod djece i mladih
- program psihosocijalne pomoći na dječjim onkološkim odjelima
- prevencija prekomjerne tjelesne težine
- nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću
- nacionalni program za Rome.

3.6 Ljudski resursi u zdravstvu

3.6.1 Raspoloživost ljudskih resursa

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73.077 djelatnika. Od toga je 55.781 zdravstvenih djelatnika i suradnika, 5.068 administrativnih, a 12.228 tehničkih djelatnika.

U strukturi stalno zaposlenih, najveći je udio zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme i iznosi 38% (29% medicinskih sestara i 9% ostalih djelatnika), doktori medicine čine 17%, zdravstveni djelatnici više stručne spreme (medicinske sestre, zdravstveni inženjeri – laboratorijski, radiološki, sanitarni, dentalni, farmaceutski djelatnici te zubari, fizioterapeuti i radni terapeuti) čine 11%, doktori dentalne medicine 4%, magistri farmacije 4%, zdravstveni suradnici visoke stručne spreme (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, biolozi, defektolozi i ostali) čine 1% zaposlenih, zdravstveni djelatnici niže stručne spreme 0,6%, dok administrativno-tehnički djelatnici čine 24% (Slika 1).



Slika 1. Struktura zaposlenih u zdravstvu 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Nastavljen je višegodišnji trend blagog povećanja broja u svim kategorijama zdravstvenih djelatnika, osim zdravstvenih djelatnika niže stručne spreme koji će kroz sljedeće godine nestati iz zdravstvenog sustava (Tablica 1).

Također je nastavljen i trend smanjivanja broja i udjela zaposlenih administrativno-tehničkih djelatnika, primjerice 2000. godine njihov udio je bio 30%.

Tablica 1. Broj zdravstvenih i administrativno-tehničkih djelatnika u zdravstvu RH od 2007. do 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Stupanj obrazovanja	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Doktori medicine	11799	11801	11847	12341	12532
Doktori dentalne medicine	3265	3261	3232	3121	3156
Magistri farmacije	2607	2604	2673	2851	2967
Zdr. suradnici visoke stručne spreme	809	861	857	909	975
Viša stručna sprema	6958	7214	7220	7646	7913
Srednja stručna sprema	26367	26781	26740	27577	27792
Niža sprema	401	396	387	428	398
Ukupno	52206	52954	52956	54873	55781
Administrativno tehnički	18250	18036	18036	17334	17296

Prosječna dob svih zaposlenih zdravstvenih djelatnika je 49,5 godine, a u odnosu na stanje iz 1995. godine, povećala se za 5,9 godina.

Doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije, medicinske sestre kao i drugi zdravstveni djelatnici profesionalno su organizirani u komore koje provode dodjelu i obnovu licenci, a osim toga djeluju i kroz različita stručna društva, prema specijalnostima. U Hrvatskoj je 2012. godine djelovalo osam komora: Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara i Hrvatska komora zdravstvenih djelatnika. Tradicionalnu ulogu u unapređenju stručnoga i znanstvenog rada liječnika i stomatologa ima Hrvatski liječnički zbor koji udružuje 123 stručna društva, a djeluje i u regionalnim podružnicama i surađuje s međunarodnim stručnim društvima. Sličnu ulogu u sestinstvu ima Hrvatska udruga medicinskih sestara koja ima 25 stručnih društava i 41 podružnicu diljem Hrvatske.

Jedan od temeljnih problema planiranja razvoja ljudskih resursa u zdravstvu je nepostojanje jasnog sustava praćenja zdravstvenih djelatnika. Postojeći registri koje održavaju HZJZ-i i strukovne komore sadržavaju podatke koji se osvježavaju prilikom obnove licence ili prilikom novog zaposlenja. Postoji potreba za razvojem cjelovitog sustava za praćenje ljudskih resursa u zdravstvu u Hrvatskoj koji bi omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih djelatnika. Određeni broj liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika nakon stjecanja diplome odabire karijere izvan sustava kliničke medicine, posebice u znanosti i istraživanju ili farmaceutskoj industriji i drugim granama privrede. Ovo dodatno ukazuje na potrebu za izradom sustava praćenja ljudskih resursa jer se odljev zdravstvenih djelatnika u ova zanimanja također treba uračunati u planiranje budućih potreba sustava.

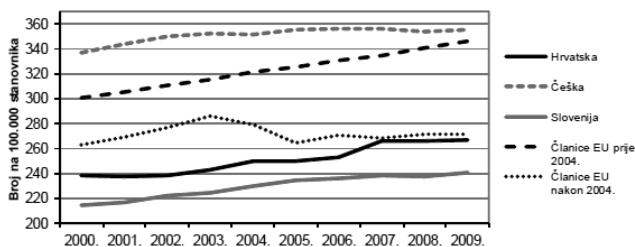
Medicinske komore, udruge i zdravstvene ustanove posljednjih godina često upozoravaju kako se Hrvatska u budućnosti može suočiti s nedostatkom liječnika i medicinskih sestara, ali i ostalih kategorija zdravstvenih djelatnika, prije nego s problemom njihove nezaposlenosti.

Tako je u posljednjih nekoliko godina primjetan trend smanjenja broja nezaposlenih liječnika, koji je nešto manje izražen za ostale

kategorije zdravstvenih djelatnika. Vanjska migracija zdravstvenih djelatnika usmjerena je ka Sloveniji, Italiji i ostalim zapadnim europskim zemljama i SAD-u, no stopa emigracije do sada nije bila značajna. Prisutne su i unutarnje migracije koje se odnose na zapošljavanje izvan zdravstvenog sustava i prelazak u druge profesije, kao i migracije iz ruralnih područja prema većim urbanim centrima. Za kvalitetniju analizu spomenutih migracija nedostaju istraživanja, odnosno sustavno državno praćenje i izvještavanje.

3.6.1.1 Doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije

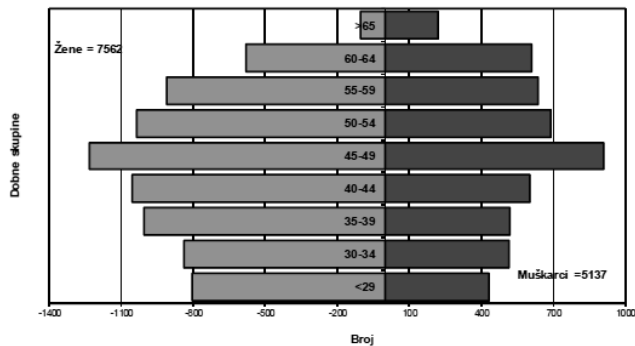
U Hrvatskoj je 2011. bilo stalno zaposleno sveukupno 12.532 liječnika. U odnosu na 1980. godinu broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se sa 167 na 281 što je još uvijek manje od prosjeka za EU (320/100.000) (Slika 2).



Slika 2. Broj doktora medicine na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj i EU. Izvor: WHO Health for All Database.

Spolna zastupljenost u liječničkoj profesiji se od 1989. godine promijenila u korist žena, a liječnica je sada 60,6%. Među doktorima medicine, specijalista je 67%.

Raspodjela liječnika prema dobi i spolu pokazuje kako liječnice brojčano nadmašuju liječnike u svim dobnim skupinama, osim u onima iznad 60 godina. Broj liječnika u dobi između 25-29 godina manji je od onih u dobnj skupini 55-59 godina (Slika 3).

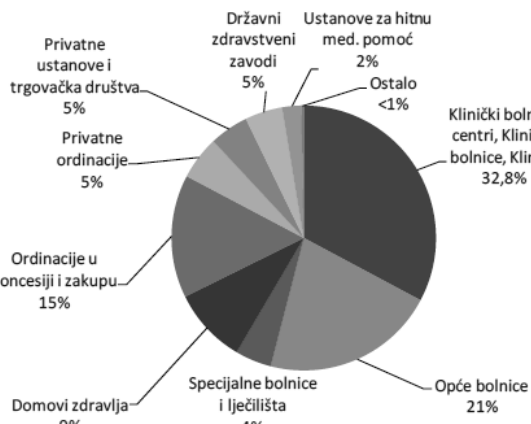


Slika 3. Doktori medicine prema spolu i dobnim skupinama, Hrvatska 2008. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

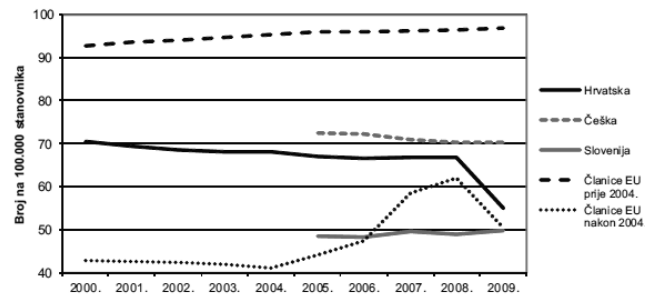
Raspodjela liječnika s obzirom na vrstu zdravstvene ustanove u kojoj rade, pokazuje da 58% liječnika radi u bolničkim ustanovama što je za 2% više nego pet godina ranije. U domovima zdravlja, ordinacijama u koncesiji i ustanovama hitne medicinske pomoći zaposleno je 26,5%, a u privatnim ordinacijama i ustanovama 10% liječnika. (Slika 4). Ukupno je u dijelu zdravstva u kojem djelatnici primarno rade u prostoru u privatnom vlasništvu (privatne specijalne bolnice, lječilišta, ljekarne, poliklinike, ordinacije, laboratoriji, ustanove za njegu, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene dje-

latnosti i dr.) tj. u privatnom sektoru zdravstva, krajem 2011. godine bilo oko 16% zaposlenih.

Broj doktora medicine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, izražen na 100.000 stanovnika, u posljednjih se 10 godina postupno smanjuje (Slika 5).

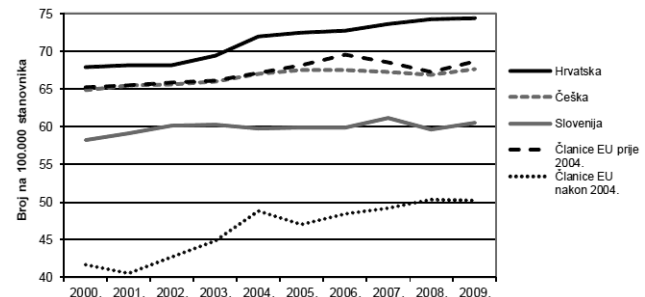


Slika 4. Doktori medicine prema vrsti zdravstvene ustanove u kojoj rade 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo



Slika 5. Broj doktora medicine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database. Napomena: do 2008. godine pokazatelj je uključivao broj doktora u djelatnostima opće medicine, zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece i zdravstvene zaštite žena. Od 2009. godine ubrajaju se samo liječnici u općoj/obiteljskoj medicini.

Broj doktora dentalne medicine u Hrvatskoj je zadovoljavajući s obzirom da ih je u 2006. godini bilo 75/100.000 stanovnika (prosjeak za EU: 66/100.000 stanovnika) (Slika 6). Među doktorima dentalne medicine, udio žena je 65%, a specijalista je 15%.



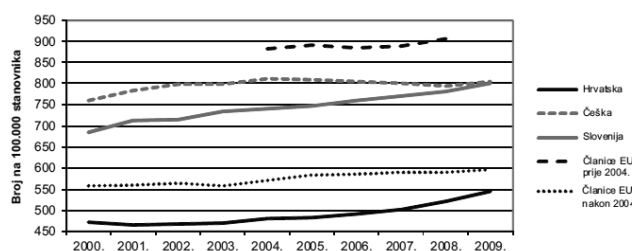
Slika 6. Broj doktora dentalne medicine u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database.

U obavljanju ljekarničke djelatnosti u Hrvatskoj trenutno je ukupno zaposleno oko 2900 magistara farmacije i 1950 farmaceutskih tehničara. Broj magistara farmacije na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 60 što je nešto manje od prosjeka za EU (77/100.000). Prosječni broj magistara farmacije po ljekarni u Hrvatskoj je 2,7, što je više od npr. Češke (2,2), Slovačke (2,0) i Nizozemske (1,7), a manje od npr. Slovenije (3,2), Italije (2,8) i Austrije (4,0). Magistar farmacije u Hrvatskoj godišnje izda oko 17.568 receptata i izvrši oko 5.500 drugih ljekarničkih intervencija. Prosjek u državama EU-a je oko 21.976 receptata godišnje, a u Sloveniji oko 16.159 receptata godišnje.

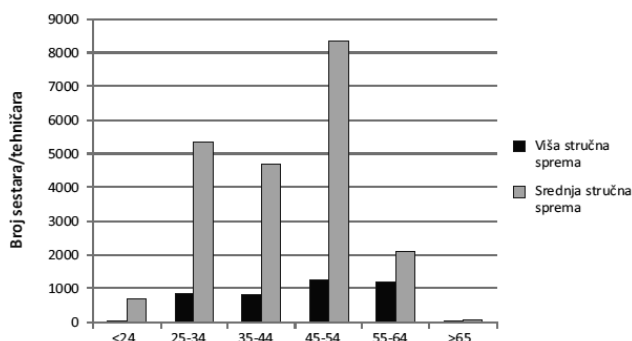
3.6.1.2 Medicinske sestre i tehničari

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (46%). U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35.705 zaposlenih, medicinske sestre i medicinski tehničari čine 71%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari. Prema podacima iz Registra Hrvatske komore medicinskih sestara u RH ima 6147 medicinskih sestara/medicinskih tehničara sa završenim studijem sestrinstva. Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 569 u 2010. godini, što je još uvijek manje od prosjeka EU-a (782/100.000). Među sestrama je 19% onih sa višom stručnom spremom, više nego 2006. godine kada je njihov udio bio 15%.

Udio muškaraca među medicinskih sestrama/tehničarima u 2011. godini bio je 5,3% u skupini sa višom stručnom spremom, a 8,3% u skupini sa srednjom stručnom spremom. Dobna struktura medicinskih sestara/tehničara je nepovoljna jer ih je više u dobi od 45 godina i više (n=12969) nego u dobi do 45 godina (n=12388) (Slika 8).

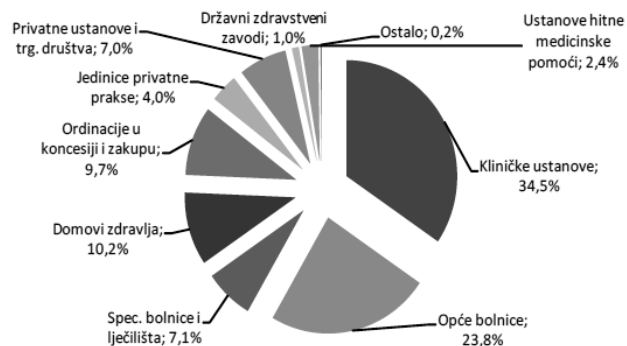


Slika 7. Broj medicinskih sestara u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database.



Slika 8. Dobna struktura medicinskih sestara i tehničara u Hrvatskoj u 2011. godini. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Najveći broj medicinskih sestara i tehničara radi u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama te u općim bolnicama (Slika 9).



Slika 9. Medicinske sestre i tehničari prema vrsti zdravstvene ustanove u kojoj rade 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Broj primalja na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 35 što je nešto iznad prosječne stope u EU-u (32/100.000 stanovnika). Međutim, prema podacima Hrvatske komore primalja, trećina primalja u Hrvatskoj uopće ne radi u primaljstvu, nego na poslovima medicinskih sestara, laboranata ili dentalnih asistenata.

Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2011. godini bile su zaposlene 2,02 medicinske sestre (2,1 u 2006. godini). U uvjetima starenja populacije i u Republici Hrvatskoj broj je sestara važan čimbenik pri pružanju zdravstvene zaštite i njezi bolesnika.

3.6.1.3 Zdravstveni djelatnici medicinsko laboratorijske djelatnosti, zdravstvene radiološko tehnološke djelatnosti, djelatnosti sanitarnog inženjerstva i djelatnosti radne terapije

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, objavljenim u Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2010. godinu, u zdravstvenim ustanovama radilo je 1611 laboratorijskih tehničara i 743 laboratorijskih inženjera, u privatnoj praksi 348 laboratorijskih tehničara i 101 laboratorijski inženjer, u zavodima za javno zdravstvo 155 laboratorijskih tehničara i 98 laboratorijskih inženjera te u ostalim ustanovama 112 laboratorijskih tehničara i 16 laboratorijskih inženjera što je ukupno 2226 (70%) zdravstveno laboratorijskih tehničara i 958 (30%) inženjera/prvostupnika medicinsko laboratorijske dijagnostike. Od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35.705 zaposlenih, zdravstveno laboratorijski tehničari i inženjeri činili su 9%. Ukupan broj djelatnika medicinsko laboratorijske dijagnostike prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (n=3184) manji je nego prema podacima iz Registra Hrvatske komore zdravstvenih radnika (HKZR) (n=3340).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2010. godine broj zdravstvenih djelatnika iz djelatnosti sanitarnog inženjerstva bio je 398, od čega 188 sanitarnih tehničara (179 u javnim i 9 u privatnim zdravstvenim ustanovama) te 210 sanitarnih inženjera (207 u javnim i 3 u privatnim zdravstvenim ustanovama). Prema podacima iz Registra HKZR-a, u Hrvatskoj je 2012. bilo 542 zdravstvenih djelatnika iz djelatnosti sanitarnog inženjerstva s Odobrenjem za samostalan rad, među kojima su 164 magistra sanitarnog inženjerstva/diplomirana sanitarna inženjera, 205 prvostupnika sanitarnog inženjerstva/sanitarna inženjera i 173 sanitarna tehničara.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2010. godine, broj zdravstvenih djelatnika iz zdravstvene radiološko-teh-

nološke djelatnosti bio je 1010, od čega 24 radiološka tehničara (22 u javnim i 2 u privatnim zdravstvenim ustanovama) te 986 radioloških inženjera (981 u javnim i 5 u privatnim zdravstvenim ustanovama). U Registru HKZR-a zaprimljena je dokumentacija od 1209 stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, a od ukupno 1206 članova Strukovnog razreda zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti HKZR-a, 903 je zaposleno u javnim zdravstvenim ustanovama, 130 u privatnim praksama, pet u zavodima za javno zdravstvo, četiri u ostalim ustanovama, a preostali članovi (n=164) su dobrovoljni, među kojima su nezaposleni i oni koji ne obavljaju zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2010. godine broj zdravstvenih djelatnika iz djelatnosti radne terapije bio je 97, od čega u javnim zdravstvenim ustanovama radilo sedam radno-terapeutskih tehničara i 89 radnih terapeuta, a u privatnoj praksi jedan radni terapeut. Podaci iz registra Hrvatske komore zdravstvenih radnika u RH ukazuju na veći broj radnika toga profila, ukupno njih 266, od kojih 214 provodi djelatnost radne terapije. Broj djelatnika radne terapije na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 4,4, što je ispod prosjeka u zemljama EU-a (33/100.000). Od ukupnog broja radnih terapeuta koji obavljaju djelatnost, oko 60% ih je zaposleno u zdravstvenim ustanovama, dok je preostalih 40% zaposleno u ustanovama socijalne skrbi. U ovom trenutku radna terapija se provodi uglavnom na sekundarnoj razini, i to najčešće u specijalnim i psihijatrijskim bolnicama dok je na primarnoj razini broj zaposlenih zanemariv, gotovo kao i na tercijarnoj.

Uočljiva je nepodudarnost podataka iz registara Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatske komore zdravstvenih radnika što otežava točnu procjenu stanja ovih profesija u sustavu zdravstva Republike Hrvatske.

3.6.2 Sigurnost i zaštita zdravstvenih djelatnika

Zdravstveni djelatnici mogu biti izloženi različitim rizicima u svom radu u zdravstvenim ustanovama. Najvažniji zakoni koji reguliraju to područje su Zakon o zaštiti na radu i Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Prevencija i liječenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti osigurani su unutar obveznog zdravstvenog osiguranja što znači da poslodavci obdaju nadležnog specijalistu medicine rada prema mjestu rada i ne plaćaju izravno preventivne preglede svojih radnika izloženih povećanim rizicima po zdravlje na radnom mjestu. Liječenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti u nadležnosti je izabranog doktora opće medicine, a propisani preventivni pregledi i ocjena radne sposobnosti isključivo su u nadležnosti specijalista medicine rada. Svi zaposlenici, u ovom slučaju zdravstveni djelatnici, trebali bi znati tko je njihov nadležni specijalist medicine rada kako bi u slučaju potrebe znali gdje mogu potražiti savjet u vezi zaštite zdravlja na radu.

Zdravstvena djelatnost potpada u visokorizične djelatnosti te se sa stopom od 7,5/100.000 i 904,4/100.000 nalazi iznad prosječne stope za Hrvatsku kad su u pitanju profesionalne bolesti i ozljede na radu. Od ukupno 101 prijavljene profesionalne bolesti u 2010., 7% se odnosilo na djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, a na iste djelatnosti odnosilo se 8,9% od ukupno 15.791 prijavljenih ozljeda na radu u 2010. godini. Najčešći uzorci ozljeda na radu su: ubod iglom ili drugim oštrim predmetom, ozljede leđne kralježnice, napad bolesnika, udar električne struje i požar. Najčešće profesionalne bolesti su: zarazne bolesti (72,8%), kožne bolesti (8,6%), bolesti uzrokovane ionizacijskim zračenjem (7,6%), maligne bolesti (5,6%).

Kako bi se osigurala sigurnost na radu zdravstvenih djelatnika posebice je potrebno osigurati i koristiti osobna zaštitna sredstva

koja se prvenstveno koriste u svrhu zaštite sluznice i kože zdravstvenih djelatnika od krvi/tjelesnih tekućina te sprečavanje kontaminacije odjeće i smanjenje mogućnosti širenja mikroorganizama s bolesnika ili predmeta na druge bolesnike ili okolinu tj. za prevenciju profesionalne ekspozicije bolničkim infekcijama. Treba koristiti zaštitnu odjeću koja odgovara određenim standardima, a odgovornost za primjenu mjera zaštite (osobnih zaštitnih sredstava i zaštitnih radnji) je na zdravstvenim ustanovama (uprava) koje moraju svojim zaposlenicima osigurati izobrazbu i dostupnost osobnih zaštitnih sredstava, ali i na zdravstvenim djelatnicima koji moraju biti svjesni svog profesionalnog rizika te pravilno i dosljedno koristiti mjere zaštite. Posebne mjere zaštite trebaju biti primijenjene vezane uz opasnost zaraze od HIV/AIDS- a.

Također, u zdravstvenim ustanovama moraju biti razrađeni protokoli po kojima će se postupati u incidentnim situacijama. U Hrvatskoj je uspostavljen sustav za kontrolu bolničkih infekcija te zdravstveni djelatnici primjenjujući zaštitne mjere pri radu čuvaju ne samo svoje zdravlje već imaju i važnu ulogu u sprečavanju i suzbijanju hospitalnih infekcija čime skrbe i za zdravlje i sigurnost svojih pacijenata.

Osim rizika od infekcija, zdravstveni djelatnici mogu biti izloženi i opasnosti od ionizirajućeg i neionizirajućeg zračenja. Pri tome je važno, uz opće mjere zaštite, poduzimati i mjere osobne zaštite i kontrole osobne izloženosti odnosno praćenja zdravstvenog stanja izloženih radnika kako bi se na vrijeme spriječile promjene u zdravstvenom stanju. Ovi zdravstveni djelatnici podliježu obavezanim zdravstvenim pregledima u rokovima i sadržajem određenim posebnim pravilnicima. Jedna od mjera prevencije je i redovito servisiranje i zamjena dijelova uređaja jer oni mogu biti uzrok pojačanom štetnom djelovanju po zdravlje.

Uz navedene rizike djelatnici i bolesnici mogu biti izloženi opasnosti od štetnog djelovanja citotoksičnih lijekova i to zdravstveni djelatnici prilikom pripreme i aplikacije lijeka, a bolesnici prilikom dobivanja terapije nestručnim rukovanjem ili pripremom citotoksične terapije. Citotoksična terapija se u Hrvatskoj u većini slučajeva priprema na odjelima bez nadzora stručne osobe (magistra farmacije) što dovodi u opasnost i osobe koje pripremaju terapiju i same pacijente, a upitna je i kvaliteta i ispravnost pripremljenog lijeka. Potrebno je osigurati odgovarajući prostor, opremu za prijem, čuvanje, pripremu, izdavanje i transport citotoksičnog lijeka odnosno terapije. Također, potrebno je osigurati stručnu pripremu od strane magistara farmacije i farmaceutskih tehničara, odgovarajuće mjere sigurnosti za djelatnike i za pacijente, odnosno sve uključene u rukovanje sa citotoksičnim lijekovima, zbrinjavanje izlučevina pacijenta koji je na terapiji citotoksičnim lijekovima, zbrinjavanje citotoksičnog otpada te odrediti standardne operativne postupke za neželjene slučajeve (primjerice prolijevanje lijeka, curenje lijeka pri aplikaciji, razbijanje spremnika i dr.).

Sve ustanove unutar zdravstvenog sustava upravo radi povećanih rizika po zdravlje dužne su izraditi procjenu opasnosti svih radnih mjesta kako bi se utvrdile opasnosti te mjere za zaštitu na radu odnosno uklanjanje ili smanjenje opasnosti. Procjenom opasnosti određuju se i radna mjesta koja su pod povećanim rizikom te određuju ona na koja se primjenjuju posebne mjere zaštite na radu odnosno ona na kojima su obavezni zdravstveni pregledi radnika u određenim rokovima. Procjena opasnosti je dinamičan proces i jednom napravljena procjena mora se svake dvije godine revidirati, a posebice ukoliko je u međuvremenu došlo do teže, skupne ili smrtno ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti.

Važnost zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu prepoznata je i na svjetskoj razini. U svibnju 2007. godine 193 zemlje članice Svjetske zdravstvene skupštine potvrdile su Globalni plan djelovanja za zdravlje radnika (engl. *Workers health: global plan of action – GPA*) i prihvatile 10-godišnji akcijski plan u okviru kojeg je predviđen i razvoj nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu. Godine 2006. Izvještaj o ljudskim resursima za zdravlje Svjetske zdravstvene organizacije navodi globalni nedostatak zdravstvenog osoblja i potrebu da se zdravstvene djelatnike podrži i zaštiti. Kao odgovor na to Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) je započela kampanju pod nazivom »Liječiti, osposobiti, zadržati« (engl. *Treat, Train, Retain*), a dvije godine kasnije, u prosincu 2009., SZO je u suradnji s Globalnom mrežom svojih suradnih centara za medicinu rada i zajedno s Međunarodnom organizacijom rada razvio Globalni okvir nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu.

U ožujku je 2012. godine SZO, ponovno u suradnji s Globalnom mrežom svojih suradnih centara za medicinu rada, izradio *Globalni Master Plan* kojim želi potaknuti primjenu GPA u razdoblju 2012. do 2017. godine. U okviru te inicijative RH planira izraditi Nacionalni program za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu zaposlenih u zdravstvu. U 2013. i 2018. SZO treba izvjestiti Svjetsku zdravstvenu skupštinu o napredovanju i implementaciji nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu.

3.6.3 Izobrazba zdravstvenih djelatnika

Izobrazba zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj provodi se u dobro razvijenoj mreži medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola. Studijski programi se izvode na ukupno 40 lokacija (gradova) od kojih su neka i sjedišta visokih učilišta (28 mjesta), a u nekima od njih (preostalih 12) izvode se samo dislocirani studiji nekog visokog učilišta kojemu je sjedište u drugom mjestu, najčešće i u drugoj županiji. Ukupno se 1202 studijska programa izvode u sjedištima visokih učilišta, a 58 programa su dislocirani studiji.

Prema trenutno važećoj nacionalnoj klasifikaciji znanstvenih područja i polja, postoji 7 znanstvenih područja unutar kojih su definirana znanstvena polja. U području 3. – Biomedicina i zdravstvo – ima šest polja.

Biomedicina i zdravstvo izvode se u 11 mjesta. Najviše ih je iz polja Kliničke medicinske znanosti, zbog proširenosti programa sestriinstva.

A. Sveučilišni studiji, broj programa

Preddiplomski: 9

Diplomski: 7

Integrirani preddiplomski i diplomski: 13

Poslijediplomski specijalistički: 60

Poslijediplomski doktorski: 11

Ukupno 100 (Zagreb 62, Rijeka 15, Osijek 8, Split 15)

B. Stručni studiji, broj programa

Stručni studij u trajanju kraćem od 3 godine – nema

Stručni studij u trajanju 3 ili više godina: 16

Specijalistički diplomski stručni studij: 6

Ukupno 22 (Zagreb 12, Rijeka 5, Osijek 0, Split 0, ostali 5)

C. Broj studija po poljima

Dentalna medicina: 5

Farmacija: 13

Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita: 21

Kliničke medicinske znanosti: 55

Temeljne medicinske znanosti: 16

Veterinarska medicina: 12

Osobitu teškoću u ovom trenutku stvara nedovoljno uređeno područje izobrazbe medicinskih sestara i primalja, uz nejasne kvalifikacije i ovlasti koje se stječu svakim od mnogobrojnih postojećih oblika školovanja.

Danas u Hrvatskoj postoje ili se obrazuju medicinske sestre na sljedećim razinama:

- četverogodišnja srednja stručna škola (ima status priznavanja zatečenog stanja u skladu s pregovorima RH i EU-a; u školskoj godini 2012./2013. zadnja generacija učenika završava izobrazbu prema tom programu),

- petogodišnja srednja stručna škola (rezultat predpristupnih pregovora RH i EU-a, bit će naveden u Aneksu 5.2.2. Direktive 2005/36/EZ; trenutno u RH postoji 26 škola za takvu razinu izobrazbe),

- dvogodišnja viša škola (s priznatim statusom prvostupništva, regulirano Zakonom o akademskim i stručnim nazivima i akademskom stupnju,

- trogodišnji stručni studij,

- trogodišnji preddiplomski sveučilišni studij,

- specijalistički diplomski stručni studij (s preduvjetom završene prve razine visokog obrazovanja u trajanju od najmanje 3 ili 4 godine),

- diplomski sveučilišni studij (s preduvjetom završene prve razine visokog obrazovanja u trajanju od najmanje 3 ili 4 godine), te

Za tri profila medicinskih sestara Komora medicinskih sestara definirala je kompetencije.

U Hrvatskoj postoje dva studija primaljstva – jedan u Rijeci (studij uz rad) i drugi, sveučilišni stručni studij u Splitu, dok u Zagrebu trenutno ne postoji studij primaljstva.

U smislu standarda izobrazbe te vertikalne i horizontalne obrazovne mobilnosti, za djelatnost sanitarnog inženjerstva, zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost, djelatnost radne terapije i djelatnost medicinsko laboratorijske dijagnostike u RH postoje bitna odstupanja u odnosu na zemlje EU-a. Naime, zbog nedovoljno razvijenog ili nedostupnog formalnog visokog obrazovanja, zdravstveni djelatnici nadograđuju svoje kompetencije kroz neformalne i informalne oblike obrazovanja ili po dodatno znanje i vještine odlaze izvan granica RH.

Raspoloživost specijalizacija u Hrvatskoj određena je prema Nacionalnom planu za specijalizacije i subspecijalizacije koji svake godine donosi MZ prema procijenjenim potrebama zdravstvenih ustanova. Zbog potrebe za povećanjem broja i popunjavanjem visoko obrazovanog zdravstvenog osoblja u pojedinim djelatnostima nakon 2004. godine resorno ministarstvo odobrilo je veći broj specijalizacija i užih specijalizacija, između ostalog i za sustav primarne zdravstvene zaštite.

Također je u okviru paketa mjera za smanjenje listi čekanja uključena i doedukacija zdravstvenih djelatnika kao i zapošljavanje novog medicinskog kadra. U interesu ravnomjernog razvitka zdravstva na čitavom teritoriju Republike Hrvatske najavljen je model državnih specijalizacija. Isto tako, izražena je podrška za stipendiranje visokoobrazovanih kadrova zdravstvenih usmjerenja uz potporu lokalne i regionalne samouprave, uz postojeće primjere izgradnje stanova za liječnike i njihove obitelji.

Sažetak

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73.077 djelatnika. Od toga su 55.781 zdravstveni djelatnici i suradnici, 5.068 administrativni, a 12.228 tehnički djelatnici. U odnosu na 2000. godinu, udio administrativnih djelatnika smanjio se sa 30% na 24%.

Prosječna dob svih zaposlenih zdravstvenih djelatnika je 49,5 godine, a u odnosu na stanje iz 1995. godine, povećala se za 5,9 godina.

U Hrvatskoj je 2011. bilo stalno zaposleno sveukupno 12.532 liječnika. U odnosu na 1980. godinu broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se sa 167 na 281, što je još uvijek manje od prosjeka za EU (320/100.000). Među doktorima medicine, specijalista je 67%.

Broj doktora dentalne medicine u Hrvatskoj je zadovoljavajući s obzirom da ih je u 2006. godini bilo 75/100.000 stanovnika (prosjeak za EU: 66/100.000 stanovnika).

Broj magistara farmacije na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 60 što je manje od prosjeka za EU (77/100.000).

Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 569 u 2010. godini što je još uvijek manje od prosjeka EU-a (782/100.000). Među sestrama je 19% onih s višom stručnom spremom, više nego 2006. godine kada je njihov udio bio 15%. Broj primalja na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 35 što je nešto iznad prosječne stope u EU (32/100.000 stanovnika). Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u zdravstvenim ustanovama je 2010. radilo 2226 zdravstvenog laboratorijskih tehničara i 958 inženjera/prvostupnika medicinsko laboratorijske dijagnostike; 188 sanitarnih tehničara i 210 sanitarnih inženjera, 24 radiološka tehničara i 986 radioloških inženjera, te sedam radno-terapeutskih tehničara i 90 radnih terapeuta.

Neki trendovi, poput smanjenja interesa za studij medicine i za neke grane specijalizacije, povećanje prosječne dobi liječnika i činjenica da je 38% liječnika starije od 50 godina, pridonose zabrinutosti za dovoljan broj liječnika u budućnosti i naglašavaju potrebu ulaganja u izobrazbu i dugoročnijeg planiranja. Postojeći registri koje održavaju HZJZ i Hrvatska liječnička komora sadržavaju podatke koji se osvježavaju prilikom obnove licence (svakih šest godina) ili prilikom novog zaposlenja. Iz ovoga se jasno vidi potreba za razvojem cjelovitog sustava za praćenje ljudskih resursa u zdravstvu u Hrvatskoj koji bi omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih djelatnika.

Zdravstvena djelatnost potpada u visokorizične djelatnosti te se sa stopom od 7,5/100.000 i 904,4/100.000 nalazi iznad prosječne stope za Hrvatsku kad su u pitanju profesionalne bolesti i ozljede na radu. Od ukupno 101 prijavljene profesionalne bolesti u 2010., 7% se odnosilo na djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, a na iste djelatnosti odnosilo se 8,9% od ukupno 15.791 prijavljenih ozljeda na radu u 2010. godini. Sve ustanove unutar zdravstvenog sustava upravo radi povećanih rizika po zdravlje dužne su izraditi procjenu opasnosti svih radnih mjesta kako bi se utvrdile opasnosti te mjere za zaštitu na radu odnosno uklanjanje ili smanjenje opasnosti. Procjenom opasnosti određuju se i radna mjesta koja su pod povećanim rizikom te određuju ona na koja se primjenjuju posebne mjere zaštite na radu odnosno ona na kojima su obvezni zdravstveni pregledi radnika u određenim rokovima.

Izobrazba zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj provodi se u dobro razvijenoj mreži medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola. Studijski programi se izvode na ukupno 40 lokacija (gradova) od kojih su neka i sjedišta visokih učilišta (28 mjesta), a u nekima od

njih (preostalih 12) izvode se samo dislocirani studiji nekog visokog učilišta kojemu je sjedište u drugom mjestu, najčešće i u drugoj županiji. Ukupno 1202 studijska programa izvode se u sjedištima visokih učilišta, a 58 programa su dislocirani studiji. Osobitu teškoću u ovom trenutku stvara nedovoljno uređeno područje izobrazbe medicinskih sestara, uz nejasne kvalifikacije i ovlasti koje se stječu svakim od mnogobrojnih postojećih oblika školovanja. U smislu standarda izobrazbe te vertikalne i horizontalne obrazovne mobilnosti, za djelatnost sanitarnog inženjerstva, zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost, djelatnost radne terapije i djelatnost medicinsko laboratorijske dijagnostike u RH postoje bitna odstupanja u odnosu na zemlje EU-a. Naime, zbog nedovoljno razvijenog ili nedostupnog formalnog visokog obrazovanja, zdravstveni djelatnici nadograđuju svoje kompetencije kroz neformalne i informalne oblike obrazovanja ili po dodatno znanje i vještine odlaze izvan granica RH.

Raspoloživost specijalizacija određena je prema Nacionalnom planu za specijalizacije i subspecijalizacije koji svake godine donosi MZ prema procijenjenim potrebama zdravstvenih ustanova. Zbog potrebe za povećanjem broja i popunjavanjem visoko obrazovanog zdravstvenog osoblja u pojedinim djelatnostima nakon 2004. godine resorno ministarstvo odobrilo je veći broj specijalizacija i užih specijalizacija, između ostalog i za sustav primarne zdravstvene zaštite.

3.7 Prava pacijenata u Republici Hrvatskoj

3.7.1 Zakonski okvir

Dostojanstvo i jednaka prava svih ljudi osnova su postojanja i djelovanja društva. Zaštita prava onih najranjivijih u društvu koji nemaju mogućnosti da se sami zaštite zadatak je i izazov s društvenog, političkog i zakonskog aspekta.

Deklaracija o ljudskim pravima izdana od strane Ujedinjenih naroda smatra se jednim od temeljnih dokumenata za promicanje ljudskih prava i zaštitu ljudskog dostojanstva u međunarodnom pravu, pružajući pravni i moralni temelj za stvaranje boljih standarda zdravstvene njege. Deklaracija promiče međuljudsku brigu i kao takva predstavlja okvir za rješavanje ključnih društvenih, pravnih i etičkih pitanja.

Prava pacijenata mogu biti organizirana na različite načine. Mogu biti u obliku zakonskih prava, kvazi-zakonskih prava te zakonski neobvezujućih prava. Zakonska prava pacijenata predstavljaju zakonom definirana prava koja se moraju poštovati bez obzira na podrijetlo i resurse pružatelja usluga. U ovome slučaju pacijenti imaju pravo žalbe nadležnom sudu ili srodnom autoritetu u slučaju povrede njihovih prava. Nadalje, prava pacijenata mogu biti kvazi-zakonska i tada predstavljaju obveze liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika postavljena od strane administrativnih tijela u obliku kodeksa ili slično, a vezane uz pružanje zdravstvene zaštite i uobičajene kao prava pacijenata. Prava pacijenta mogu biti uobičajena i u dokumentima koji nisu zakonski obvezujući te se u tim slučajevima uglavnom temelje na moralnim vrijednostima pružatelja.

Početkom 1990-ih godina Hrvatska je započela svoj put prema demokraciji i uspostavi učinkovitog sustava zaštite ljudskih prava. Zaštita prava pacijenata svrstava se u širu kategoriju zaštite ljudskih prava, odnosno zaštitu prava one skupine građana koji su najranjiviji i ne mogu se sami zaštititi.

Nakon osamostaljenja u Hrvatskoj je 1993. godine donesen Zakon o zdravstvenoj zaštiti kojim su pacijentima zajamčena određena prava uključujući: pravo na točne informacije, pravo na odabir između različitih medicinskih postupaka, pravo na odbijanje pregleda i liječenja, pravo na promjenu liječnika primarne zdravstvene zaštite,

pravo na odbijanje promatranja, pravo na odbijanje sudjelovanja u istraživanjima, pravo na tajnost podataka o zdravstvenom stanju i druga prava. U skladu s ovim zakonom pacijenti su imali pravo tražiti zaštitu svojih prava ukoliko su smatrali da su ima ona uskraćena.

Novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti donesen je 2003. godine, no uključivao je vrlo malo promjena u odnosu na prvotno donesen Zakon iz 1993. godine.

Kao potpisnica Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića u pogledu primjene biologije i medicine, Vlada Republike Hrvatske se obvezala na uređenje zakonodavstva u skladu s odredbama Konvencije te je 2004. godine donesen Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakon uređuje moralne, etičke i građanske norme ponašanja korisnika i davatelja zdravstvenih usluga. Temelji se na načelima humanosti i dostupnosti.

Gledajući cjelokupni zakonski okvir, prava pacijenata u Republici Hrvatskoj regulirana su velikim brojem službenih akata: 8 zakona, 62 pravilnika te još 22 druga podzakonska akta. Osam temeljnih zakona prošlo je proces usklađivanja sa zakonodavstvom Europske unije (ukupno 19 službenih akata).

Sva prava pacijenata mogu se podvesti pod jednu od sljedeće tri skupine: ljudska prava; osiguranička prava; potrošačka prava.

Temeljni zakon koji regulira ljudska prava pacijenata jest Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakon o zdravstvenoj zaštiti regulira potrošačka, a dijelom i ljudska prava pacijenata.

Temeljni zakoni koji reguliraju potrošačka prava pacijenata jesu Zakon o medicinskim proizvodima te Zakon o lijekovima.

Temeljni zakon koji regulira osiguranička prava jest Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Zajedno s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, njime se uređuju prava osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz obveznog zdravstvenog osiguranja, uvjeti i način njihovog ostvarivanja te obveze osiguranih osoba u ostvarivanju tih prava.

Daljnja dva zakonska akta koji reguliraju neka specifična prava pacijenata su Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji te Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja.

Temeljem Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama pri Ministarstvu zdravlja djeluje Državno povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, a ministarstvo provodi postupak određivanja ustanove u kojoj će se provesti prisilna hospitalizacija za duševne bolesnike koji su u nebrojivom stanju počinili obilježja kaznenog djela te im je Županijski sud odredio prisilnu hospitalizaciju. Državno povjerenstvo posjećuje najmanje jednom u šest mjeseci, i to bez najave, psihijatrijske ustanove radi provjere uvjeta i načina provođenja zaštite i liječenja osoba s duševnim smetnjama. Prilikom posjeta psihijatrijskim ustanovama provodi se nadzor na poštivanju ljudskih prava i sloboda i dostojanstva osoba s duševnim smetnjama.

3.7.2 Stanje prava pacijenata

Iako je donošenje Zakona o zaštiti prava pacijenata bio značajan korak približavanju i usklađivanju s međunarodnim standardima, realna se situacija pacijenata u Hrvatskoj nije mnogo promijenila, za što postoji više razloga. Hrvatska je preuzela međunarodna rješenja i okvire vezano uz prava pacijenata kako bi se uskladila s određenim međunarodnim tijelima (poput Europske komisije, Vijeća Europe) bez uzimanja u obzir objektivnog nacionalnog kapaciteta implementacije. Manjak političke volje za usvajanjem pravila implementaci-

je postojećih zakona, kao i manjak transparentnosti pridonijeli su nedovoljnoj učinkovitosti novog Zakona o zaštiti prava pacijenata. Nadalje, pacijenti nisu dovoljno upoznati sa svojim pravima te ih stoga ni ne prakticiraju.

Dodatni problem u procjeni stanja stvara činjenica da o pravima pacijenata praktično nema relevantnih istraživanja, a izvještaji o njima većinom su anegdotalni ili pak predstavljaju mišljenje udruga pacijenata i nevladinih organizacija. U rijetkim primjerima sustavnijeg prikaza prava pacijenata kroz prikaze slučajeva koristio se kvalitativni pristup.

Da bi se moglo objektivno suditi o stanju prava pacijenata u hrvatskom zdravstvu, nužno je izgraditi sustav praćenja ostvarivanja prava. Primjerice, da bi se objektivno utvrdilo mogu li slijepi i gluho-nijemi pacijenti ostvariti svoje pravo na komunikaciju, neophodno je da u svakoj zdravstvenoj ustanovi (ili bar u bolnicama) postoji popis osoba koje znaju jezik znakova i brajicu te mogu djelovati kao tumači. Ili, da bi pacijenti mogli ostvarivati svoje pravo na glasovanje u bolnici, svaka bolnica morala bi imati pisanu politiku ili dokumentiranu proceduru kako omogućiti glasanje hospitaliziranih pacijenata.

Ključni instrument u izgradnji sustava praćenja ostvarivanja prava pacijenata jest centralizirani sustav zaprimanja pritužbi kako bi se objektivno utvrdilo na što se sve pacijenti žale, u kojem postotku te kakve ishode svojih pritužbi žele. Ovom metodom mogu se prikupiti podaci o stanju ljudskih prava pacijenata te osobito prevladava li u sustavu paternalistički pristup prema pacijentu, ili se poštuje njegova autonomija i prihvaća ga se kao ravnopravnog partnera koji je sposoban i zainteresiran za sudjelovanje u svim aspektima zdravstvene skrbi koju prima.

Idući važan instrument su kliničke smjernice i algoritmi usvojeni na nacionalnoj razini. Na osnovu kliničkih smjernica, algoritama i hodograma moguće je objektivno procjenjivati potrošačka prava pacijenata.

3.7.3 Zadovoljstvo i sigurnost pacijenata

Procjena stanja i unapređenje postojećih zdravstvenih sustava kako bi se što bolje prilagodili potrebama pacijenata u središtu su pažnje institucija i zemalja širom svijeta. U tu su svrhu velike svjetske organizacije poput Svjetske zdravstvene organizacije te Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj razvile sustave i pokazatelje procjene kao što su European Health for All baza podataka ili Indeks kvalitete zdravstvene zaštite (engl. Health Care Quality Index). Nadalje, s ciljem praćenja razvoja zdravstvenih sustava i prilagođavanja potrebama pacijenata u Briselu je 2005. godine razvijen nov alat za procjenu stanja zdravstvenih sustava nazvan Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača (engl. Euro Health Consumer Index – EHCI). Indeks je početno razvijen u svrhu prikupljanja i usporedbe podataka o stanju zdravstvenih sustava u dvanaest zemalja Europe s aspekta odnosa prema potrošačima. Prikupljeni podaci mogu poslužiti kao izvor informacija o stanju zdravstvenih sustava analiziranih zemalja i kao smjernice za budući razvoj stavljajući osobit naglasak na perspektivu pacijenata.

Nadalje, poimanje sigurnosti pacijenata podrazumijeva nastojanja i aktivnosti koje se poduzimaju kako bi svi postupci i okruženje u pružanju zdravstvene skrbi osigurali željeni ishod bolesnikova liječenja. Postoje različiti pokazatelji sigurnosti pacijenata koji se mogu koristiti s ciljem procjene, nadzora i poboljšanja zdravstvene zaštite pacijenata te s ciljem identificiranja i izbjegavanja potenci-

jalnih komplikacija koje su rezultat pacijentovog izlaganja sustavu zdravstvene zaštite. Pokazatelji se razlikuju ovisno o tome promatraju li se s razine bolnice ili s državne razine. Neki od potencijalnih indikatora za analizu stanja sigurnosti pacijenata u RH na razini bolnice su: smrtnost kirurških pacijenata s lječivim ozbiljnim komplikacijama, postoperativni zastoji disanja, postoperativna plućna embolija, reakcije na transfuziju, postoperativna sepsa, neonatalne ozljede, zaostala strana tijela nakon obavljenog zahvata, postoperativna fraktura kuka i drugi. Odabrani pokazatelji sigurnosti na razini zemlje uključuju: nastanak postoperativnih hematoma, slučajne ozljede, postoperativna infekcija rane i drugi.

Istraživanjem uzroka neželjenih događaja u zdravstvenoj skrbi, pokazalo se da više od 60 posto ozbiljnih događaja pripada komunikacijskim smetnjama na relaciji liječnik – medicinska sestra. Neučinkovita i nedovoljna komunikacija predstavlja značajan čimbenik u nastanku neželjenih događaja tijekom skrbi o pacijentu.

3.7.4 Prava pacijenata prema Europskom indeksu zdravstvene zaštite potrošača

Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača (EHCI) izrađuje The Health Consumer Powerhouse, neprofitna ustanova koja promiče potrošačke aspekte zdravstvene skrbi u Europi i potrošačka prava pacijenata. Sustavna analiza potrošačkih prava pacijenata koje ova ustanova provodi temeljena je na semikvantitativnom ocjenjivanju u pet kategorija s različitim brojem indikatora, ukupno njih 42 (Tablica 1).

Tablica 1. Kategorije i broj indikatora Europskog indeksa zdravstvene zaštite potrošača. Izvor: Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača, 2012.

Kategorije	Broj indikatora
Prava i informiranje pacijenata	12
Čekanje na zdravstvene usluge	5
Zdravstveni ishodi	8
Opseg i dostupnost zdravstvenih usluga	10
Lijekovi	7
Ukupno	42

Svaki indikator ocjenjuje se kao dobar (3 boda), osrednji (2 boda) ili loš (1 bod); kod neprimjenjivih podataka dodjeljuje se ocjena »osrednji« odnosno 2 boda, a za nepoznato pak 1 bod. Ovakav način ocjenjivanja i rangiranja ne daje mogućnost preciznih i apsolutnih usporedbi. Primjerice, ako jedna zemlja ima ukupno 15 bodova više od druge, to ne znači da je njezin zdravstveni sustav objektivno bolji od sustava te druge zemlje. No, ako jedna zemlja ima dvostruko manje bodova od neke druge, to nesumnjivo znači da je njezin sustav lošiji.

Godine 2012. analizom su obuhvaćene 34 europske zemlje. Hrvatska je u ukupnom poretku bila na 17. mjestu, s 655 bodova, što je napredak u odnosu na 23. mjesto koje je zauzela u izvještaju iz 2009. godine. Na vrhu ljestvice je Nizozemska s 872 boda, a na dnu pak Srbija s 451 bodom. Usporedne zemlje, Češka i Slovenija, zauzimaju 15. i 19. mjesto s 694 odnosno 638 bodova.

U Tablici 2 uspoređena je Hrvatska s Nizozemskom i Srbijom kao najviše i najviše rangiranima te Češkom i Slovenijom kao usporednim zemljama.

Tablica 2. Usporedba Hrvatske s još četiri zemlje prema svim pokazateljima Europskog indeksa zdravstvene zaštite potrošača. Izvor: Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača, 2012.

Kategorija	Indikator	Nizo- zem- ska	Češ- ka	Hr- vat- ska	Slo- ve- nija	Sr- bija
Prava i informiranje pacijenata	Zakon o zdravstvu temeljen na pravima pacijenata					
	Udruge pacijenata uključene u donošenje odluka					
	Osiguranje od pogreške					
	Pravo na drugo mišljenje					
	Dostupnost vlastite medicinske dokumentacije					
	Registar »bona fide« liječnika					
	Zdravstvene informacije dostupne 24/7 preko interneta ili telefonski					
	Zdravstvena skrb u inozemstvu o trošku domaćeg osiguravatelja			NP		NP
	Katalog pružatelja zdravstvenih usluga rangiranih po kvaliteti					
	Uvođenje elektronske zdravstvene dokumentacije					
	Mogućnost da se pacijent preko interneta naruči na zdravstvenu uslugu					
	E-recepti za lijekove					
	Zbroj	170	107	146	112	102
Čekanje na zdravstvene usluge	Obiteljski liječnik dostupan istog dana					
	Direktan pristup specijalistima					
	Neakutne operacije dostupne za manje od 90 dana					
	Terapija malignoma dostupna za manje od 21 dan					
	CT/MR dostupni a manje od 7 dana					
Zbroj	200	183	133	133	117	
Zdravstveni ishodi	Mortalitet od srčanog udara					
	Dojenačka smrtnost					
	Postoci preživljavanja malignoma					
	Preventabilne godine izgubljenog života					
	MRSA infekcije					
	Carski rezovi					
	Neotkriveni dijabetes					
	Depresija			NZ		NZ
	Zbroj	263	225	200	213	113
	Opseg i dostupnost zdravstvenih usluga	Pravičnost zdravstvenog sustava				
Operacije katarakte						NZ
Procijepjenost dojenčadi protiv četiri dječje bolesti						
Transplantacije bubrega na milijun stanovnika						NZ
Stomatološka skrb u sklopu javne zdravstvene skrbi						
Stopa mamografija						
Neformalna plaćanja liječnicima						
Prevenција pušenja				NZ		NZ
Dugotrajna skrb za starije				NZ	NP	NZ
Postotak dijaliza izvan klinika						
Zbroj	163	117	128	99	82	

Lijekovi	Besplatni lijekovi					
	Farmakopeja prilagođena laicima					
	Implementacija novih antineoplastičkih lijekova					
	Dostupnost novih lijekova			NZ		
	Lijekovi protiv Alzheimerove bolesti					
	Lijekovi protiv shizofrenije					
	Svijest o učinku antibiotika na viruse					NP
	Zbroj (/150)	76	62	48	81	38
Ukupno (/1000)	872	694	655	638	451	
Rang	1	15	17	19	34	
	- dobro (3 boda)					
	- osrednje (2 boda)					
	- loše (1 bod)					
NP	- nije primjenjivo (2 boda)					
NZ	- nepoznato (1 bod)					

Tablica 3. Usporedba Hrvatske s još četiri zemlje prema Europskom indeksu zdravstvene zaštite potrošača, sveukupno i po pojedinim kategorijama. Izvor: Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača, 2012.

Kategorija	Nizo- zemska	Češka	Hrvat- ska	Slove- nija	Srbija
Prava i informiranje pacijenata	170	107	146	112	102
Dostupnost zdravstvenih usluga	200	183	133	133	117
Zdravstveni ishodi	263	225	200	213	113
Prevenција/Opseg zdravstvenih usluga	163	117	128	99	82
Lijekovi	76	62	48	81	38
Ukupno bodova	872	694	655	638	451
Rang	1	15	17	19	34

U ukupnom poretku zemalja Hrvatska se nalazi posred raspona između Nizozemske kao najbolje i Srbije kao najlošije rangirane, kao i posred raspona između Češke i Slovenije (Tablica 3).

U pogledu politike lijekova Hrvatska stoji slabije i od Slovenije, i od Češke te je negdje po sredini raspona između Nizozemske i Srbije.

U pogledu opsega i dostupnosti zdravstvenih usluga Hrvatska je bolja i od Češke i od Slovenije te je bliža Nizozemskoj negoli Srbiji.

Prema zdravstvenim ishodima Hrvatska je lošija i od Slovenije, i od Češke, ali gotovo dvostruko bolja od Srbije.

Po razini prava i informiranja pacijenata Hrvatska je pozicionirana bolje i od Češke i od Slovenije, i negdje na sredini između Srbije i Nizozemske.

Zaključno, Hrvatskoj predstoji još mnogo rada na unapređivanju aspekata potrošačkih prava pacijenata, i to prvenstveno u pogledu skraćivanja prosječnih vremena čekanja na zdravstvene usluge.

3.7.5 Problem korupcije

Sustav zdravstva i pružanje zdravstvene zaštite ovisi o učinkovitom kombiniranju financijskih i ljudskih resursa te pružanja pravovremenih i pravilno alociranih usluga. Navedeno podrazumijeva postojanje sustava koji bi mobilizirao i raspodjeljivao resurse, obrađivao informacije i u skladu s time djelovao i poticao sve sudionike sustava na pravilno, pošteno i učinkovito djelovanje. Dobro upravljanje ključ je uspješnog djelovanja takvog sustava.

Korupcija je štetna društvena pojava koja narušava osnovne društvene vrijednosti i stoga je potrebno ulagati napore u njezino

aktivno suzbijanje. Zloporaba povjerene moći za stjecanje vlastite koristi smatra se korupcijom u najširem smislu.

Po definiciji, korupcija je opći koncept koji se može opisati kao organizirani, nezavisni sustav u kojem jedan njegov dio ne izvršava svoje izvorne dužnosti ili ih obavlja na neodgovarajući način, narušavajući time izvornu svrhu sustava. Podmićivanje, pak, jest nudenje, davanje, primanje ili omogućavanje davanja neke vrijednosti (novčane, materijalne isl.) kako bi se utjecalo na djelovanje službene osobe u javnoj službi.

Dakle, mito i korupcija postoje samo unutar sustava, i to u onim dijelovima sustava gdje on ne izvršava svoje dužnosti. Drugim riječima: loš sustav omogućuje slobodan prostor za mito i korupciju.

Transparency International daje opću definiciju korupcije kao zloupotrebu javnih ovlasti radi osobnog dobitka. Hrvatska je za 2011. godinu na Indeksu percepcije korupcije Transparency Internationala na ljestvici od 0 (potpuna korupcija) do 10 (bez korupcije) ocijenjena s 4,0, što je za desetinu boda niža ocjena nego 2010. čime se nastavio trend opadanja indeksa koji je najvišu (najbolju) vrijednost u Hrvatskoj dosegao 2008. godine (4,4). U poretku zemalja svijeta, Hrvatska je 2011. prema Indeksu percepcije korupcije bila na 66. mjestu, iza Češke (57.) i Slovenije (35.).

Korupciju u zdravstvu Transparency International definira kao zloupotrebu povjerenja kojeg daje položaj. Takva definicija korupcije veoma dobro pokriva nečasna djela bolnica, liječnika te ostalih djelatnika u zdravstvu koji općenito imaju visok društveni i profesionalni status i od kojih se očekuje da svoj profesionalni sud donose neovisno o privatnim financijskim interesima.

Analiza Transparency Internationala pokazuje da je zdravstvo veoma podložno korupciji i to u čitavom svijetu. Korupcije ima i u privatnim kao i državnim zdravstvenim sustavima, u siromašnima kao i u bogatima, u tehnički sofisticiranima kao i najprimitivnijima.

Dokazano je da razina korupcije ovisi i o izgrađenosti pravnog sustava zemlje kao i normama koje se poštuju u neformalnim institucijama. Vrijednosti, društvene mreže, običaji i načini ophođenja sa sudionicima poslovnog procesa determiniraju naklonjenost korupciji.

Što se formalnih institucija tiče, istraživanja su pokazala da će korupcija biti veća što je povjerenje u sudstvo i pravni sustav manje. Također je dokazano da odluka o korumpiranu djelovanju ovisi i o postojanju drugih pravnih alternativa.

Korupcija će postojati dok su god koristi od korumpiranog djelovanja veće od troškova i rizika koje takvo ponašanje nosi. Upravo zato je potrebno strogo sankcionirati svako protuzakonito i korumpirano djelovanje.

Korupcija u zdravstvenom sektoru odraz je različitih strukturalnih problema, a među glavne motive postojanja korupcije u zdravstvu ubrajaju se: slaba ili nepostojeća regulacija, prekomjerna regulacija sustava, manjak odgovornosti, niske plaće, ograničena ponuda usluga i slično. Nesumnjivo jest da korupcija šteti zdravlju, a osobito je velik teret onim najsiromašnijima koji nemaju mogućnosti udovoljiti zahtjevima postavljenima zbog postojanja korupcije.

Zdravstveni sustav podložan je korupciji jer ima osobitu strukturu u kojoj se isprepliću sljedeći ključni elementi: neizvjesnost; asimetrija informiranosti; brojnost i raspršenost sudionika. Tu su još dva važna činitelja; prvi je taj da društvo često poklanja povjerenje privatnim sudionicima koji igraju važne javne uloge. Primjerice, kad privatne farmaceutske tvrtke, privatne zdravstvene ustanove ili privatni osiguravatelji postupaju nečasno da bi se obogatili, oni formalno ne zloupotrebljavaju javnu službu radi osobnog dobitka.

Ipak, oni zloupotrebljavaju povjerenje javnosti budući da se od osoba i organizacija koje sudjeluju u davanju zdravstvenih usluga očekuju visoki standardi zaštite interesa korisnika. Uopće, u većini zemalja medicinskoj je profesiji dana velika sloboda samoregulacije, uz podrazumijevanje da za uzvrat preuzima profesionalnu odgovornost za djelovanje u najboljim interesima pacijenata.

Korupcija liječnika nije endemska pojava ni problem nekolicine zdravstvenih djelatnika – pojedinaca izoliranih od djelovanja ukupnog zdravstvenog sustava. Također, korupcijom u zdravstvu ne ostvaruje se samo neposredna financijska dobit, već i udio na tržištu, uklanjanje konkurencije, društveni prestiž, a što je osobito važno: politički utjecaj i moć.

Svijest o potrebi borbe protiv korupcije u zdravstvu nije niska samo u nas, već i drugim zemljama. Tako je Služba za borbu protiv prevare i korupcije (Counter Fraud Service) u sklopu britanske Nacionalne zdravstvene službe osnovana tek 1998. godine. Borba protiv korupcije u zdravstvu itekako je isplativa: američkoj se vladi za svaki dolar uložen u borbu vrati čak osam dolara.

Transparency International procjenjuje da korupcijom prouzročeni godišnji gubitak u zdravstvenim sustavima razvijenih zemalja iznosi oko 10 posto.

Iako skandali oko korupcije bolničkih liječnika pobuđuju najveće medijsko i javno zanimanje, bolnice su općenito mjesta koja zbog svoje veličine, složenosti i količine novca koji se tu obrće, pružaju mnoštvo mogućnosti za koruptivno ponašanje. Najveće količine novca ne nestaju u liječničkim džepovima, već u postupcima nabave opreme, građevinskim radovima i prenapuhanim računima za bolničko liječenje. U konačnici, gubitnici su u tome, kao i uvijek, bolesnici: bilo zato što plaćaju mito da bi dobili ono što im pripada besplatno, bilo zato što odluke o liječenju nisu temeljene na potrebama bolesnika već na financijskim motivima.

Korupcija hara bolnicama u razvijenim kao i u nerazvijenim zemljama. Tako financijske prevare i zloupotrebe u bolnicama samo u SAD-u godišnje odnesu najveći dio svote procijenjene između 12 i 23 milijarde dolara.

Zaključno, glavne posljedice korupcije po zdravstveni sustav su brojne i duboke:

- smanjivanje sredstava u sustavu
- pad kvalitete skrbi
- pad dostupnosti medicinskih usluga i dobara
- stvaranje nejednakosti
- porast troškova
- pad morala u sustavu i njegovoj okolini
- negativan utjecaj na makroekonomiju
- kočenje razvoja pravih privatnih ustanova.

Neovisno u kojem se obliku korupcija javlja, nužno je osigurati kvalitetno upravljanje, jasan zakonski okvir te praćenje i nadzor djelovanja svih aktera unutar sustava.

Sažetak

Sva prava pacijenata mogu se podvesti pod jednu od sljedeće tri skupine: ljudska prava, osiguranička prava, potrošačka prava.

Prava pacijenata u Republici Hrvatskoj regulirana su velikim brojem službenih akata: 8 zakona, 62 pravilnika te još 22 druga podzakonska akta. Osam temeljnih zakona prošlo je proces usklađivanja sa zakonodavstvom Europske Unije.

O pravima pacijenata u nas praktično nema relevantnih istraživanja, a izvještaji o njima većinom su anegdotalni ili pak predstavljaju mišljenje drugih pacijenata i nevladinih organizacija. U rijetkim

primjerima sustavnijeg prikaza prava pacijenata kroz prikaze slučajeva koristio se kvalitativni pristup.

Da bi se moglo objektivno suditi o stanju prava pacijenata u hrvatskom zdravstvu, nužno je izgraditi sustav praćenja ostvarivanja prava. Primjerice, da bi se objektivno utvrdilo mogu li slijepi i gluho-nijemi pacijenti ostvariti svoje pravo na komunikaciju, neophodno je da u svakoj zdravstvenoj ustanovi (ili bar u bolnicama) postoji popis osoba koje znaju jezik znakova i brajicu te mogu djelovati kao tumači.

Ključni instrument u izgradnji sustava praćenja ostvarivanja prava pacijenata jest centralizirani sustav zaprimanja pritužaba, kako bi se objektivno utvrdilo na što se sve pacijenti žale, u kojem postotku te kakve ishode svojih pritužaba žele. Ovom metodom mogu se prikupiti podaci o stanju ljudskih prava pacijenata te osobito prevladava li u sustavu paternalistički pristup prema pacijentu, ili se poštuje njegova autonomija i prihvaća ga se kao ravnopravnog partnera koji je sposoban i zainteresiran za sudjelovanje u svim aspektima zdravstvene skrbi koju prima.

Idući važan instrument su kliničke smjernice i algoritmi usvojeni na nacionalnoj razini. Na osnovu kliničkih smjernica, algoritama i hodograma moguće je objektivno procjenjivati potrošačka prava pacijenata.

Prava pacijenata u RH mjerena Europskim indeksom zdravstvene zaštite potrošača. Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača temeljen je na semikvantitativnom ocjenjivanju 42 indikatora grupiranih u pet kategorija: pravo i informiranje pacijenata; čekanje na zdravstvene usluge; zdravstveni ishodi; opseg i dostupnost zdravstvenih usluga; lijekovi. Godine 2012. analizom su obuhvaćene 34 europske zemlje. Hrvatska je u ukupnom poretku bila na 17. mjestu, posred raspona između Nizozemske kao najbolje i Srbije kao najlošije rangirane. Usporedne zemlje, Češka i Slovenija, zauzimaju 15. i 19. mjesto. Hrvatskoj ima dosta prostora za unapređenje potrošačkih prava pacijenata i to ponajprije u pogledu skraćivanja prosječnih vremena čekanja na zdravstvene usluge.

Problem korupcije. Hrvatska je za 2011. godinu na Indeksu percepcije korupcije Transparency Internationala na ljestvici od 0 (potpuna korupcija) do 10 (bez korupcije) ocijenjena s 4,0, što je za desetinu boda niža ocjena nego 2010. čime se nastavio trend opadanja indeksa koji je najvišu (najbolju) vrijednost u Hrvatskoj dosegao 2008. godine (4,4). U poretku zemalja svijeta, Hrvatska je 2011. prema Indeksu percepcije korupcije bila na 66. mjestu, iza Češke (57.) i Slovenije (35.).

Transparency International daje opću definiciju korupcije kao zloupotrebu javnih ovlasti radi osobnog dobitka. Korupciju u zdravstvu definira pak kao zloupotrebu povjerenja kojeg daje položaj. Po definiciji, mito i korupcija postoje samo unutar sustava i to u onim dijelovima sustava gdje on ne izvršava svoje dužnosti. Drugim riječima: loš sustav omogućuje slobodan prostor za mito i korupciju. Analiza Transparency Internationala pokazuje da je zdravstvo veoma podložno korupciji, i to u čitavom svijetu; korupcije ima i u privatnim kao i državnim zdravstvenim sustavima, u siromašnim kao i u bogatima.

Zdravstveni sustav podložan je korupciji jer ima osobitu strukturu u kojoj se isprepliću sljedeći ključni elementi: neizvjesnost; asimetrija informiranosti; brojnost i raspršenost sudionika. Tu su još dva važna činitelja; prvi je taj da društvo često poklanja povjerenje privatnim sudionicima koji igraju važne javne uloge. Primjerice, kad privatni osiguravatelji postupaju nečasno da bi se obogatili, oni formalno ne zloupotrebljavaju javnu službu radi osobnog dobitka. Ipak, oni zloupotrebljavaju povjerenje javnosti, budući se od osoba

i organizacija koje sudjeluju u davanju zdravstvenih usluga očekuju visoki standardi zaštite interesa korisnika. Uopće, u većini zemalja medicinskoj je profesiji dana velika sloboda samoregulacije, uz podrazumijevanje da za uzvrat preuzima profesionalnu odgovornost za djelovanje u najboljim interesima pacijenata.

Drugi važni činitelj koji zdravstvo čini osobito podložnim korupciji jest to što se u njemu vrte vrlo velike količine novca.

Svijest o potrebi borbe protiv korupcije u zdravstvu nije niska samo u nas, već i drugim zemljama. Tako je Služba za borbu protiv prevare i korupcije (Counter Fraud Service) u sklopu britanske Nacionalne zdravstvene službe osnovana tek 1998. godine. Borba protiv korupcije u zdravstvu itekako je isplativa: američkoj se vladi za svaki dolar uložen u borbu vrati čak osam dolara.

Iako skandali oko korupcije bolničkih liječnika pobuđuju najveće medijsko i javno zanimanje, najveće količine novca ne nestaju u liječničkim džepovima, već u postupcima nabave opreme te građevinskim radovima. U konačnici, gubitnici u tome su, kao i uvijek, bolesnici: bilo zato što plaćaju mito da bi dobili ono što im pripada besplatno, bilo zato što odluke o liječenju nisu temeljene na potrebama bolesnika, već na financijskim motivima.

3.8 Lijekovi i ortopedska i druga pomagala

3.8.1 Određivanje cijena lijekova

Određivanje cijena lijekova u većini zemalja (napose europskih) spada u domenu državne politike. U zemljama gdje cijene lijekova ne određuju državna tijela, cijene se reguliraju unutar osiguravateljskih kuća te se usklađuju međusobno. Ovakve mjere su vrlo važne budući da omogućavaju kontrolu troškova te povećavaju dostupnost lijekova. S obzirom na ekonomsku recesiju koja je ostavila traga u europskim zemljama i u Hrvatskoj, početkom 2010. godine su implementirane nove mjere, ponajprije od strane HZZO-a kako bi se unaprijedila kontrola postojećih cijena lijekova i uspješnije regulirale cijene novih lijekova. S druge strane, određivanje cijena ortopedskih i drugih medicinskih pomagala zbog niza okolnosti gotovo da se nije promijenilo, a trenutni postupak vrlo je jednostavan, no nedovoljno učinkovit te stvara stanovite nejednakosti među ponuđačima i proizvođačima pomagala.

Lijekovi su se od 1. siječnja 2010. godine uvrštavali na liste lijekova HZZO-a na temelju Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (NN 155/09 i 22/10) i Pravilnika o mjerilima za stavljanje lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova HZZO-a (NN 155/09). Neke mjere povećale su transparentnost procesa te omogućile bolje odlučivanje:

1. Prijedlozi za uvrštavanje lijekova na liste HZZO-a postali su javno dostupni na internetu.

2. Identitet članova Povjerenstva za lijekove također je postao javno dostupan na internet stranici HZZO-a, uz objavljene životopise članova Povjerenstva.

3. Dokumentacija koja se podnosi s prijedlozima značajno je opsežnija nego prije što je u skladu s praksom u europskim zemljama. Uz prijedloge za uvrštenje inovativnih lijekova ili proširenje indikacija uporabe obvezno se prilaže analiza utjecaja prijedloga na proračun HZZO-a.

4. Sve tvrtke koje prijavljuju prijedloge za uvrštenje lijekova na liste lijekova HZZO-a obvezne su s HZZO-om sklopiti identičan Ugovor o etičkom oglašavanju o lijekovima.

U skladu s navedenim pravilnicima, odnosno mjerama HZZO, cijene lijekova određuju se na nekoliko razina: a) uvođenje novih lijekova (originatori) za koje ne postoji lijek usporedne učinkovitosti, b) uvođenje novog lijeka-generika i c) usklađivanje cijena postojećih lijekova slične učinkovitosti unutar lista HZZO-a. Posebno značenje ima kontrola cijena i korištenja lijekova s Liste posebno skupih lijekova.

Početkom 2012. godine, Ministarstvo zdravlja osnovalo je Povjerenstvo za lijekove Ministarstva zdravlja kako bi radilo na izradi novih Pravilnika. Potreba za izmjenom Pravilnika pokazala se nakon što se izračun cijena započet 2011. godine nije mogao završiti. Farmaceutska industrija uložila je nekoliko žalbi na postupak izračuna cijena.

Novi pravilnici najveće novine donose u postupku izračuna cijena. Prijedlog je da se novim pravilnikom postupak usporednih cijena računa na bazi tri zemlje: Italija, Slovenija i Češka. Za dodatne zemlje uzimaju se Španjolska i/ili Francuska. Usporedna cijena lijeka za sve lijekove uzima se na razini 100% prosječne usporedne cijene.

3.8.2 Uvođenje novih lijekova na listu

U slučaju novih – izvornih – lijekova, najviše dozvoljene veleprodajne cijene lijekova uvrštenih na liste lijekova HZZO-a određuju se temeljem međunarodnih usporedbi. Cijena lijeka koji sadrži potpuno novu djelatnu tvar koja bitno utječe na povećanje mogućnosti ozdravljenja, a na tržištu RH se pojavljuje po prvi put, ne smije biti veća od prosječne usporedne cijene navedenog lijeka, pod uvjetom da u Osnovnoj, odnosno Dopunskoj listi lijekova Zavoda nema uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima (3. razina ATK).

U slučaju novih lijekova – generika (istovrsnih lijekova) ili izvornih lijekova usporedne učinkovitosti s lijekom na listi, postupak je isti kao za uvođenje izvornog lijeka s time da se pri određivanju cijena lijekova za koje postoje lijekovi usporedne učinkovitosti ili generička paralela u obzir uzimaju cijene lijekova koji su već uvršteni na liste HZZO-a kao osnova izračuna.

Prema tome cijena lijeka koji sadrži potpuno novu djelatnu tvar, a u Osnovnoj, odnosno Dopunskoj listi lijekova Zavoda ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima (3. razina ATK-a), ne smije biti veća od 90% cijene najjeftinijeg usporednog lijeka (3. razina ATK-a).

Cijena istovrsnoga lijeka istog nezaštićenog imena ne smije prelaziti razinu od 70% cijene izvornog lijeka istog nezaštićenog naziva. Odnosno cijena svakog novog istovrsnog lijeka ne smije prelaziti razinu od 90% cijene istovrsnog lijeka na listama Zavoda.

Pri stavljanju lijeka na listu koji će povećati troškove HZZO-a posebnim se ugovorom između nositelja odobrenja i HZZO-a uređuju odnosi financiranja za taj lijek. Pri sklapanju ugovora HZZO je obavezan voditi računa o ukupnoj potrošnji na sve lijekove unutar terapijske indikacije. Slijedom navedenog, predlaže se i sklapanju ugovori koji ograničavaju potrošnju na čitave indikacije u razdoblju od nekoliko godina. HZZO se obvezuje da će osigurati financiranje liječenja točno određenog broja osiguranika, a nositelj odobrenja obvezuje se da će osigurati opskrbu lijekom ostalih osiguranika na svoj trošak ili se cijena određuje kaskadno vezano uz broj osiguranika koji primaju lijek.

Kako bi se pacijentima osigurala dostupnost neophodnih lijekova, tvrtke u procesu pregovora oko cijene lijeka kao kompenzaciju mogu ponuditi smanjenje cijena drugih lijekova ili s HZZO-om sklopiti rabatne ugovore koji definiraju godišnji povrat razlike sredstava. Na taj način novi lijekovi se uvode na liste HZZO-a bez podizanja

ukupne potrošnje za lijekove s obzirom da se potrošnja na nove lijekove kompenzira smanjenjem potrošnje na lijekove koji se već nalaze na listama.

3.8.3 Usklađivanje cijena postojećih lijekova slične učinkovitosti

Ukoliko se u istoj terapijskoj skupini odrede različite cijene na veliko za istovrsne lijekove ili lijekove podjednakog učinka i neškodljivosti uzimajući u obzir treću ili višu razinu ATK klasifikacije, HZZO provodi godišnji natječaj za referentne cijene lijekova. Referentne cijene određuju se po jediničnom obliku lijeka za isti ili srodan farmaceutski oblik, posebno za svaku koncentraciju djelatne tvari i posebno za svako pakiranje lijeka.

U referentne skupine uvrštavaju se istovrsni lijekovi ili lijekovi podjednakog učinka i neškodljivosti uzimajući u obzir 3.-5. razinu ATK klasifikacije.

Referentne cijene određuju se na temelju najniže cijene lijeka koji je u razdoblju 12 mjeseci prije natječaja ostvario najmanje 5% prometa unutar terapijske skupine. Ukoliko tvrtka za lijek ne prihvati referentnu cijenu skupine, lijek se uvrštava na Dopunsku listu HZZO-a, a pacijent snosi razliku u cijeni.

3.8.4 Posebno skupi lijekovi

Popis posebno skupih lijekova sadrži inovativne patentirane lijekove s osnovne liste lijekova koji se za određene bolesti zbog velikog troška ne financiraju iz bolničkih proračuna, već iz posebnog proračunskog fonda. Temeljem Odluke Vlade Republike Hrvatske i Odluke Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, HZZO je 2008. godine pokrenuo postupak javne nabave objavom Natječaja za posebno skupe lijekove za 2009. godinu. Postupak se provodio sukladno Zakonu o javnoj nabavi. Postupak odabira najpovoljnijeg ponuđača proveden je početkom 2009. godine. HZZO je s izabranim ponuđačem za svaku grupu lijekova sklopio poseban Ugovor, na način da se distribucija Natječajem odabranih posebno skupih lijekova počela odvijati Natječajem odabranog distributera (distributer je odabran posebnim natječajem).

Početkom 2009. godine, HZZO je po ugledu na praksu europskih zemalja sklopio prva dva financijska ugovora kojima se ograničava financijska potrošnja lijekova, za lijekove Sutent i Tarceva na Popis posebno skupih lijekova.

Pri tom su po prvi puta uvedeni jasni kriteriji za uvrštenje na listu Posebno skupih lijekova HZZO-a:

1. Lijek je namijenjen primjeni u bolnicama i ne propisuje se na recept,
2. Smjernica i algoritam liječenja indikacije u kojoj se lijek koristi po kojoj se lijek propisuje strogo je definirana od strane stručnog društva Hrvatskog liječničkog zbora,
3. Financiranje uporabe lijeka izravno iz bolničkih proračuna nije ostvarivo zbog iznimno visoke cijene terapije (dokaz se izvodi iz studije utjecaja na proračun HZZO-a),
4. Primjena lijeka čini značajan iskorak u odnosu rizika i koristi terapije navedene indikacije u odnosu na lijekove koji se već nalaze na osnovnoj listi lijekova HZZO-a,
5. Lijek istih ili sličnih terapeutsko-farmakoloških svojstava i većeg troška terapije već postoji na listi skupih lijekova,

6. Lijek nema generičkih paralela – ili se radi o lijeku koji je Europska komisija svrstala u skupinu lijekova za rijetke i teške bolesti (Register of Designated Orphan Medicinal Products).

Od sredine 2010. godine HZZO je od svih tvrtki koje trguju lijekovima koji se plaćaju s Popisa posebno skupih lijekova, zahtijevao uvođenje financijskih ugovora kojima bi se ograničila potrošnja. Inicijativa je pokrenuta kako bi se ograničio porast potrošnje na posebno skupe lijekove s obzirom da je ista uvijek predstavljala najbrže rastući segment troškova na lijekove. Nakon dugotrajnih pregovora, sve farmaceutske tvrtke pristale su ili ograničiti financijsku potrošnju na lijekove ili donirati značajne količine istih u razdoblju 3 godine.

3.8.5 Određivanje cijena ortopedskih i drugih pomagala

Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima usvojen je krajem 2011. godine i stupio je na snagu 1. ožujka 2012. godine. Indikacije, način propisivanja i Popis ortopedskih i drugih pomagala donijeli su članovi Povjerenstva. Povjerenstvo se sastoji od devet članova, uglavnom liječnika različitih specijalističkih struka te krovnih institucija zdravstva u Republici Hrvatskoj.

Pomagala koja se Pravilnikom propisuju osiguranim osobama Zavoda smatraju se medicinskim proizvodima u skladu s odredbama Zakona o medicinskim proizvodima i propisima donesenim osnovom toga Zakona koji su namijenjeni omogućavanju poboljšanja oštećenih funkcija, odnosno ublažavanju ili otklanjanju tjelesnog oštećenja ili nedostatka organa i sustava organa ili nadomještanju anatomskih ili fizioloških funkcija organa koji su nastali kao posljedica bolesti ili ozljede. Osigurana osoba u skladu s Pravilnikom ostvaruje pravo na pomagalo, rezervni dio i potrošni materijal za pomagalo te popravak pomagala.

Pravilnik koji je stupio na snagu u ožujku 2012. godine predstavlja početak novog načina reguliranja zdravstvene zaštite u području medicinskih proizvoda.

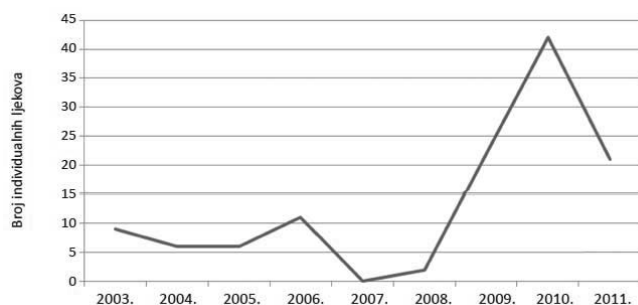
Pomagala se od 1. ožujka 2012. uvrštavaju na Popis HZZO-a na temelju Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena ortopedskih i drugih pomagala (NN 138/09 i 29/12) i Pravilnika o mjerilima za stavljanje ortopedskih i drugih pomagala na Popis pomagala HZZO-a (NN 138/09). Novim Pravilnicima jasno su definirana mjerila (tj. kriteriji) za stavljanje pomagala na Popis Zavoda.

Cijene ortopedskih i drugih pomagala određuju se usporedbom s javno dostupnom listom cijena istovjetnih pomagala koja su odobrena u Sloveniji.

3.8.6 Dostupnost lijekova i ortopedskih i drugih pomagala

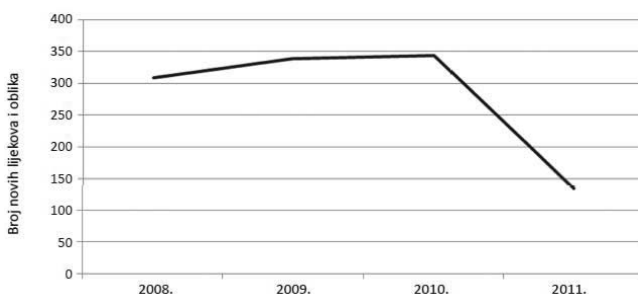
Pri opisivanju dostupnosti lijekova poželjno je sagledati barem dva aspekta iste, materijalnu dostupnost – uvođenje novih lijekova na Liste i mogućnost dobave propisanog lijeka te financijsku dostupnost – sa strane bolesnika i osiguravatelja (HZZO). Mjere koje je HZZO proveo u proteklim godinama doprinijele su u većini slučajeva povećanju dostupnosti lijekova u oba aspekta.

Smanjivanje jediničnih cijena lijekova i uvođenje suvremenih regulatornih mjera po ugledu na druge europske zemlje omogućili su da se na Liste uvrsti velik broj novih (inovativnih) lijekova čime se medicinska praksa u Hrvatskoj približila onoj zapadnih zemalja. Samo u razdoblju od 2009. do kraja 2011. uvršteno je 85 novih (inovativnih) lijekova u liste lijekova HZZO-a, uz očuvanje postojećih lijekova na listama (Slika 1).



Slika 1. Broj novih (inovativnih) lijekova uvrštenih na Liste HZZO-a od 2003. do 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Svake godine uvrstavaju se i novi oblici lijekova na Liste HZZO-a. U 2011. godini dolazi do pada broja svih novih lijekova i novih oblika lijekova zbog nezanavljanja Lista u drugoj polovici 2011. godine (Slika 2).



Slika 2. Broj novih lijekova i novih oblika lijekova uvrštenih na Liste HZZO-a od 2008. do 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

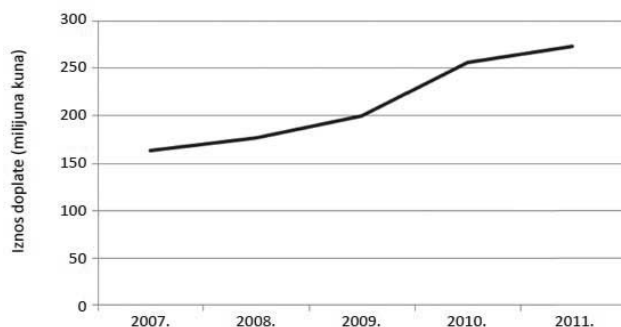
Osobama koje boluju od hemofilije omogućeno je da relativno jednostavno ostvare pravo na profilaktičko liječenje svoje bolesti kod kuće, na način da potrebne lijekove dobivaju, jednom mjesečno, prema vlastitom odabiru, u jednoj od ljekarni koja je u ugovornom odnosu s HZZO-om ili ljekarni bolničke zdravstvene ustanove.

U sklopu projekta informatizacije primarne zdravstvene zaštite, početkom 2011. godine započelo je korištenje e-receptata. Provedba projekta ubrzala je proces propisivanja lijekova od strane primarne zdravstvene zaštite te omogućila bolesnicima znatno jednostavniju i pouzdaniju dobavu propisanog lijeka u bilo kojoj ljekarni koja je u ugovornom odnosu s HZZO-om. Ujedno ugradnjom zaštitnih mehanizama u sustav e-receptata omogućena je bolja kontrola izdavanja napose antibiotika, ali i drugih lijekova (trajanje recepta 3 dana, sprečavanje opetovanog podizanja temeljem istog recepta i dr.).

Zbog uvođenja novih pravilnika, dio lijekova koji su bili na Osnovnoj listi, ukoliko nositelji odobrenja nisu mogli zadovoljiti financijske kriterije HZZO-a, prebačeni su na Dopunsku listu. Naizgled, ovim mjerama je smanjena financijska dostupnost pojedinih lijekova, no HZZO se vodio sigurnosnim kriterijem (najniža-referentna cijena lijeka unutar terapijske skupine određuje se samo za lijekove koji ostvaruju najmanje 5% godišnjeg prometa) koji je osigurao dostupnost generičke paralele pokrivena u cijelosti Osnovnim osiguranjem.

Osnovna lista lijekova sadrži medikoekonomski najsvrsihodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz Osnovne liste lijekova pri čemu HZZO osigurava pokrivanje troškova u visini cijene

ekvivalentnog lijeka, a koji se nalazi na Osnovnoj listi lijekova. Za lijekove na Dopunskoj listi lijekova, osigurana osoba snosi trošak doplate (Slika 3). Pacijent koji se liječi u bolnici ne pokriva iz vlastitih sredstava troškove lijekova bez obzira na cijenu istih.



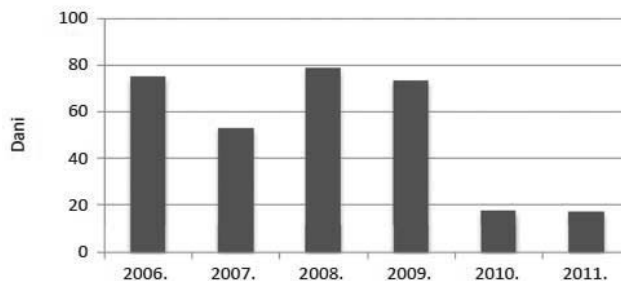
Slika 3. Iznos doplate za lijekove na recept, na teret osiguranih osoba. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Sagledavanje financijske dostupnosti sa strane osiguravatelja – HZZO-a – zahtjeva pregled rokova plaćanja, iznosa osiguranog za receptne, bolničke i posebno skupe lijekove te pregled trendova u proteklom godinama. Usklađenim poslovanjem HZZO može osigurati dostupnost lijekova održanjem likvidnosti veleprodajnika i nositelja odobrenja za lijekove te se ovaj aspekt ne smije izgubiti iz vida pri sagledavanju trenutne situacije.

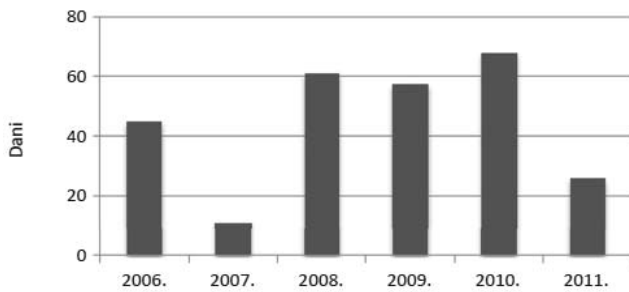
Rokovi plaćanja ljekarnama za lijekove na recept dovedeni su u ugovorne okvire, odnosno skraćeni su od preko 290 dana na 180 dana. Rokovi plaćanja kroz vrijeme pokazuju različite trendove u odnosu na ugovorima definirane rokove.

Do 2005. godine u HZZO-u se knjigovodstvo vodilo po regionalnim centrima, područnim uredima, a plaćanje se provodilo na osnovi zbirnih tjednih podataka o obvezama preuzimanim putem programa ZOROH od područnih ureda te je nemoguće ustanoviti u kojem roku su se plaćale obveze za razdoblje do 2006. godine. Od 2006. uvođenjem programa LAUS računi se evidentiraju i likvidiraju prema datumu zaprimanja računa u HZZO-u te se od datuma zaprimanja računa, računa i rok dospjeća za plaćanje računa.

Ugovoreni rokovi plaćanja odstupaju od realiziranog roka plaćanja (Slika 4 i 5).

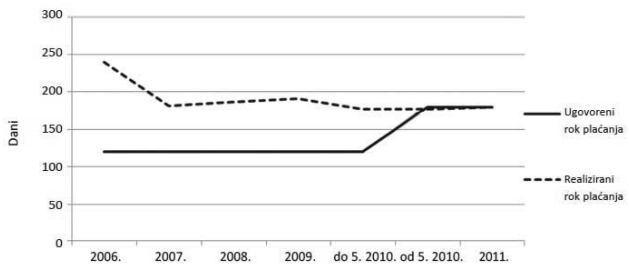


Slika 4. Razlika ugovorenih od stvarnih rokova plaćanja za lijekove. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

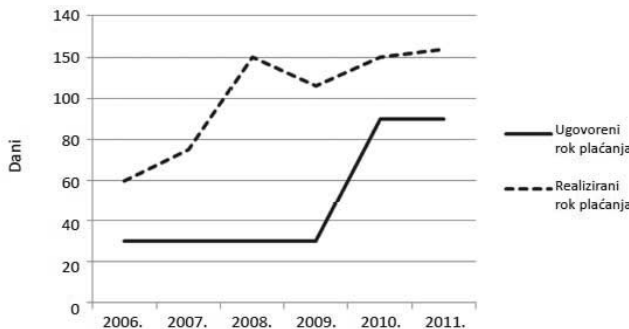


Slika 5. Razlika ugovorenih od stvarnih rokova plaćanja za ortopedska i druga pomagala, u danima. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Plaćanje za lijekove se odvija prema ljekarnama, za lijekove na recept i prema bolnicama za posebno skupe lijekove (Slika 6 i 7).

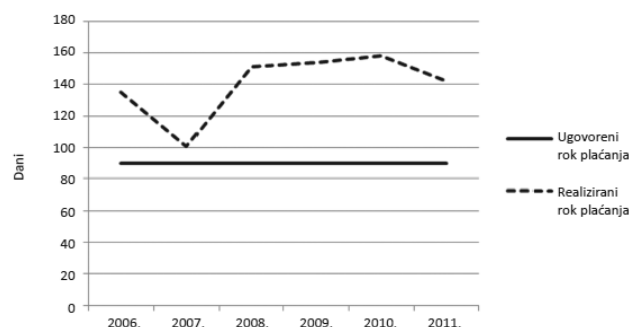


Slika 6. Plaćanje ljekarnama za lijekove na recept. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

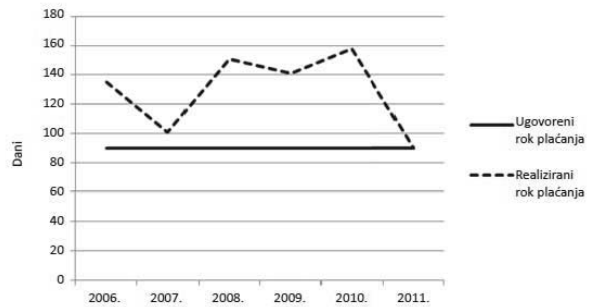


Slika 7. Plaćanje bolnicama za posebno skupe lijekove. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Plaćanje za ortopedska i druga pomagala se odvija prema ljekarnama i prema isporučiteljima ortopedskih i drugih pomagala koji imaju u ugovor s HZZO-om (Slika 8 i 9).



Slika 8. Plaćanje ljekarnama za ortopedska i druga pomagala. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 9. Plaćanje isporučiteljima za ortopedska i druga pomagala. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Bolnički lijekovi se financiraju iz bolničkih limita zdravstvene ustanove, a koji se definiraju ugovorom između zdravstvene ustanove i HZZO-a.

Rokovi plaćanja veledrogerijama od strane bolnica bolna su točka trenutnih analiza. Iako HZZO isplaćuje bolnicama ugovorene limite, bolnice ne izvršavaju obveze prema veledrogerijama za nabavljene lijekove. Iz navedenog razloga pojavljuje se potreba i obveza za sanacijama veledrogerija zbog bolničkih dugova za lijekove.

Tablica 1. Sanacije izvršene prema bolnicama/veledrogerijama zbog bolničkih dugova. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

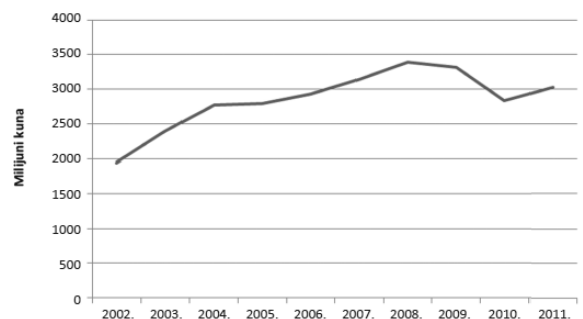
Godina	Iznos u kunama
2002. g.	818.264.667
2004. g.	533.013.285
2008. g.	495.374.447

Uvođenje regulatornih mjera tijekom 2010. godine, po ugledu na druge europske zemlje, omogućilo je HZZO-u da od lipnja 2009. do prosinca 2010. godine na liste lijekova uvrsti čak 64 inovativna lijeka pod patentnom zaštitom (od toga samo u 2010. – 42), bez istovremenog značajnog porasta troška na lijekove (Slika 1).

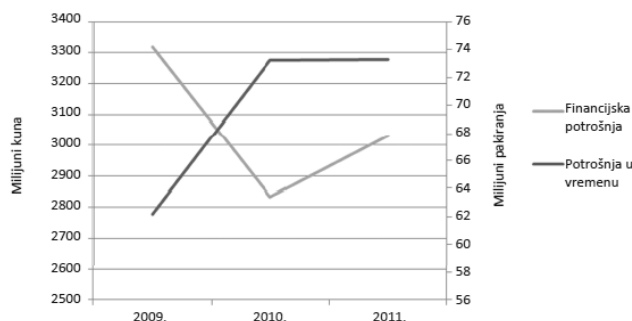
Uzimajući u obzir da je uobičajeno povećanje potrošnje na lijekove na recept u zemljama EU-a 5-8% godišnje, riječ je o značajnom uspjehu HZZO-a jer se uz uvođenje novih lijekova na liste i povećanje volumena uspio zaustaviti rast potrošnje.

Dinamika HZZO-ove potrošnje na lijekove pokazuje da je u 2010. godini HZZO za lijekove na recept potrošio 2,9 milijardi kuna (Slika 10 i 11) te dodatne 2 milijarde na bolničke lijekove (od čega 480 milijuna na posebno skupe lijekove) (Slika 12). Ukupan trošak na lijekove smanjen je u odnosu na 2008. godinu za 2,9 %.

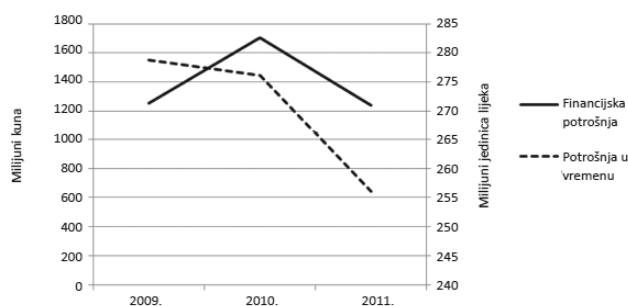
Dostupnost lijekova na svim razinama zdravstvene zaštite je povećana što se očituje i u povećanom volumenu potrošnje (Slika 11).



Slika 10. Financijska potrošnja lijekova na recept. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Financijski izvještaj o poslovanju HZZO-a.

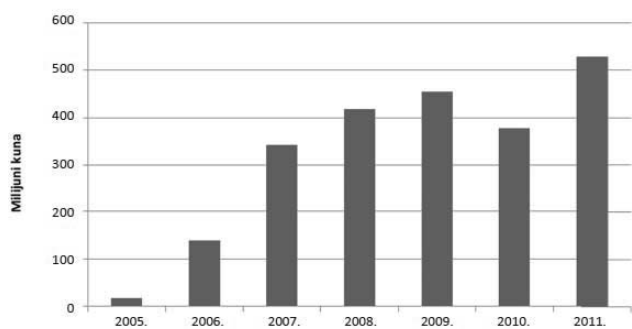


Slika 11. Potrošnja lijekova na recept. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 12. Potrošnja lijekova u bolnicama, na teret bolničkih limita. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Dostupnost posebno skupih lijekova osiguranicima značajno je povećana. Sredstva namijenjena Fondu posebno skupih lijekova porasla su s 350.000.000 kn u 2008. godini na 450.000.000 kn u 2010. godini.

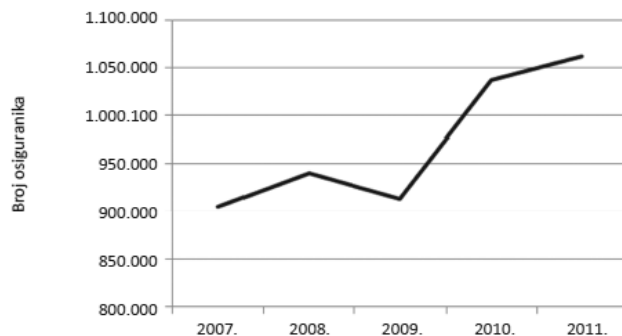


Slika 13. Financijska potrošnja posebno skupih lijekova. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

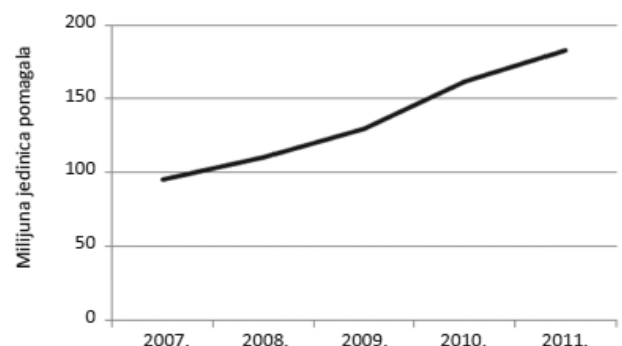
Potrošnja na ove lijekove iz godine u godinu pokazuje najveći porast u usporedbi sa svim ostalim lijekovima. Na ovom popisu nalaze se najnoviji i najskuplji lijekovi za zloćudne bolesti, enzimske bolesti, hemofiliju, itd. Zamisao Popisa jest da dostupnost najskupljih lijekova u RH pacijentima bude ista, tj. da ne ovisi o financijskoj situaciji pojedinih bolnica. Uporabu lijekova s Popisa za svakog pacijenta mora odobriti bolničko povjerenstvo za lijekove bolnice u kojoj se pacijent liječi.

Dostupnost ortopedskih i drugih pomagala značajno je povećana, kroz razdoblje od pet godina, odnosno od 2007. do 2011. godine (Slika 14 i 15). U istom razdoblju povećala se i financijska potrošnja na ortopedska i druga pomagala (Slika 16).

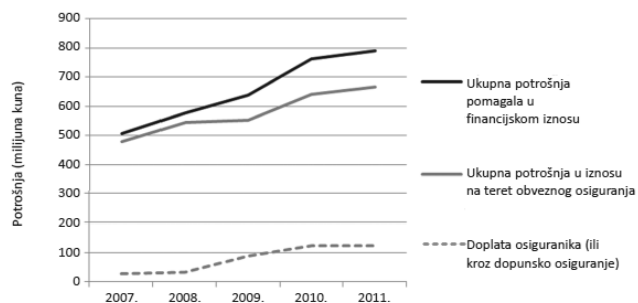
Razliku između cijene pomagala na Popisu i iznosa koji ide na teret obveznog osiguranja, plaća osiguranik. Ukoliko osigurana osoba ima važeću policu dopunskog osiguranja HZZO-a, iznos razlike snosi dopunsko osiguranje HZZO-a.



Slika 14. Broj osiguranika kojima je izdano pomagalo. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 15. Ukupni volumen potrošnje na pomagala. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 16. Financijska potrošnja na pomagala. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

3.8.7 Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) osnovana je prema Zakonu o lijekovima i medicinskim proizvodima, a s radom je započela 1. listopada 2003. godine. Agencija je univerzalni pravni sljednik Hrvatskog zavoda za kontrolu lijekova i Hrvatskog zavoda za kontrolu imunobioloških preparata. Na kraju 2011. godine u Agenciji su bila zaposlena 134 zaposlenika od kojih oko 60% ima visoku stručnu spremu (s dr. sc., mr. sc. i specijalistima).

3.8.7.1 Unutarnji ustroj Agencije

Upravno vijeće Agencije je u svibnju 2011. godine donijelo novi Pravilnik o radu i Pravilnik o unutarnjoj organizaciji i sistematizaciji radnih mjesta. Unutarnji ustroj Agencije čine:

1. Ravnateljstvo koje obavlja administrativne i druge poslove za Ravnatelja Agencije i Upravno vijeće te priprema i prati ostvarivanje godišnjeg plana rada i financijskog plana. Obavlja i poslove vezane uz komunikaciju i pružanje informacija predstavnicima sredstava javnog priopćavanja te pravnim i fizičkim osobama, kao i poslove vezane za ostvarivanje europske i međunarodne suradnje. Provodi i nadzire sustav osiguranja kakvoće na razini cijele Agencije.

2. Odjel službenog laboratorija za provjeru lijekova – OMCL koji svojim aktivnostima osigurava opskrbu hrvatskog tržišta lijekovima, medicinskim i homeopatskim proizvodima propisane kakvoće. Obavlja poslove vezane uz laboratorijsko ispitivanje i provjeru kakvoće lijekova koji se uvoze ili proizvode u Hrvatskoj, kao i onih koji se uzorkuju iz prometa, iz ljekarni i veleprodaja. Odjel surađuje s međunarodnim organizacijama na području lijekova, medicinskih i homeopatskih proizvoda kao dio Europske mreže službenih laboratorija za kontrolu lijekova (OMCL mreža) koja djeluje u okviru Europskog ravnateljstva za kakvoću lijekova i zdravstvenu skrb Vijeća Europe (EDQM), ali i s laboratorijima drugih zemalja.

3. Odjel za odobravanje lijekova koji provodi sve predregistracijske postupke za lijekove domaćih proizvođača, zatim za lijekove odobrene u Europskoj uniji sukladno nCADREAC-u (New Collaboration Agreement between Drug Regulatory Authorities in Central and Eastern Europe) postupcima te lijekove iz trećih zemalja. U okviru Odjela djeluje Odsjek koji na temelju dokumentacije o lijeku provodi ocjenu njegove kakvoće, djelotvornosti i sigurnosti primjene. Također, Odjel je zadužen za praćenje izmjena u dokumentaciji i informacijama o lijeku tijekom petogodišnjeg važenja rješenja o odobrenju za stavljanje lijeka u promet te o obnovi istoga. U sklopu razvoja što bolje i brže obrade dokumentacije o lijeku u postupku odobravanja lijekova za stavljanje u promet, planira se prelazak na elektroničku dokumentaciju o lijeku izrađenu prema tehničkim standardima EU-a bez papira (uz manji broj izdvojenih dokumente koji nužno moraju biti predani u papiru, koncept »e-only«) i kroz elektronički komunikacijski kanal (portal, ekstranet), uz potporu zakonodavstva (Zakon o lijekovima).

4. Odjel za sigurnu primjenu lijekova i medicinskih proizvoda koji prati nuspojave lijekova i cjepiva na hrvatskom tržištu i u kliničkim ispitivanjima te promiče racionalnu uporabu lijekova. Odjel provodi i praćenje potrošnje lijekova, upisivanje medicinskih proizvoda u očevidnik i vigilanciju istih, utvrđivanje ispunjavanja uvjeta dobre proizvođačke prakse za domaće proizvođače, izdavanje raznih dozvola (uvoz/izvoz, veleprodaja, promet na malo u specijaliziranim prodavaonicama) te, u konačnici, kada je potrebno, povlačenje lijeka i/ili medicinskog proizvoda s tržišta. Odjel je uključen i u izradu sigurnosnih obavijesti i informacija za zdravstvene djelatnike i javnost o pitanjima iz svog djelokruga rada.

5. Odjel za pravne, ekonomske, informacijske i opće poslove koji obavlja sve pravne, financijske, računovodstvene, knjigovodstvene, administrativne, kadrovske i opće poslove neophodne za obavljanje djelatnosti i rada Agencije.

3.8.7.2 Suradnja s hrvatskim, europskim i tijelima Svjetske zdravstvene organizacije

Agencija blisko surađuje s Ministarstvom zdravlja i drugim partnerima na usklađivanju hrvatskog zakonodavstva s pravnom stečevinom Europske unije i izradi prijedloga potrebnih zakonskih

i podzakonskih akata kao i na drugim pitanjima vezanima uz reguliranje lijekova i medicinskih proizvoda. Agencija je uspostavila čvrstu suradnju s Ministarstvom zdravlja i Carinskom upravom na području krivotvorenih proizvoda za zdravstvo i sprječavanju njihova ulaska u Republiku Hrvatsku.

Agencija usko surađuje s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo (HZJZ) – Službom za epidemiologiju zaraznih bolesti. Redovito se održavaju sastanci Stručne skupine za cjepiva gdje predstavnici Agencije i HZJZ-a ocjenjuju pristigle prijave na cjepiva i dogovaraju daljnje postupanje za nadzor nad nuspojavama cjepiva.

Agencija za lijekove i medicinske proizvode je postigla visok stupanj integracije u svim relevantnim europskim tijelima koja se bave lijekovima i medicinskim proizvodima.

Agencija je u listopadu 2010. godine primljena kao promatrač u međuvladino tijelo Heads of Medicines Agencies (HMA) koje okuplja čelnike agencija za lijekove zemalja članica EU-a čime je Hrvatska postala prva država kandidat kojoj je dopušteno sudjelovati na sastancima HMA-e.

HALMED ostvaruje plodonosnu suradnju s Europskim ravnateljstvom za kakvoću lijekova i zdravstvenu skrb (eng. European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare, EDQM) kao punopravni član mreže službenih laboratorija za provjeru kakvoće lijekova (eng. Official medicines control laboratories, OMCL), zatim punopravni član Europske farmakopeje, kao i niza odbora EDQM-a, u nekima od kojih stručnjaci HALMED-a obnašaju predsjedavajuće ili dopredsjedavajuće funkcije.

Već dulji niz godina Agencija ostvaruje uspješnu suradnju s Europskom agencijom za lijekove (eng. European Medicines Agency, EMA), stručnjaci HALMED-a uključeni su u velik broj odbora i radnih skupina EMA-e gdje do ulaska u Europsku uniju sudjeluju kao aktivni promatrači pripremajući se za budući punopravni rad.

Još 2007. godine Agencija se uspješno kvalificirala za kontrolu cjepiva pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO). Inspeksijski tim SZO-a je zaključio da Agencija u potpunosti ispunjava uvjete za kontrolu cjepiva koja se proizvode u Hrvatskoj i izvoze na druga tržišta za čiji nadzor jamči SZO. HALMED sudjeluje u Programu praćenja nuspojave Svjetske zdravstvene organizacije kojeg vodi kolaborativni centar SZO-a pod nazivom Uppsala Monitoring Centre (UMC) u Švedskoj. Po kvaliteti i broju prijava nuspojave lijekova Hrvatska se nalazi na visokom 18. mjestu u svijetu, od 106 zemalja članica Programa praćenja sigurnosti lijekova Svjetske zdravstvene organizacije što nas smješta uz bok najrazvijenijim zemljama svijeta.

Također, HALMED ima razvijenu suradnju s Europskom komisijom gdje su stručnjaci HALMED-a uključeni u rad većeg broja radnih skupina iz područja lijekova i medicinskih proizvoda.

HALMED održava kontinuiranu intenzivnu suradnju s nacionalnim agencijama zemalja članica Europske unije nadležnima za lijekove i medicinske proizvode od čega se svakako treba istaknuti suradnja sa Španjolskom agencijom za lijekove i medicinske proizvode (AEMPS) u okviru Twinning light projekta financiranog od strane Europske komisije, kao i suradnja s Francuskom agencijom za zdravstvenu sigurnost proizvoda za zdravstvo, s kojom HALMED ima potpisan ugovor o suradnji u svrhu jačanja stručnih kapaciteta HALMED-a.

U 2011. godini započele su završne pripreme Agencije za rad u okviru mreže regulatornih agencija za lijekove i agencija za medicinske proizvode Europske unije na način da se provodi dodatna izborna stručnjaka agencije za sve postupke odobravanja lijekova u okvirima EU-a te priprema stručnjaka za ravnopravno sudjelovanje na stručnim raspravama u okviru povjerenstva i radnih grupa Europske agencije za lijekove (EMA) i preuzimanja poslova delegiranih od EMA-e nacionalnoj agenciji. Posebna se pažnja poklanja razvoju područja farmakovigilancije i prilagođavanja novoj europskoj regulativi na tom zahtjevnom području.

3.8.7.3 Povjerenstva i poslovanje Agencije

U sklopu Agencije djeluju tri povjerenstva:

Povjerenstvo za lijekove – tijelo Agencije koje obavlja stručne poslove u vezi odobravanja stavljanja lijeka u promet, sukladno Zakonu o lijekovima i važećim podzakonskim propisima, a tvore ga stručnjaci Agencije i stručnjaci drugih znanstvenih i medicinskih institucija. Članovi Povjerenstva za lijekove Agencije imenovani su temeljem Odluke Upravnog vijeća, odnosno od 2007. godine temeljem Odluke Ravnatelja Agencije.

Povjerenstvo za medicinske proizvode – stručno tijelo Agencije koje obavlja poslove u svezi s upisom u očevidnik medicinskog proizvoda sukladno Zakonu o medicinskim proizvodima i važećim podzakonskim propisima. Članovi Povjerenstva za medicinske proizvode Agencije imenovani su temeljem Odluke Upravnog vijeća, odnosno od 2010. godine temeljem Odluke Ravnatelja Agencije.

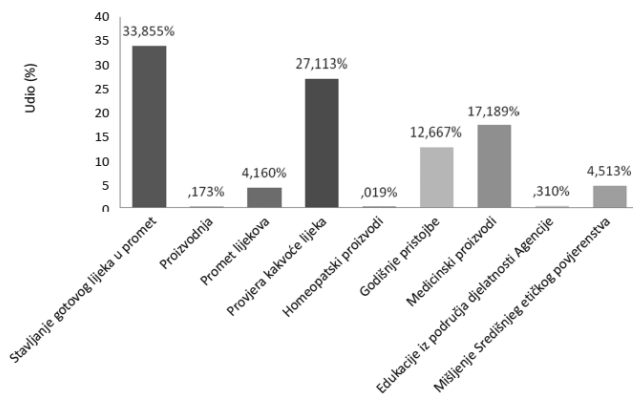
Središnje etičko povjerenstvo – samostalno tijelo zdravstvenih djelatnika i drugih članova nemedicinske struke koje broji devetnaest članova, a u Agenciji je započelo s radom u 2008. godini. Predsjednika, zamjenika predsjednika i članove Središnjega etičkog povjerenstva imenovao je ministar nadležan za zdravstvo.

Agencija sredstva za poslovanje osigurava iz prihoda koje ostvaruje svojim poslovanjem – naplaćivanjem usluga i godišnjim pristojbama i iz drugih izvora. Agencija nema potpisan ugovor s HZZO-om niti ostvaruje prihod iz Državne riznice.

Agencija naplaćuje svoje usluge prema cjeniku koji je donijelo Upravno vijeće Agencije, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo, sukladno Zakonu o lijekovima i Zakonu o medicinskim proizvodima. Iznose godišnjih pristojbi uz suglasnost ministra određuje Agencija, a snose ih nositelji odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet te nositelji upisa u očevidnik homeopatskih proizvoda.

Više od trećine prihoda (34%) Agencija je u 2011. godini ostvarila davanjem, obnovom, izmjenama te prijenosom, ukidanjem ili oduzimanjem Odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (20.890.600 kn). Nešto manje od trećine prihoda (27%) ostvareno je provjerom kakvoće lijekova (16.730.467 kn), dok 17% prihoda dolazi od davanja, izmjena, brisanja ili uskraćivanja odobrenja za upis u očevidnik medicinskih proizvoda. Izvori ostalih prihoda Agencije su godišnje pristojbe, izdavanje dozvola za promet lijekovima i druge djelatnosti.

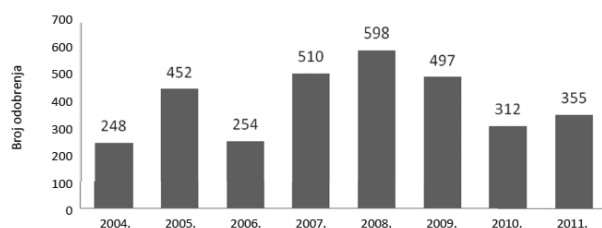
U nastavku se nalazi detaljni prikaz usluga putem kojih je Agencija ostvarila prihode (Slika 17-23).



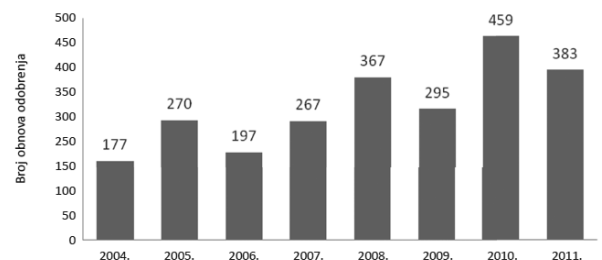
Slika 17. Udio prihoda od pojedinih usluga u ukupnom prihodu HALMED-a u 2011. godini. Izvor: HALMED.

Tablica 2. Broj odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet izdanih od HALMED-a (2004. – 2011.). Izvor: HALMED.

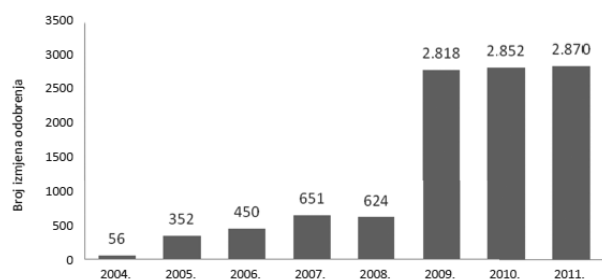
Vrsta odobrenja	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Odobrenje za stavljanje gotovog lijeka u promet	248	452	254	510	598	497	312	355
Obnova odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet	177	270	197	267	367	295	459	383
Izmjena odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet	56	352	450	651	624	2.818	2.852	2.870
Prijenos odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet	/	/	/	/	112	104	71	96



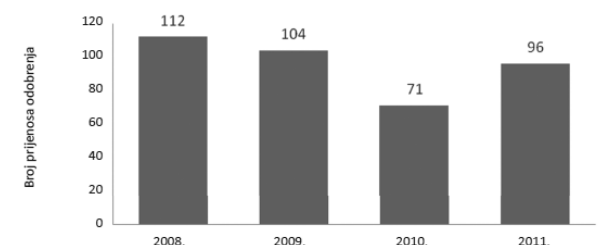
Slika 18. Broj odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (2004. – 2011.). Izvor: HALMED.



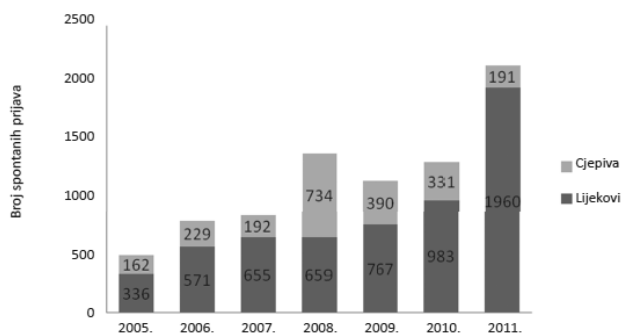
Slika 19. Broj obnova odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (2004. – 2011.). Izvor: HALMED



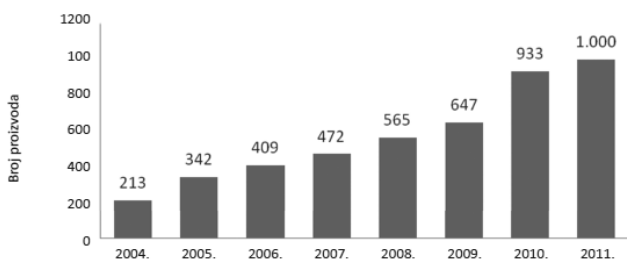
Slika 20. Broj izmjena odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (2004. – 2011.) Izvor: HALMED



Slika 21. Broj prijenosa odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (2008. – 2011.) Izvor: HALMED.



Slika 22. Broj spontanijh prijava nuspojava lijekova i cjepiva zaprimljenih u HALMED-u (2005. – 2011.) Izvor: HALMED



Slika 23. Broj medicinskih proizvoda upisanih u očevidnik pri HALMED-u (2004. – 2011.) Izvor: HALMED.

Sažetak

S obzirom na nedovoljno uređeno tržište lijekovima i ekonomsku recesiju koja je ostavila traga u Hrvatskoj, početkom 2010. godine su implementirane nove mjere, ponajprije od strane HZZO-a kako bi se unaprijedila kontrola postojećih cijena lijekova i uspješnije regulirale cijene i mehanizam uvođenja novih lijekova. Lijekovi su se od 1. siječnja 2010. godine uvrštavali na liste lijekova HZZO-a na temelju Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (NN 155/09 i 22/10) i Pravilnika o mjerilima za stavljanje lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova HZZO-a (NN 155/09). Mjere navedene u Pravilnicima povećale su transparentnost procesa te omogućile bolje odlučivanje.

Početkom 2012. godine, Ministarstvo zdravlja osnovalo je Povjerenstvo za lijekove Ministarstva zdravlja kako bi radilo na izradi novih Pravilnika. Potreba za izmjenom Pravilnika pokazala se nakon što se izračun cijena započeo 2011. godine nije mogao završiti zbog žalbi farmaceutske industrije. Prijedlogom novog Pravilnika postupak usporednih cijena računa se na bazi tri zemlje: Italija, Slovenija i Češka (+dodatne zemlje Španjolska i/ili Francuska), a usporedna cijena lijeka se uzima na razini 100% prosječne usporedne cijene u navedenim zemljama.

U slučaju novih – izvornih – lijekova, najviše dozvoljene veleprodajne cijene lijekova uvrštenih na liste lijekova HZZO-a određene su temeljem međunarodnih usporedbi. Cijene ovakvog lijeka nisu smjele biti veće od prosječne usporedne cijene navedenog lijeka, pod uvjetom da u Osnovnoj, odnosno Dopunskoj listi lijekova Zavoda nema uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima (3. razina ATK-a).

U slučaju novih lijekova – generika (istovrsnih lijekova) ili izvornih lijekova usporedne učinkovitosti s lijekom na listi, postupak je isti kao za uvođenje izvornog lijeka s time da su se pri određivanju

cijena lijekova za koje postoje lijekovi usporedne učinkovitosti ili generička paralela u obzir uzimale cijene lijekova koji su već uvršteni na liste HZZO-a kao osnova izračuna. Cijena generika nije smjela prelaziti razinu od 70% cijene izvornog lijeka. Odnosno cijena svakog novog istovrsnog lijeka nije smjela prelaziti razinu od 90% cijene istovrsnog lijeka na listama Zavoda.

Također, HZZO je sklapao posebne ugovore s nositeljima odobrenja za svaki pojedinačni novi lijek ili grupu lijekova kojima se ograničavala potrošnja, omogućavala kompenzacija ili kaskadno određivanje cijena. Na ovaj način HZZO je uveo brojne lijekove bez podizanja ukupne potrošnje.

Od 2010. HZZO provodi godišnji natječaj za referentne cijene lijekova, određene po jediničnom obliku lijeka za isti ili srodan farmaceutski oblik (3-5. razina ATK klasifikacije), posebno za svaku koncentraciju djelatne tvari i posebno za svako pakiranje lijeka. Referentne cijene određuju se na temelju najniže cijene lijeka koji je u razdoblju 12 mjeseci prije natječaja ostvario najmanje 5% prometa unutar terapijske skupine. Ukoliko tvrtka za lijek ne prihvati referentnu cijenu skupine, lijek se uvrštava na Dopunsku listu HZZO-a, a pacijent snosi razliku u cijeni.

Temeljem Odluke Vlade i Odluke Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, HZZO je 2008. godine po prvi put pokrenuo postupak javne nabave objavom Natječaja za posebno skupe lijekove za 2009. godinu sukladno Zakonu o javnoj nabavi. HZZO je s izabranim ponuđačima za svaku grupu lijekova sklopio posebne ugovore kojima je ograničena količina lijekova na teret HZZO-a. Pritom su po prvi puta uvedeni jasni kriteriji za uvrštenje na listu Posebno skupih lijekova HZZO-a (primjena u bolnicama, ne propisuje se na recept, smjernica stručnog društva, lijek čini značajan iskorak, lijek nema generičkih paralela ili je na popisu orphan drugs).

Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima usvojen je krajem 2011. godine i stupio je na snagu 1. ožujka 2012. godine. Osigurana osoba u skladu s Pravilnikom ostvaruje pravo na pomagalo, rezervni dio i potrošni materijal za pomagalo te popravak pomagala

Pomagala se od 1. ožujka 2012. uvrštavaju na Popis HZZO-a na temelju Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena ortopedskih i drugih pomagala (NN 138/09 i 29/12) i Pravilnika o mjerilima za stavljanje ortopedskih i drugih pomagala na Popis pomagala HZZO-a (NN 138/09). Novim Pravilnicima jasno su definirana mjerila (tj. kriteriji) za stavljanje pomagala Popis Zavoda a cijene ortopedskih i drugih pomagala određuju se usporedbom s javno dostupnom listom cijena istovjetnih pomagala koja su odobrena u Sloveniji.

Smanjivanje jediničnih cijena lijekova i uvođenje suvremenih regulatornih mjera po ugledu na druge europske zemlje omogućili su da se na Liste uvrsti velik broj novih lijekova. Samo u razdoblju od 2009. do kraja 2011. uvršteno je 85 novih lijekova na liste lijekova HZZO-a uz očuvanje postojećih lijekova na listama. Osobama koje boluju od hemofilije omogućeno je da relativno jednostavno ostvare pravo na profilaktičko liječenje svoje bolesti kod kuće, a u sklopu projekta informatizacije primarne zdravstvene zaštite, početkom 2011. godine započelo korištenje e-recepata. Provedba projekta ubrzala je proces propisivanja lijekova od strane primarne zdravstvene zaštite te omogućila bolesnicima znatno jednostavniju i pouzdaniju dobavu propisanog lijeka u bilo kojoj ljekarni koja je u ugovornom odnosu s HZZO-om.

Zbog uvođenja novih pravilnika, dio lijekova koji su bili na Osnovnoj listi, ukoliko nositelji odobrenja nisu mogli zadovoljiti financijske kriterije HZZO-a, prebačeni su na Dopunsku listu. Na izgled, ovim mjerama je smanjena financijska dostupnost pojedinih lijekova, no HZZO se vodio sigurnosnim kriterijem (određuje

se samo za lijekove koji ostvaruju najmanje 5% godišnjeg prometa) koji je osigurao dostupnost generičke paralele pokrivene u cijelosti Osnovnim osiguranjem.

Rokovi plaćanja ljekarnama za lijekove na recept dovedeni su u ugovorne okvire, odnosno skraćeni su od preko 290 dana na 180 dana (u 2011. potrošeno 3 milijarde kuna). Rokovi plaćanja veleprodajama od strane bolnica bolna su točka trenutnih analiza. Iako HZZO isplaćuje bolnicama ugovorene limite, bolnice ne izvršavaju obveze prema veleprodajama za nabavljene lijekove. Iz navedenog razloga pojavljuje se potreba i obveza za sanacijama veleprodajama zbog bolničkih dugova za lijekove (u 2011. potrošeno 1,24 milijarde kuna). Dostupnost posebno skupih lijekova osiguranicima značajno je povećana. Sredstva namijenjena Fondu posebno skupih lijekova porasla su s 350 milijuna kn u 2008. godini na 528 milijuna kn u 2011. godini.

Dostupnost ortopedskih i drugih pomagala značajno je povećana kroz razdoblje od pet godina, odnosno od 2007. do 2011. godine. U istom razdoblju gotovo dvostruko se povećala financijska potrošnja na ortopedsku i druga pomagala (2007. G. iznosila je 95 milijuna kuna, a 2011. čak 182 milijuna kuna na teret HZZO-a). Razliku između cijene pomagala na Popisu i iznosa koji ide na teret obveznog osiguranja, plaća osiguranik. Ukoliko osigurana osoba ima važeću policu dopunskog osiguranja HZZO-a, iznos razlike snosi dopunsko osiguranje HZZO-a.

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) osnovana je prema Zakonu o lijekovima i medicinskim proizvodima, a s radom je započela 1. listopada 2003. godine. Agencija je univerzalni pravni sljednik Hrvatskog zavoda za kontrolu lijekova i Hrvatskog zavoda za kontrolu imunobioloških preparata. Na kraju 2011. godine u Agenciji su bila zaposlena 134 zaposlenika od kojih oko 60% ima visoku stručnu spremu (s dr.sc., mr.sc. i specijalistima). Unutarnji ustroj Agencije čine: Ravnateljstvo, Odjel službenog laboratorija za provjeru lijekova, Odjel za odobravanje lijekova, Odjel za sigurnu primjenu lijekova i medicinskih proizvoda te Odjel za pravne, ekonomske, informacijske i opće poslove. U sklopu Agencije djeluju tri povjerenstva: Povjerenstvo za lijekove, Povjerenstvo za medicinske proizvode i Središnje etičko povjerenstvo.

Agencija blisko surađuje s Ministarstvom zdravlja i drugim partnerima na usklađivanju hrvatskog zakonodavstva s pravnom stečevinom Europske unije i izradi prijedloga potrebnih zakonskih i podzakonskih akata kao i na drugim pitanjima vezanima uz reguliranje lijekova i medicinskih proizvoda. Agencija je uspostavila čvrstu suradnju s Ministarstvom zdravlja i Carinskom upravom na području krivotvorenih proizvoda za zdravstvo i sprječavanju njihova ulaska u Republiku Hrvatsku te sa Službom za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Agencija je postigla visok stupanj integracije u svim relevantnim europskim tijelima koja se bave lijekovima i medicinskim proizvodima.

Agencija sredstva za poslovanje osigurava iz prihoda koje ostvaruje svojim poslovanjem – naplaćivanjem usluga i godišnjim pristojbama i iz drugih izvora. Agencija nema potpisan ugovor s HZZO-om niti ostvaruje prihod iz Državne riznice. Više od trećine prihoda (34%) Agencija je u 2011. godini ostvarila davanjem, obnovom, izmjenama te prijenosom, ukidanjem ili oduzimanjem Odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (20.890.600 kn). Nešto manje od trećine prihoda (27%) ostvareno je provjerom kakvoće lijekova (16.730.467 kn), dok 17% prihoda dolazi od davanja, izmjena, brisanja ili uskraćivanja odobrenja za upis u očevidnik medicinskih proizvoda. Izvori ostalih prihoda Agencije su godišnje pristojbe, izdavanje dozvola za promet lijekovima i druge djelatnosti.

3.9 Upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvenom sustavu

3.9.1 Zakonski okvir i djelokrug Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi

U Republici Hrvatskoj se Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite te propisuje postupak akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatnih zdravstvenih djelatnika. Ovim se Zakonom određuju i načela te sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje kvalitete socijalne skrbi te postupak akreditacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih i fizičkih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi. Nadalje, istim se Zakonom propisuje i procjena zdravstvenih tehnologija.

U skladu s člankom 3. Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite mora se osigurati provedba načela učinkovitosti i djelotvornosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite, načela orijentiranosti prema pacijentu te načela sigurnosti pacijenata. Koristi od primjene sustava kvalitete u zdravstvu su višestruke, od postizanja bolje komunikacije, jednoznačno definiranog načina postupanja i odgovornosti, boljeg održavanja opreme do vođenja uredne dokumentacije, samoprocjene sustava te stvaranja obveze kontinuiranog praćenja rezultata i djelovanja u cilju stalnog poboljšanja.

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi jest pravna osoba čiji se ustroj i način rada uređuju Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, kao i propisima donesenim na temelju ovoga Zakona. Osnivač Agencije je Republika Hrvatska, a osnivačka prava i obveze ostvaruje Vlada Republike Hrvatske.

Agencija obavlja sljedeće poslove:

- provodi postupak davanja, obnove i ukidanja akreditacije nositelja zdravstvene djelatnosti,
- ministru nadležnom za zdravstvo, u suradnji sa stručnim udrugama, predlaže plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite,
- ministru nadležnom za zdravstvo predlaže standarde kvalitete zdravstvene zaštite,
- ministru nadležnom za zdravstvo predlaže standarde kvalitete zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvene djelatnosti,
- ministru nadležnom za zdravstvo predlaže akreditacijske standarde,
- provodi obvezno praćenje pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite utvrđenih planom i programom mjera za nositelje zdravstvene djelatnosti,
- provodi postupak procjene zdravstvenih tehnologija,
- vodi bazu podataka procijenjenih zdravstvenih tehnologija,
- uspostavlja sustav za procjenu novih ili već postojećih zdravstvenih tehnologija,
- ministru nadležnom za zdravstvo predlaže pravilnik o procjeni zdravstvenih tehnologija,
- provodi trajnu izobrazbu svih sudionika u procesu izrade procjene zdravstvenih tehnologija,
- surađuje s pravnim i fizičkim osobama na području procjene zdravstvenih tehnologija,
- ostvaruje međunarodnu suradnju na području procjene zdravstvenih tehnologija,

- vodi registar danih akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti te osigurava bazu podataka vezano uz akreditiranje, unapređivanje kvalitete zdravstvene zaštite, izobrazbu i procjenjivanje medicinskih tehnologija,

- obavlja izobrazbu na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete zdravstvene zaštite,

- nadzire standarde zdravstvenih osiguranja,

- provodi postupak davanja, obnove i ukidanja akreditacije nositelja djelatnosti socijalne skrbi,

- ministru nadležnom za socijalnu skrb i ministru nadležnom za obitelj i međugeneracijsku solidarnost u dijelu koji se odnosi na obiteljske centre i usluge međugeneracijske solidarnosti, u suradnji sa stručnim udrugama, predlaže plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete usluga socijalne skrbi,

- ministru nadležnom za socijalnu skrb, ministru nadležnom za obitelj i međugeneracijsku solidarnost u dijelu koji se odnosi na obiteljske centre i usluge međugeneracijske solidarnosti predlaže standarde kvalitete usluga socijalne skrbi,

- ministru nadležnom za socijalnu skrb i ministru nadležnom za obitelj i međugeneracijsku solidarnost u dijelu koji se odnosi na obiteljske centre i usluge međugeneracijske solidarnosti predlaže optimalne standarde za usluge socijalne skrbi,

- vodi registar danih akreditacija nositelja djelatnosti socijalne skrbi te osigurava bazu podataka vezano uz akreditiranje, unapređivanje kvalitete usluga socijalne skrbi i izobrazbu,

- obavlja izobrazbu na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete usluga socijalne skrbi,

- obavlja i druge poslove na području osiguranja, unapređenja, promicanja i praćenja kvalitete zdravstvene zaštite i kvalitete usluga socijalne skrbi sukladno Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi i propisima donesenim na temelju toga Zakona.

3.9.2 Kvaliteta, sigurnost i akreditacija

Uspostava obveznog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite trebala bi se ostvarivati primjenom jedinstvenoga sustava standarda kvalitete zdravstvene zaštite objavljenoga u Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. Pravilnikom su određeni sljedeći obvezatni standardi kvalitete zdravstvene zaštite:

1. Neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka

2. Sigurnost pacijenata i osoblja

3. Medicinska dokumentacija

4. Prava i iskustva pacijenata, zadovoljstvo osoblja

5. Kontrola infekcija

6. Smrtni slučajevi i obdukcija

7. Praćenje nuspojava lijekova i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode

8. Unutarnja ocjena

9. Nadzor sustava osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite.

Primjenu i usklađenost aktivnosti za pojedini standard prati povjerenstvo za unutarnji nadzor ili osoba odgovorna za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi. Izvješće o provedbi aktivnosti utvrđenih planom i programom mjera za unapređenje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite dostavlja se svakih šest mjeseci Agenciji u skladu s važećim propisima. Metodologija

primjene standarda i odgovarajućih pokazatelja kvalitete te obrasci za izradu izvješća nalaze se u Priručniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene koji je objavila Agencija 2011. godine čime je zaokružen zakonski okvir za implementaciju mjera za poboljšanje kvalitete u zdravstvu. Priručnikom je definirano ukupno 44 pokazatelja kliničke učinkovitosti i dostupnosti i 11 pokazatelja sigurnosti pacijenta. Ovi pokazatelji zahtijevaju validaciju koju bi trebala provesti Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.

Akreditacijski postupak je dobrovoljan postupak kojim se provjerava usklađenost s akreditacijskim standardima. Prema Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove utvrđuju se akreditacijski standardi (ukupno 10 generičkih standarda) sukladno kojima bi se trebao provoditi akreditacijski postupak za bolničke zdravstvene ustanove.

1. Sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite

2. Uprava bolničke zdravstvene ustanove

3. Zaposlenici bolničke zdravstvene ustanove

4. Pregled korištenja zdravstvenih usluga

5. Prava pacijenata

6. Služba za medicinsku dokumentaciju

7. Zdravstvena njega

8. Planiranje otpusta

9. Kontrola infekcija

10. Sustav upravljanja sigurnošću

Agencija je pokrenula postupak međunarodnog priznavanja tih standarda čime bi se postiglo da buduće akreditirane bolnice imaju i međunarodno priznatu akreditaciju. Akreditacija bolnica je u pripremi, a za provođenje postupka potrebno je potvrditi Pravilnik kao podzakonski akt Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Nedostaje podzakonski akt za akreditaciju izvanbolničkog dijela zdravstvenog sustava.

Medicinski laboratoriji u Hrvatskoj, posebno medicinsko-biokemijski, dobrovoljno su provodili vanjsku procjenu kvalitete unatrag više od 30 godina, a od 2004. godine je Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, odnosno podzakonskim aktom Hrvatske komore medicinskih biokemičara vanjska procjena kvalitete obvezna. Akreditaciju medicinskih laboratorija provodi Hrvatska akreditacijska agencija od 2007. godine prema standardu HR-EN 15198 i do 2012. godine akreditirana su tri bolnička i tri izvanbolnička laboratorija te jedan mikrobiološki.

3.9.3 Međunarodni kontekst i suradnja u području kvalitete i sigurnosti

Politika kvalitete koja proizlazi iz ove Strategije usmjerena je ka stalnom unapređenju kvalitete zdravstvene skrbi i sigurnosti pacijenata sukladno direktivama EU-a te preporukama Vijeća Europe i Svjetske zdravstvene organizacije, uspostavljanju prihvaćenih standarda i pokazatelja kvalitete (indikatora), sustava upravljanja rizicima, unutarnje i vanjske procjenu kvalitete (akreditacije) na svim razinama, nacionalnog sustava izobrazbe za kvalitetu i sigurnost pacijenata, jačanju uloge pacijenata te financiranju sustava kvalitete uz priznanje i nagradu za poboljšanje.

Nedovoljna sigurnost pacijenata predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem i visoki trošak za ionako ograničena sredstva za zdravstvo. Vijeće Europe je u svom dokumentu White Paper »Together for Health: A strategic approach for the EU 2008 – 2013« definiralo sigurnost pacijenata kao jedno od prioritarnih područja.

Na europskoj razini je provedeno i provodi se nekoliko velikih projekata kojima je cilj poboljšanje kvalitete i poboljšanje sigurnosti pacijenta. Na inicijativu Hrvatskoga društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskoga liječničkoga zbora, trideset hrvatskih bolnica uključilo se u projekt Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije PATH (Performance Assessment Tool for Hospitals) kojim su bolnice dobile dobar alat za mjerenje poboljšanja kvalitete kroz prikupljanje i praćenje određenog skupa pokazatelja kvalitete. U hrvatskim bolnicama uključenima u PATH dosad su provedena tri ciklusa prikupljanja podataka. Prikupljanje i analiza podataka o pojedinim pokazateljima, premda obilježeno mnogim problemima, značajno je unaprijedilo znanje i vještine sudionika, kao i svijest o vrijednosti uvođenja elemenata sustava kvalitete u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Zajednička akcija (*engl. joint action*) Mreže EU-a za sigurnost pacijenata i kvalitetu skrbi (JA PaSQ) koju u razdoblju 2012.-2015. financira EU, svojevrsni je nastavak Mreže EU-a za sigurnost pacijenata (EUNetPaS). Cilj JA PaSQ je stvaranje mreže i razmjena znanja, iskustava i rješenja u području kvalitete i sigurnosti pacijenata te svih povezanih aspekata kvalitete zdravstvene skrbi između zemalja članica EU-a. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi aktivno sudjeluje u projektu JA PaSQ te joj se time ostvaruju mogućnosti međunarodne suradnje u području kvalitete, izobrazbe i sigurnosti pacijenata.

3.9.4 Postignuća i izazovi u upravljanju kvalitetom

Uspostavljanje i provedba sustava kvalitete u zdravstvenom sustavu spor je proces, usprkos uspostavljenom zakonskom okviru. Uzroci su višeslojni – od tradicionalnog konzervativnog odnosa liječnik-pacijent do nedostatka upravljačkih kapaciteta u zdravstvu i specifičnih znanja o sustavu kvalitete. Ipak, dosad su postignuti određeni pomaci.

Strategijom reforme zdravstvenog sustava 2000. godine pokrenut je projekt poboljšanja kvalitete kroz Povjerenstvo za kvalitetu Ministarstva zdravstva i imenovanje pomoćnika ravnatelja za kvalitetu u zdravstvenim ustanovama. Po uzoru na druge zemlje postavljeni su temelji za osnivanje nacionalne agencije, koja je osnovana 2007., iako je počela djelovati tek 2009. godine. Na nekoliko fakulteta i veleučilišta u studijske programe ugrađeni su moduli i sadržaji o kvaliteti u zdravstvu. Važnu ulogu u promicanju kvalitete i sigurnosti imaju Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite Hrvatskog liječničkoga zbora te komore zdravstvenih djelatnika koje svojim tečajevima trajne izobrazbe podržavaju razvoj kulture kvalitete u zdravstvu. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu je u srpnju 2011. objavila Javni natječaj za akreditacijski postupak 10 bolničkih zdravstvenih ustanova i naknadni natječaj u listopadu 2011. na koji se javilo još 12 bolnica (ukupno 22 bolnice).

Uz navedena postignuća, razvoj kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite suočava se s brojnim izazovima. U Agenciji nije zaposlen dovoljan broj ljudi odgovarajuće razine obrazovanja, potrebne za provedbu složenih djelatnosti i zadataka te ustanove. Iako postoji prijedlog Pravilnika o akreditacijskom postupku, isti još nije donesen. Akreditacijski standardi u RH još nisu validirani, iako je postupak započeo. Postojeće aktivnosti, poput provedene ankete o zadovoljstvu sustavom zdravstva nisu dovoljno iskorištene u svakodnevnom radu.

Među vodećim problemima su i nedostatak jedinstvenog bolničkog informatičkog sustava, manjkava horizontalna i vertikalna povezanost koja usporava prikupljanje podataka kojima bi se mogla pratiti uspješnost primjene sustava kvalitete u praksi te

na jednostavniji način pripremati izvješća za analizu i određivanje mjera za poboljšanje.

U Hrvatskoj je dosad objavljeno 60 kliničkih smjernica (31 u Liječničkom vjesniku u i 29 na stranicama Hrvatskog liječničkoga zbora) što znači da još uvijek postoji veliki broj smjernica i algoritama koje je potrebno izraditi i implementirati u praksi. Dodatni je problem neujednačena primjena postojećih kliničkih smjernica u praksi što otežava uspoređivanje elemenata sustava kvalitete.

Izravne usporedbe kvalitete su otežane, a katkad i neprimjerene zbog velike raznolikosti u sustavu i osobitosti pojedinih ustanova. Tako npr. pokazatelj postotka carskih rezova prikazuje iznimno veliki raspon vrijednosti sa stopom koja varira od 1,1% do 21,4% svih poroda, na temelju podataka iz 22 bolnice u Hrvatskoj. Nadalje, ista analiza pokazala je da stopa smrtnosti od infarkta miokarda varira od 1,9% do 21,4%, a također je pokazala i vrlo velika odstupanja od nacionalnih smjernica u korištenju profilaktičke uporabe antibiotika u doziranju, trajanju, načinu primjene i korištenom antibiotiku.

Podaci koji se šalju u Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i Hrvatski zavod za javno zdravstvo koji se u pravilu prikazuju kao agregirani podaci, ograničene su upotrebljivosti u detaljnijim analizama bolničkog rada i tumačenju razlika između bolnica.

3.9.5 Procjena zdravstvenih tehnologija

Procjena zdravstvenih tehnologija (*engl. Health Technology Assessment*) jedan je od zadataka Agencije i uključuje multidisciplinarni, stručan, nepristran, objektivni proces, temeljen na principima medicine zasnovane na dokazima te transparentan proces procjene kliničke učinkovitosti i sigurnosti, uz ekonomsku analizu novih ili već postojećih zdravstvenih tehnologija (lijekova, medicinskih proizvoda, kirurških procedura, dijagnostičkih postupaka, kao i ostalih tehnologija s područja prevencije, dijagnostike, liječenja i rehabilitacije), uzimajući u obzir etička, socijalna, pravna i organizacijska načela.

Proces procjene zdravstvenih tehnologija pomaže racionalizaciji zdravstvenog sustava, odnosno poboljšanju zdravstvene zaštite i povećanju njezine učinkovitosti. Glavni korisnici procjena zdravstvenih tehnologija su ministarstva zadužena za zdravlje (za donošenje odluka o kapitalnim investicijama u zdravstvu, donošenja novih zdravstvenih programa i slično), nositelji zdravstvenih osiguranja (u svrhu donošenja odluke o stavljanju novih lijekova na liste lijekova, kao i medicinskih proizvoda i drugih tehnologija te odluka o potpunom ili djelomičnom pokrivanju troškova) te Uprave bolnica. Posredni korisnici su i zdravstveni djelatnici, njihova stručna društva, farmaceutska industrija te bolesnici i njihove udruge, odnosno društvo u cjelini, zbog poboljšanja kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite.

Značajni dokumenti koji ukazuju na važnost procjene zdravstvenih tehnologija su Tallinska povelja »Zdravstveni sustavi za zdravlje i blagostanje«, Europska Direktiva o pravima pacijenata u pružanju zdravstvene usluge preko granica država članica (2011/24/EU), Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006.-2011., Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite te novi Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi.

Na europskoj razini od 1994. godine provedeno je već nekoliko velikih projekata koje je financirao EU, a trenutno je pri završetku europski projekt EUNetHTA Joint Action (zajednički projekt Europske mreže institucija za procjenu zdravstvenih tehnologija – EUNetHTA i Europske komisije, od 2010.-2012.). Novi EUNetHTA JA2 projekt (2012.-2015.) započeo će u listopadu 2012. godine. Agencija

za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi kao predstavnik Hrvatske u ožujku 2010. godine postala je tzv. EUnetHTA Partner u EUnetHTA JA (2010-2012) projektu (imenovanjem od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH), s punim pravom glasanja i aktivnim sudjelovanjem u nekoliko Radnih paketa. Agencija je od Europske Komisije dobila i poziv za aktivnim uključanjem u EUnetHTA JA2 projekt te će aktivno sudjelovati u tri Radna paketa.

Teškoće i izazovi razvoja procjene zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj vezani su uz činjenicu da ta aktivnost dosad nije bila prepoznata kao prioritetna, zakonski okvir nije dovoljno razrađen (nije definiran Pravilnik za procjenu zdravstvenih tehnologija, a važeći pravilnici ne definiraju jasnu i obveznu ulogu HTA-e u procesima donošenja odluka u zdravstvenoj politici) i ne postoji dovoljan broj djelatnika Agencije osposobljenih za procjenu zdravstvenih tehnologija.

Sažetak

Upravljanje kvalitetom u sustavu zdravstva Republike Hrvatske regulirano je zakonskim okvirom, a provodi se najvećim dijelom kroz rad Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Osim poslova davanja, obnove i ukidanja akreditacije, djelovanje Agencije uključuje i osmišljanje, i provedbu mjera za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i bolesnikove sigurnosti. Agencija je također uključena u proces procjene zdravstvenih tehnologija, kao i procese izobrazbe na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete usluga socijalne skrbi. Do ožujka 2012. godine priprema bolnica za akreditaciju je započeta u većini bolnica koje su se prijavile za dobrovoljnu akreditaciju dok se za provođenje procesa očekuje odgovarajući podzakonski akt. Akreditacijski standardi su u postupku međunarodne validacije. U Hrvatskoj je dosad objavljeno 60 kliničkih smjernica (31 u Liječničkom vjesniku i 29 na stranicama Hrvatskog liječničkog zbora) što znači da još uvijek postoji veliki broj smjernica i algoritama koje je potrebno izraditi i implementirati u praksi čime će se dati još jedan alat za unapređenje kvalitete u kliničkoj praksi. Postojeće kadrove i kapacitete za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete te procjenu zdravstvenih tehnologija potrebno je dodatno ojačati.

3.10 Informatizacija i eZdravstvo

3.10.1 Informatijske i komunikacijske tehnologije u zdravstvu

U svakodnevnom radu u zdravstvenom sustavu nastaju podaci koji služe za proizvodnju informacija neophodnih za argumentirano odlučivanje vezano za učinkovitost i upravljanje zdravstvenim sustavom. Valjan zdravstveni sustav je javni interes za državu i društvo u cjelini. Količinu informacija koja nastaje u zdravstvenom sustavu nije moguće obrađivati bez uporabe suvremenih informatijskih i komunikacijskih tehnologija (IKT). Odlučivanje treba biti zasnovano na argumentima, činjenicama, informacijama koje moraju biti raspoložive, točne, ažurne, pravovremene, sigurne i nepromjenjive. Javni interes za podacima i informacijama mora respektirati isto tako važan princip da podaci u medicini i zdravstvu podliježu zaštiti u smislu općih ljudskih prava te međunarodnih i nacionalnih zakonskih odredaba o zaštiti podataka u sustavu zdravstva, a isto tako treba čuvati etičke principe u baratanju medicinskim i zdravstvenim podacima.

Ulaganjem u e-zdravlje osigurat će se i unaprijediti kvaliteta zdravstvene zaštite. Razvoj IKT-a u zdravstvenom sustavu sredstvo je za daljnji razvoj kvalitetne zdravstvene zaštite stanovništva zasnovane na solidarnosti, dostupnosti, sveobuhvatnosti, učinkovitosti i

pravičnosti. Bez ulaganja u IKT zdravstva, ne može se ostvariti održiva i kvalitetna zdravstvena zaštita. Ulaganja moraju biti primjerena (s iznosom utemeljenim na iskustvu razvijenih zemalja) i usklađena s rezultatima koje ta ulaganja trebaju dati.

Informacijski sustavi općenito smanjuju mogućnosti pogrešaka, a kroz podršku poslovnim procesima (poput kliničkih ili farmakoloških smjernica) utječu na povećanje kvalitete pružanja zdravstvene skrbi, podižu sigurnost pacijenta te doprinose smanjenju troškova.

Financijska opravdanost velikih informacijskih projekata u zdravstvu može se objasniti s dvije skupine argumenata: a) potreba za transformiranjem zdravstvenih podataka u informacije važne za donošenje ključnih javnozdravstvenih odluka i mjera iz domene ekonomike zdravstva, odnosno sustavnog praćenja troškova i utvrđivanja potencijala racionalizacije potrošnje u zdravstvu bez smanjenja razine zdravstvene zaštite i b) potreba za povećavanjem transparentnosti sustava i prilagođavanja standardima važećim u EU-u. Integrirani zdravstveni sustav u konačnici mora imati dvije skupine temeljnih ekonomsko-zdravstvenih funkcionalnosti: a) uvid u procese stvaranja zdravstvene potrošnje na razini PZZ-a, a koji bi mogli biti korišteni kao podloga u donošenju zdravstveno-ekonomskih odluka i mjera i b) informatiziranje i automatiziranje procesa izrade i monitoringa konsolidiranog zdravstvenog proračuna s uključenim proračunima HZZO-a i bolničkog sustava te konsolidiranih financijskih izvješća svih uključenih strana u zdravstvenom sustavu.

Kako bi se izbjegle pogreške i zlouporabe informacijske i komunikacijske tehnologije u medicini i zdravstvu, a za dobrobit zdravlja građana, potrebno je ocijeniti mogućnosti komunikacije, utvrditi okvire uporabe, usvojiti standarde informacijske infrastrukture i kvalitete, sigurnosti te definirati odgovarajuću izobrazbu. Medicina i zdravstvo su vrlo osjetljiva područja sa stanovišta ljudskog života i rada te svaka neadekvatna uporaba ili zlouporaba zdravstvenih podataka može dovesti do neželjenih ishoda.

3.10.2 Informatizacija u hrvatskom zdravstvu

U Republici Hrvatskoj je u posljednjih 10 godina puno napravljeno na informatizaciji zdravstvenog sustava. Primarna zdravstvena zaštita je jednim dijelom informatizirana, uglavnom u onom dijelu koji se odnosi na poslovni proces u ordinacijama, čuvanje podataka o pacijentima u digitalnom obliku i razmjeni podataka s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, ljekarnama, laboratorijima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i izvanbolničkim specijalistima. Bolnice, kao i poliklinike, imaju svoje ideje i neprekidno rade na razvoju vlastitih informatijskih sustava koji bi zadovoljili njihove informacijske potrebe. Zavodi za javno zdravstvo (ali i drugi zavodi) razvijaju podsustave koji se temelje na podacima koji velikim dijelom stižu iz zdravstvenih ustanova. Često se radi o podacima pohranjenim u medicinskoj dokumentaciji pacijenata. Međutim, upisivanje i slanje tih podataka zahtijeva dodatni rad liječnika ili drugog zdravstvenog osoblja na sastavljanju izvješća temeljem podataka o radu i iz medicinske dokumentacije što nerijetko rezultira kašnjenjem, a ponekad i nepotpunošću podataka. Stoga i zdravstveno-statistička izvješća kasne. Nadalje, zdravstvena je dokumentacija u pravilu fragmentirana (dio podataka o pacijentu se nalazi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, dio u bolnicama, a veliki dio medicinskih podataka pacijenti imaju kod svoje kuće). To također otežava liječnicima, odnosno pružateljima zdravstvene zaštite, pristup pacijentovim podacima što stvara probleme u izravnom medicinskom radu.

Sam proces informatizacije zdravstvenog sustava obilježen je i brojnim problemima. Briga o sveobuhvatnosti i sustavnosti medicinske dokumentacije dosad je bila slabo razvijena. Vrlo često

zdravstveni profesionalci i korisnici zdravstvenog informacijskog sustava nisu bili uključeni u njegovo nastajanje, a s rezultatima, odnosno programskim rješenjima koja su dobili, krajnji korisnici nisu zadovoljni. Veliki nedostatak sustava čini nemogućnost obrade mnoštva prikupljenih informacija za potrebe boljeg i učinkovitijeg upravljanja sustavom zdravstva te nemogućnost pristupa informacijama raznim sudionicima u sustavu, ponajprije pacijentima. Najveći problem u dosadašnjoj informatizaciji zdravstva ipak predstavlja nedostatak usklađenog djelovanja i gradnja informacijskog sustava kao skupa izoliranih otoka. Posebno pitanje predstavlja institucionalno upravljanje sustavom eZdravstva i provođenje strategije informatizacije gdje postoji međuovisnost sustava upravljanja i financiranja zdravstvenog sustava (kroz državni proračun ili kroz samostalnost Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje) i organizacije središnjeg tijela za upravljanje eZdravstvom, kako bi vertikalna i horizontalna povezanost u sustavu bila i institucionalno popraćena.

Usprkos svim navedenim nedostacima, informatizacija zdravstva je u posljednjih pet godina pokazala velike koristi za stanovništvo. U posljednje vrijeme, povezivanje stručnjaka u svim dijelovima sustava (Ministarstvo zdravlja, kliničke ustanove, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) i druga zdravstvena osiguranja, državni zdravstveni zavodi, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, isporučitelji medicinskih programskih rješenja i dr.) i nastojanje stvaranja centraliziranog strateškog promišljanja, donošenja odluka i koordiniranog metodološkog vođenja projekata predstavlja veliki napredak u informatizaciji zdravstva.

3.10.3 Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH)

Trenutni Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH) napredan je i moderan informacijski sustav. Ovlašteni korisnici CEZIH-a su zdravstvene ustanove i zdravstveni djelatnici koji imaju sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. Korištenjem virtualne privatne mreže (VPN – Virtual Private Network), središnji informacijski sustav primarne zdravstvene zaštite povezuje sve liječničke ordinacije primarne zdravstvene zaštite, osiguravatelje, razne medicinske ustanove i ostale subjekte u procesu izvanbolničke zdravstvene zaštite. U svakoj ordinaciji nalazi se aplikacija koja je predviđena za liječnika i medicinsku sestru. Središnji informatički sustav PZZ-a sadrži Portal primarne zdravstvene zaštite (PZZ portal) i sustav za upravljanje razmjenom poruka. Na CEZIH su u ovom trenutku spojene sve ordinacije opće-obiteljske medicine (cca 2350), sve pedijatrijske ordinacije (cca 270), sve ginekološke ordinacije (cca 270), sve stomatološke ordinacije (više od 1900), sve ljekarne (više od 1150), laboratoriji u PZZ-u (cca 120), sve ordinacije školske medicine (153), izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita (cca 800) i informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Svi navedeni sudionici sustava u realnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka iz koje se dobivaju napredna izvješća o radu zdravstvenog sustava. Ordinacije medicine rada zasad nisu spojene na CEZIH pa se u njima podaci obrađuju ručno, zbog čega je ta obrada često manjkava i neadekvatna.

Uvođenjem e-recepta 2. siječnja 2011. godine ostvarena je puna nacionalna pokrivenost i napravljen značajan iskorak prema »ordinaciji bez papira«. Godišnje se kroz CEZIH sustav izda više od 50 milijuna e-recepta.

Od 15. siječnja 2011. ostvarena je puna nacionalna pokrivenost e-uputnice u biokemijski laboratorij, od kada su milijuni elektroničkih uputnica i rezultata laboratorijskih pretraga razmijenjeni u sustavu. U Hrvatskoj je implementacijom mehanizama elektroničke razmjene informacija (e-recept, e-uputnica, poruka poslije svakog pregleda u PZZ-u, izvješće o bolovanju te četiri poruke za HZJZ-u: pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijava zarazne bolesti i prijava neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije) postavljen dobar temelj za središnji elektronički zdravstveni zapis pacijenta u opsegu potrebnom različitim zdravstvenim profesionalcima. Izrazito važan dio tih podataka je povijest liječenja koja u smislu informacije već postoji u sustavu.

Važan učinak dosadašnje informatizacije jest i informatičko opismenjanje zdravstvenih djelatnika što je značajan preduvjet budućeg razvoja i primjene informatičkih sustava. Od 2006. godine 17.000 zdravstvenih djelatnika steklo je osnovnu informatičku izobrazbu i koristi se informatičkim rješenjima u svakodnevnom radu.

3.10.3.1 Registri u CEZIH-u

Dva važna registra u sustavu su:

- Elektronički populacijski registar (EPR) koji sadrži podatke o osobi koji nisu zdravstvenog tipa, zdravstvene podatke o pacijentu, podatke o zdravstvenom osiguranju i podatke o osiguravajućem društvu
- Registar resursa u zdravstvu (RRZ) koji sadrži osobne, opće i dodatne podatke o zdravstvenom djelatniku (liječnik, medicinska sestra, itd.), podatke o zdravstvenoj ustanovi, podatke o liječničkom timu i podatke o zaposlenju (radnom odnosu) u zdravstvenoj ustanovi.

Povezivanjem na sustav OIB-a, s Ministarstvom unutarnjih poslova i Ministarstvom uprave koje je u tijeku, EPR svih građana RH uz navedene podatke imat će i ažurne podatke rođenih, umrlih, adrese i ostale bitne osobne promjene.

CEZIH Portal predstavlja jedinstvenu točku ulaza u informacijski sustav PZZ-a i pruža korisnicima sustava čitav niz zajedničkih usluga. On služi za komunikaciju definiranim datotekama između HZZO-a i ugovornih subjekata (dostava popisa pacijenata, prikupljenog sudjelovanja, odobrenih pomagala, izdanih receptata u ljekarni, popisa važećih osiguranika bolnicama, datoteke prijem/otput iz bolnice itd.).

3.10.3.2 CEZIH i primarna zdravstvena zaštita

Sustav primarne zdravstvene zaštite je u početku zamišljen te i implementiran kao sustav razmjene poruka s minimalnom poslovnom logikom. Takav koncept je uspješan ukoliko su sustavi koji razmjenjuju poruke kroz njega na visokoj razini te su sposobni implementirati potrebne norme i poslovnu logiku te dati na raspolaganje različite usluge potrebne ostalim korisnicima. U RH to velikim dijelom ni danas nije slučaj, a izazove s interoperabilnosti i kvalitetom korisničkih aplikacija ima i većina europskih država.

Mnoštvo različitih aplikacija koje koriste krajnji korisnici prilikom spajanja na CEZIH također dijelom smanjuju učinkovitost čitavog sustava. Ergonomija svake aplikacije je različita pa je komplicirana izobrazba i podrška novim korisnicima, a ne postoji ni centralna uniformna implementacija smjernica i validacijski mehanizmi provjere. Ni jedna aplikacija nije sposobna komunicirati koristeći HL7v3 (svi koriste tzv. integracijsku komponentu kako bi vlastite sustave napravili sukladnim HL7v3 normi), a ne postoje ni semantičke validacije potrebne kako bi se zaokružila komunikacija.

3.10.3.3 CEZIH i ljekarne

Centralni informacijski sustav kako je sada koncipiran pruža mogućnost nadzora nad propisivanjem i izdavanjem lijekova na recept. Mogućnost provjera navika propisivanja i izdavanja lijekova, zbog nerazvijenog sustava izvješćivanja, nije iskorištena. Također, treba napomenuti i mogućnost proširenja e-recept mehanizma na službu hitne pomoći i po mogućnosti na sve propisane lijekove (uključiti i privatnike, odnosno sve zdravstvene djelatnike koji imaju pravo propisivanja lijekova).

Na žalost, nedostaje jedinstveni šifarnik za sve lijekove i za sva pomagala koja se koriste u zdravstvenom sustavu, a koji je trenutno u izradi.

3.10.3.4 CEZIH i izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Informatizirano je 20 djelatnosti izvanbolničkog SKZZ-a i u ovom trenutku se radi na informatizaciji i ostalih djelatnosti. Informatizacija SKZZ-a je izvrstan pilot za informatizaciju i povezivanje bolničkih sustava na CEZIH-u.

3.10.3.5 CEZIH i bolnički informatički sustavi

Što se tiče bolničkog sustava, važno je naglasiti da oko 60 postojećih bolnica upravljaju proračunom od oko 11 milijardi kuna što je više od 50% proračuna zdravstva, odnosno oko 10% državnog proračuna. Bolnice imaju ukupno oko 45.000 zaposlenih, od čega je oko 200 stručnjaka za informacijske tehnologije (36 bolnica ima informatički odjel). Bolnički informacijski sustav imaju 42 javne bolnice, dok oko 20 bolnica nema gotovo nikakav središnji informacijski sustav, iako se prema anketi provedenoj 2011. godine tek 1.6% medicinske dokumentacije vodi ručno.

Anketa pokazuje da su izdvajanja za informacijske tehnologije u hrvatskim bolnicama u rasponu od 0,3 do 0,9%, dok je svjetski prosjek 3-4%. Svi anketirani zaposlenici (100%) smatraju da implementacija bolničkog informatičkog sustava ima jak ili vrlo jak doprinos kvaliteti zdravstvene zaštite.

Integracija bolničkih informacijskih sustava sa sustavom CEZIH u velikom dijelu je moguća kroz već razvijene mehanizme odnosno definicije podataka (uputnica/otpusno pismo/e-liste čekanja/e-naručivanje). Pomagala također mogu biti dodana u sustav. Implementacijom mehanizma e-uputnice u bolnici, informatizira se proces pisanja otpusnog pisma i komunikacije prema liječniku u PZZ-u.

Bolnice dnevno šalju fakture u HZZO, a s CEZIH portala uzimaju datoteke o dnevno važećim osiguranicima, no ne postoji međusobna informatička povezanost bolnica ni jedinstveni set podataka koji se prate i šalju te nema sustava izvješćivanja koji bi uključivao i bolničke podatke. Projekt e-liste čekanja i e-naručivanje koji su u tijeku predstavljaju prvi korak u integraciji bolničkih sustava kako međusobno tako i s centralnim informacijskim zdravstvenim sustavom.

Još uvijek ne možemo reći da glavni medij komunikacije između primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, kao i unutar bolnice i domova zdravlja, više nije sam pacijent ili član njegove obitelji, nego centralni zdravstveni informacijski sustav, no danas smo znatno bliže tome cilju.

3.10.3.6 CEZIH i informatički sustav javnog zdravstva

Javnozdravstveni sustav upravlja s više od 33 registra, koji, međutim, nisu ni povezani ni ujednačeni prema modelu podataka i zajedničkim dijelom informacija. Poruke poslane u CEZIH – pom-

pidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijava zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije – zbog nerazvijenog sustava izvješćivanja koriste se sa zakašnjenjem. Zdravstveni sustav u cjelosti ima više od 60 registara. Veliki broj javnozdravstvenih izvješća još se uvijek radi ručnom obradom podataka.

3.10.3.7 Informatički sustav službe hitne medicinske pomoći

Informacijski sustav za županijske centre hitne medicine postoji u Rijeci, Karlovcu i Zagrebu, no u sklopu reforme hitne medicine, a većim dijelom sredstvima Svjetske banke, trenutno je u tijeku priprema za izgradnju centralnog informacijskog sustava za svih 21 županijski centar hitne medicine sa središnjim pozivnim centrom i naprednom razmjenom podataka s vozilima hitne medicinske pomoći.

3.10.4 Telemedicina

U Hrvatskoj se trenutno telemedicinske usluge odnosno zdravstvene usluge koje se pružaju na daljinu uporabom informacijskih i komunikacijskih tehnologija pružaju na tri razine zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj tercijarnoj.

Na primarnoj razini zdravstvene zaštite pružaju se sljedeće telemedicinske usluge za kronične pacijente:

- usluge Holter EKG-a
- kardioloških kontrolnih pregleda
- neuroloških kontrolnih pregleda
- dermatološke redovne usluge
- psihološka/psihijatrijska savjetovanja
- usluge nadzora hemodijalize.

• U pripremi su:

• usluge iz hitne medicine na primarnoj razini zdravstvene zaštite

- usluge iz radiologije
- usluge iz neurologije, neurokirurgije i referentnih centara MIZ-a.

Na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite pružaju se redovne i hitne telemedicinske usluge iz sljedećih područja medicinske struke:

- radiologija
- neurologija
- neurokirurgija
- kirurgija kralježnice (Traumatologija – referentni centar MIZ-a)
- maksilofacijalna (Referentni centar MIZ-a)
- U pripremi su usluge iz sljedećih područja medicinske struke:
- Transfuzijska medicina – imunohematološka testiranja
- Mreža za interventno zbrinjavanje moždanog udara.

Smjernice u radiologiji i e-usavršavanju sukladne su smjernicama Europskog društva radiologa. Iako se kasni za planovima Europske komisije e-health i2010 i i2020, programi i planovi su usklađeni.

Fokus razvoja telemedicine će svakako slijediti sljedeća u čitavom svijetu prepoznata 4 pravca:

- Pohrani i prosljedi (teleradiologija);
- Nadzor (telekardiologija, teleginekologija itd.);
- Konzultacije (telepsihijatrija, teledermatologija, teleneurologija itd.);
- Zaštita (telenjega).

3.10.5 Arhivsko i registraturno gradivo u zdravstvu

Arhivsko i registraturno gradivo javnih zdravstvenih ustanova podložno je i pravnoj regulaciji i zaštiti od strane Republike Hrvatske kao kulturnog dobra od posebnog interesa. Iz raspoloživih podataka može se procijeniti da zdravstveni sustav skrbi za cca 80.000 – 100.000 dužnih metara arhivskog i registraturnog gradiva. Sustavna skrb nad gradivom dosad nije postojala, procesi i postupci vezani za obradu gradiva u najvećoj su mjeri izostali, gradivo se čuva u neprimjerenim prostorima koji svojom tehničkom opremljenošću kao i kapacitetom ne zadovoljavaju elementarne norme. Dio gradiva pohranjen u »spremišta« fizički je ugrožen i izložen propadanju. Ulaganja u prostorne kapacitete za pohranu gradiva, kao i u cjeloživotno obrazovanje djelatnika za rad sa arhivskim gradivom, uglavnom je izostala, a zatečeni sustav ima elemente neorganiziranosti, neučinkovitosti i voluntarizma.

Kao put prema rješavanju ovog problema, u izradi je nacrt Strategije integralnog upravljanja arhivskim i registraturnim gradivom zdravstvenog sustava Republike Hrvatske za razdoblje 2012.-2020. U tom dokumentu predlaže se formiranje virtualnog zdravstvenog arhiva koji bi objedinio cjelokupno arhivsko gradivo zdravstvenog sustava i učinio ga javno dostupnim u skladu sa zakonskim odredbama koje definiraju dostupnost arhivskog gradiva. Virtualni zdravstveni arhiv bi se integrirao u postojeći Nacionalni arhivski informacijski sustav ARHiNET kao tehnološku osnovu za pristup i pretraživanje arhivskog gradiva. Ministarstvo kulture Republike Hrvatske je ARHiNET prihvatio kao nacionalni projekt, a ARHiNET je postao i dio Programa e-Hrvatska te operativnog plana Vlade Republike Hrvatske te postao nacionalna norma za opis arhivskog gradiva. Preduvjet organizacije i uspostavljanja jedinstvenog sustava upravljanja arhivskim i registraturnim gradivom je regionalno centralizirano prikupljanje i obrada arhivskog i registraturnog gradiva.

Sažetak

Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske (CEZIH) s više od 17.000 korisnika i velik broj bolničkih informacijskih sustava čine dobru osnovu za informatizaciju čitavog zdravstvenog sustava RH. Na CEZIH su u ovom trenutku spojene sve ordinacije opće-obiteljske medicine (cca 2350), sve pedijatrijske ordinacije (cca 270), sve ginekološke ordinacije (cca 270), sve stomatološke ordinacije (više od 1900), sve ljekarne (više od 1150), laboratoriji u PZZ-u (cca 120), sve ordinacije školske medicine (153), izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita (cca 800) i informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Svi navedeni sudionici sustava u realnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka iz koje se dobivaju napredna izvješća o radu zdravstvenog sustava. Uvođenjem e-recepta 2. siječnja 2011. godine ostvarena je puna nacionalna pokrivenost i napravljen značajan iskorak prema »ordinaciji bez papira«. Godišnje se kroz CEZIH sustav izda više od 50 milijuna e-receptata. Od 15. siječnja 2011 ostvarena je puna nacionalna pokrivenost e-uputnice u biokemijski laboratorij, od kada su milijuni elektroničkih uputnica i rezultata laboratorijskih pretraga razmijenjeni u sustavu. U Hrvatskoj je implementacijom mehanizma elektroničke razmjene informacija (e-recept, e-uputnica, poruka poslije svakog pregleda u PZZ-u, izvješće o bolovanju te četiri poruke za HZJZ: pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijave zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije) postavljen dobar temelj za središnji elektronički zdravstveni zapis pacijenta u opsegu potrebnom različitim zdravstvenim profesionalcima kako u Hrvatskoj tako i u cijeloj Europi. Izrazito važan dio tih podataka je povijest liječenja koja u smislu informacije već postoje u sustavu.

Važan učinak dosadašnje informatizacije jest i informatičko opismenijavanje zdravstvenih djelatnika što je značajan preduvjet budućeg razvoja i primjene informatičkih sustava. Od 2006. godine 17.000 zdravstvenih djelatnika steklo je osnovnu informatičku izobrazbu i koristi se informatičkim rješenjima u svakodnevnom radu.

Od ukupno oko 45.000 zaposlenih u hrvatskim bolnicama, oko 200 njih su stručnjaci za informacijske tehnologije (36 bolnica ima informatički odjel). Bolnički informacijski sustav ima 42 javne bolnice, dok oko 20 bolnica nema gotovo nikakav središnji informacijski sustav, iako se prema anketi provedenoj 2011. godine tek 1.6% medicinske dokumentacije vodi ručno. Integracija bolničkih informacijskih sustava sa sustavom CEZIH u velikom dijelu je moguća kroz već razvijene mehanizme odnosno definicije podataka (uputnica/otpusno pismo/e-naručivanje). Pomagala također mogu biti dodana u sustav. Implementacijom mehanizma e-uputnice u bolnici, informatizira se proces pisanja otpusnog pisma i komunikacije prema liječniku u PZZ-u. Bolnice dnevno šalju fakture u HZZO, a s CEZIH portala uzimaju datoteke o dnevno važećim osiguranicima, no ne postoji međusobna informatička povezanost bolnica ni jedinstveni set podataka koji se prate i šalju te nema sustava izvješćivanja koji bi uključivao i bolničke podatke. Trenutno je u tijeku projekt e-listi čekanja i e-naručivanja kao prvog koraka u integraciji bolničkog sustava.

Javnozdravstveni informatički sustav upravlja s više od 33 registra, koji, međutim, nisu ni povezani ni ujednačeni prema modelu podataka i zajedničkim dijelom informacija. Poruke poslane u CEZIH – pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijave zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije – zbog nerazvijenog sustava izvješćivanja koriste se sa zakašnjenjem. Zdravstveni sustav u cijelosti ima više od 60 registra. Veliki broj javnozdravstvenih izvješća još se uvijek radi ručnom obradom podataka.

Informacijski sustav za županijske centre hitne medicine postoji u Rijeci, Karlovcu i Zagrebu, no u sklopu reforme hitne medicine, a većim dijelom sredstvima Svjetske banke, trenutno je u tijeku priprema za izgradnju centralnog informacijskog sustava za svih 21 županijski centar hitne medicine sa središnjim pozivnim centrom i naprednom razmjenom podataka s vozilima hitne medicinske pomoći.

U Hrvatskoj se trenutno telemedicinske usluge odnosno zdravstvene usluge koje se pružaju na daljinu uporabom informacijskih i komunikacijskih tehnologija pružaju na tri razine zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj.

Arhivsko i registraturno gradivo javnih zdravstvenih ustanova podložno je i pravnoj regulaciji i zaštiti od strane Republike Hrvatske kao kulturnog dobra od posebnog interesa. Iz raspoloživih podataka može se procijeniti da zdravstveni sustav skrbi za cca 80.000 – 100.000 dužnih metara arhivskog i registraturnog gradiva. Sustavna skrb nad gradivom dosad nije postojala, procesi i postupci vezani za obradu gradiva u najvećoj su mjeri izostali, gradivo se čuva u neprimjerenim prostorima koji svojom tehničkom opremljenošću kao i kapacitetom ne zadovoljavaju elementarne norme. Kao put prema rješavanju ovog problema, u izradi je nacrt Strategije integralnog upravljanja arhivskim i registraturnim gradivom zdravstvenog sustava Republike Hrvatske za razdoblje 2012.-2020. U tom dokumentu predlaže se formiranje virtualnog zdravstvenog arhiva koji bi objedinio cjelokupno arhivsko gradivo zdravstvenog sustava i učinio ga javno dostupnim, u skladu sa zakonskim odredbama koje definiraju dostupnost arhivskog gradiva.

Općenito, glavni problem informatizacije čine nedovoljna sredstva i neorganiziranost u kontekstu ujednačavanja i razmjene podataka, metodologija rada, međusobne integracije i povezivanja s centralnim sustavom. Sredstva koja se ulažu u informacijske tehnologije u zdravstvu su tri do četiri puta manja od europskog i svjetskog prosjeka.

Konačna je svrha informatizacije zdravstva:

- Izravno pridonijeti poboljšanju kvalitete usluge i dosljednosti u njezi bolesnika te time i sigurnosti pacijenta.

- Osigurati bolju komunikaciju između svih sudionika u službi zdravstvene zaštite kroz središnje upravljanje podacima pacijenata kako u primarnoj, tako i sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti (elektronički zdravstveni zapis), centralizirano upravljanje procesima u zdravstvenom sustavu (npr. e-naručivanje) te povezivanje svih zdravstvenih registara.

- Pacijentima omogućiti cjelovitu dostupnost zdravstvene zaštite kroz brz i siguran pristup vlastitom zdravstvenom zapisu, kao i informacije o usluzi i kvaliteti zdravstvene zaštite.

- Omogućiti učinkovitiju administraciju i bolje upravljanje u zdravstvenom sustavu kroz izgradnju naprednog izvještajnog sustava nad svim podacima u sustavu zdravstva koji bi bio snažna podrška odlučivanju upravljačkim tijelima zdravstva te omogućio učinkovitije trošenje sredstava.

- U koordinaciji s ostalim tijelima državne uprave i u skladu sa strategijom Republike Hrvatske i eHrvatske uskladiti se s političkim ciljevima u vezi digitalizacije javnog sektora i pružanja elektroničkih usluga građanima.

3.11 Znanost, istraživanja i inovacije u biomedicini

3.11.1 Znanstvena i tehnološka politika Republike Hrvatske

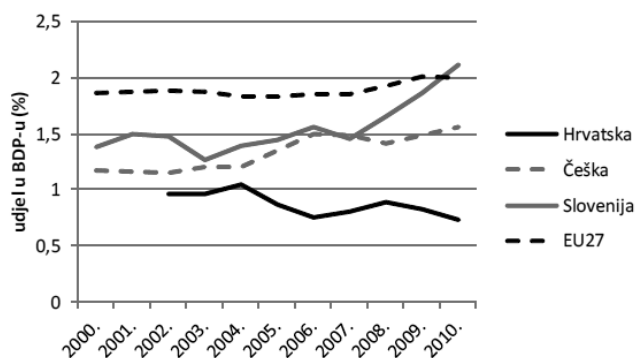
Istraživanje, razvoj i inovacije sastavni su dio sustava zdravstva Republike Hrvatske. Ovo se ponajprije očituje kroz korištenje znanstvenih spoznaja u svrhu poboljšanja kvalitete života, sprječavanja i liječenja bolesti. Znanstveno-istraživački rad važan je i za individualno napredovanje u znanstvena i znanstveno nastavna zvanja, dok su na razini ustanova znanost i istraživanje sastavni dio rada kliničkih ustanova.

Iako do sada nije postojala jedinstvena znanstvena politika unutar sustava zdravstva, neki dijelovi znanstvene politike u cijelosti mogu se primijeniti i u sustavu zdravstva. Postavke su definirane u Znanstvenoj i tehnološkoj politici Republike Hrvatske 2006-2010, a kao temeljne postavke određene su: povećanje i poboljšanje ulaganja u znanost, istraživanje i razvoj, poticanje inovacija, širenje uporabe informacijskih i komunikacijskih tehnologija i održiva uporaba resursa te stvaranje društva temeljenog na znanju kao osnove za stvaranje zdravoga gospodarstva. Među specifičnim ciljevima izdvojeni su podizanje ukupnog izdvajanja za znanost i istraživanje na 3% bruto nacionalnog dohotka, restrukturiranje sustava državnih instituta i njihova reorientacija na tržišno poslovanje, poticanje razvoja mladih istraživača, povećanje ulaganja i prijenos znanja te promjene zakonskog okvira koje bi olakšale ove aktivnosti. Uz to, Akcijski plan 2007.-2010. »Znanstvena i tehnološka politika Republike Hrvatske« definirao je nekoliko prioritarnih pravaca koji uključuju i istraživanja u zdravstvu. Uz temeljna znanstvena istraživanja, u zdravstvu se provode i klinička ispitivanja. Ovaj oblik istraživanja spada u vrlo važnu kategoriju privatnih ulaganja u znanstvena istraživanja. Početkom primjene novih smjernica Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta temeljem »Smjernica za strategiju odgoja,

obrazovanja, znanosti i tehnologije« dodatno se naglašava potreba preustroja sustava znanosti u cjelinu koja je integrirana s gospodarstvom kako bi se ojačala veza i potaknuo prijenos tehnologije i znanja. Pri tome se zdravstvo provlači kroz sva tri tematska pravca – vrhunska znanost, industrijsko liderstvo i društvene izazove. Iako se zdravstvo i zdravlje smatraju jednim od nacionalnih prioriteta u Republici Hrvatskoj, zasad ne postoje jasni istraživački prioriteti u biomedicini i zdravstvu.

3.11.2 Glavne razlike između Republike Hrvatske i prosjeka EU-a

Usporedba financijskih pokazatelja Hrvatske i prosjeka EU27 ukazuje na nepovoljan udio financiranja sustava znanosti i istraživanja, kao i oko 2,5 puta manji opseg proračunskih ulaganja u ovaj sektor (Slika 1). Ne samo da je taj postotak osjetno manji od zemalja Europske unije, nego je i bruto nacionalni dohodak u Hrvatskoj manji od europskog prosjeka što u konačnici znači da je sustav znanosti i istraživanja u Hrvatskoj u višestruko nepovoljnijem položaju.



Slika 1. Usporedni prikaz izdataka za istraživanje iz bruto nacionalnog dohotka. Izvor: Eurostat.

3.11.3 Zakonski okvir i financiranje

Temeljni dokumenti kojima se definira provedba kliničkih ispitivanja su Zakon o lijekovima, Zakon o medicinskim proizvodima te Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi. Na nacionalnoj razini postoji i Središnje etičko povjerenstvo koje je neovisno tijelo odgovorno za odobravanje kliničkih ispitivanja koja se provode u više ustanova. Uz njega, postoje i lokalna povjerenstva kojima je cilj odlučivanje o manje zahtjevnim predmetima koji se provode na razini pojedine ustanove.

Udio državnih proračunskih sredstava za istraživanje i razvoj u BDP-u u 2010. iznosio je 0,73%. Više od dvije trećine sredstava državnog proračuna za istraživanje i razvoj u 2010. godini bilo je namijenjeno sektoru visokog obrazovanja (70,08%). Slijedi državni sektor s 25,78%, dok je najmanje sredstava, 0,03%, bilo namijenjeno neprofitnom sektoru. Prema društveno-ekonomskim ciljevima, najviše sredstava državnog proračuna za istraživanje i razvoj u 2010. bilo je utrošeno za cilj Opće unapređenje znanja: Istraživanje i razvoj financiran iz fondova visokih učilišta (55,44%). Slijedi cilj Opće unapređenje znanja: Istraživanje i razvoj financiran iz drugih izvora (osim fondova visokih učilišta) s 34,22%, a najmanje je bilo utrošeno za cilj Obrana (0,13%; izvor: Državni zavod za statistiku). Unatoč tome, usporedba sa zemljama Europske unije (EU27) u najboljoj mjeri pokazuje ograničenost znanosti i istraživanja o zdravlju: dok je u Hrvatskoj 2010. godine u istraživanje zdravlja bilo uloženo 1,6% proračunskog novca za znanost i istraživanje, prosjek zemalja EU27

bio je 8,3% ukupnih znanstvenih ulaganja (Izvor: Državni zavod za statistiku). U projektni ciklus projekata koje provodi Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, a koji su bili iz područja biomedicine ukupno je do ožujka 2012. godine bilo uloženo 30.485.759,00 kn ili 20,25% svih sredstava predviđenih za znanstvene projekte.

3.11.4 Produktivnost istraživanja u biomedicini i zdravstvu

Analiza znanstvene produktivnosti u području biomedicine i zdravstva, prema podacima iz Hrvatske znanstvene bibliografije (<http://bib.irb.hr>, baza pretraživana 28.4.2012.), ukazuje na veliku raznolikost znanstvenih projekata. Ukupno je u posljednjem projektnom ciklusu Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta financirano 468 znanstvenih projekata (ožujak 2012. godine), s ukupno 5712 objavljenih znanstvenih radova po projektima (metodološka napomena – stvarni broj radova je manji jer su dva ili više projekta mogla biti navedena na jednom radu). Usporedna analiza pokazuje da za vrijeme trajanja projekta od ukupno pet godina, 34 projekta nisu proizvela ni jedan rad u bibliografskoj bazi podataka Current Contents, a najproduktivniji projekt imao je čak 112 radova. Nadalje, na samo 106 projekata (16,9% od ukupnog broja projekata) bilo je objavljeno 50% svih objavljenih radova. Konačno, analiza kumulativnog čimbenika odjeka po projektima ukazuje na vrlo izraženu raznolikost, s najbolje rangiranim projektom s kumulativnim čimbenikom odjeka od 1097, drugo plasiranim s 239, dok je čak 259 (41,3%) projekata imalo kumulativni čimbenik odjeka manji od 5. Ovi pokazatelji govore da u Hrvatskoj postoji mali broj znanstveno uspješnih i produktivnih projekata, a većina do sada financiranih projekata bila je marginalno produktivna (350 projekata ili 55,9% projekata imalo je u prosjeku najmanje jedan rad u bazi podataka Current Contents godišnje).

Najnepovoljniji su pokazatelji vezani uz prijavljene patente, za koje je prosjek EU27 2002. godine iznosio 104 patenta, a 2007. 117 patenata na milijun stanovnika, dok su usporedni podaci za Hrvatsku iznosili 8 tj. 7 patenata na milijun stanovnika. Još je važniji podatak smanjeni trend broja prijavljenih patenata u Hrvatskoj koji može govoriti o još nepovoljnijim uvjetima za komercijalizaciju otkrića u znanosti. Sustav transfera tehnologije slabo je razvijen, unatoč većem broju otvorenih ureda ili odjela. Mali broj ustanova uspješno je proveo neki od oblika transfera, a svega nekoliko privatnih tvrtki bavi se istraživanjem u biomedicini što ukazuje i na mali interes privatnog sektora za ovu nišu.

Ohrabrujući je primjer Laboratorija za mineralizirana tkiva Centra za translacijska i klinička istraživanja Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Kliničkog bolničkog centra Zagreb. Na temelju patentima zaštićenih otkrića znanstvenika iz toga laboratorija, Europska komisija za znanost je u okviru Okvirnog programa 7 (FP7) »Health« prvi puta Hrvatskoj odobrila koordinaciju jednog velikog partnerskog projekta – »Osteogrow« za kliničko testiranje novoga lijeka za regeneraciju prijeloma kosti. Koordinator projekta ukupne vrijednosti od 5,8 milijuna eura je Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Sva prava nakon isteka projekta ostaju Hrvatskoj biotehnoškoj kompaniji »Genera istraživanja« za globalni razvoj novoga lijeka za regeneraciju kosti što bi trebao biti prvi Hrvatski proizvod za regenerativnu medicinu temeljen na vlastitom izumu. Genera istraživanja jedina je hrvatska biotehnoška kompanija koja trenutno ima dozvolu za testiranje vlastitog novog lijeka.

U Hrvatskoj su do sredine travnja 2012. godine bila ugovorena ukupno 132 projektna ugovora, sa 164 partnera iz Hrvatske. Pri tome je kroz FP7 projekte dobiveno ukupno 27,5 milijuna eura, dok je od 2007. godine uloženo 21,6 milijuna eura. Zbog osobitosti projektnih područja i teme istraživanja, otežana je analiza udjela projekata iz područja biomedicine. U formalnom smislu, službeni podaci navode ukupno 6 projekata iz područja zdravlja.

Po pitanju učinkovitosti i iskorištenosti istraživačkih kapaciteta ne postoje dostupni podaci. Tijekom 2009. godine Nacionalno vijeće za znanost planiralo je analizu i pokušaj provedbe sustavnog pregleda sve znanstveno-istraživačke opreme u Hrvatskoj, no ona nije provedena iz organizacijskih razloga. Sadašnje stanje obilježava nedovoljno nastojanje da se poveća učinkovitost korištenja skupe istraživačke opreme.

3.11.5 Ljudski resursi u biomedicinskim istraživanjima

U području biomedicine i zdravstva u ožujku 2012. godine bilo je zaposleno ukupno 1733 znanstvenika, od čega je više od polovine bilo zaposleno u kliničkim znanostima (Tablica 1). Trenutno stanje obilježavaju nejednakosti u broju znanstvenika po znanstvenim poljima pa tako u polju biotehnika u medicini, integrativna bioetika, sigurnosne i obrambene znanosti i interdisciplinarni biotehničke znanosti nije bilo registriranih znanstvenika.

Tablica 1. Broj registriranih znanstvenika prema znanstvenim poljima unutar područja biomedicine i zdravstva. Izvor: Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta.

Znanstveno polje	Broj znanstvenika
3.01. Temeljne medicinske znanosti	240
3.02. Kliničke medicinske znanosti	1022
3.03. Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita	102
3.04. Veterinarska medicina	174
3.05. Dentalna medicina	112
3.06. Farmacija	83
Ukupno biomedicina i zdravstvo	1733

Produkcija znanstvenog kadra u području biomedicine pokazuje minimalni porast kroz razdoblje od pet godina. Dok je 2006. godine ukupno 106 kandidata doktoriralo u području biomedicine, taj se broj 2010. godine povećao na 176 (izvor: Državni zavod za statistiku). Glavnina doktorata proizvedena je u samo jednom centru (69%; Tablica 2). Među dosta nepovoljnim pokazateljima je i jako izražen odljev mladih istraživača (znanstvenih novaka) koji je bio posebno izražen u području biomedicine i zdravstva. Gotovo polovina doktoranada izašla je iz sustava potpore prije 36. mjeseca zaposlenja (48,6%), u usporedbi sa samo 28,4% u drugim područjima znanosti. No, još je alarmantniji podatak da je samo 17% novaka u biomedicini steklo doktorat za vrijeme navaštva, u usporedbi s 33% u cijelom uzorku novaka. Nepovoljni podaci o kratkom trajanju zaposlenja znanstvenih novaka govore o osipanju znanstveno-istraživačkog potencijala u biomedicini, a vjerojatno su posljedica manjka liječnika i većih mogućnosti na tržištu rada koje u zdravstvu nude veća primanja nego u znanosti i istraživanju.

Tablica 2. Ljudski resursi uključeni u znanost i istraživanje u biomedicini, 2010. godine. Izvor: Državni zavod za statistiku.

Pokazatelj	2010.
Zaposleni istraživači	2.622
Postotak žena među istraživačima	52,5
Broj zaposlenika izražen kroz ekvivalent punog radnog vremena (FTE)	1.173,3
Broj obranjenih doktorata	176
Broj obranjenih doktorata, samo Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet	121

3.11.6 Klinička istraživanja

Jedan od vrlo važnih elemenata istraživanja u zdravstvu i o zdravlju je provođenje kliničkih istraživanja. Ovaj oblik istraživanja provodi se s ciljem dobivanja podataka o novim oblicima liječenja i novim lijekovima. Ova istraživanja ne financira Ministarstvo zdravlja, nego u pravilu proizvođači ili distributeri lijekova i medicinskih proizvoda čime se osigurava vrlo važna veza između sustava zdravstva i gospodarstva. Međutim, sadašnje stanje kliničkih istraživanja u Hrvatskoj je vrlo neujednačeno i definira se na razini pojedinih ustanova. Izravna dobit za bolničke ustanove, u kojima se ova istraživanja u pravilu provode, jest da ustanove dobivaju dio iznosa koji naručitelji istraživanja plaćaju za provedbu istraživanja. Kako se u pravilu radi o multicentričnim istraživanjima, tako naručitelji često traže i da se cijeli proces istraživanja nadzire, tako da se poboljša i osigura kvaliteta i sigurnost provedbe ovog oblika istraživanja.

Kako bi se poboljšalo praćenje ovog oblika istraživanja, povećala transparentnost i olakšalo uključivanje zainteresiranih pacijenata u pokuse, kao pilot projekt na Medicinskom fakultetu u Splitu osnovan je registar kliničkih pokusa na hrvatskom jeziku, RegPok.hr. Registar obuhvaća klinička istraživanja koja se provode u Republici Hrvatskoj, a protokol im je zapisan u najvećem svjetskom registru kliničkih pokusa ClinicalTrials.gov u Nacionalnoj medicinskoj knjižnici Nacionalnih instituta za zdravlje Sjedinjenih Američkih Država. Dana 10. svibnja 2012. u ClinicalTrials.gov bilo je registrirano ukupno 471 istraživanje koje strane farmaceutske kompanije provode ili su već okončale u Hrvatskoj, od kojih je 108 u tom trenutku još uvijek bilo otvoreno i uključivalo nove ispitanike.

3.11.7 Istraživanja sustava zdravstva

Iako su od 1990. godine do danas u sustav zdravstva uvedene mnoge promjene koje su imale značajni utjecaj na dostupnost, kvalitetu, kontinuitet, učinkovitost i zadovoljstvo korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga, dosad nije bilo dovoljno znanstvenih istraživanja koja bi se bavila samim sustavom zdravstva. Zdravstvene politike u okviru reformi zdravstvenog sustava uglavnom nisu bile praćene znanstvenom analizom ishoda, kako u području javnog zdravstva, primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, tako i u području zdravstvene ekonomike. Godišnja izvješća ključnih ustanova koje provode praćenje rada zdravstvenog sustava mogu biti podloga za analizu, ali na temelju prethodno postavljenih projektnih zadataka jasno utvrđene metodologije. U tom smislu potrebno je razvijati i tehnologiju procjene utjecaja na zdravlje (*engl.* health impact assessment) – kombinaciju postupaka, metoda i alata pomoću kojih se politike, programi ili projekti procjenjuju u kontekstu njihovih potencijalnih učinaka na zdravlje populacije i raspodjelu tih učinaka unutar populacije.

Sažetak

Istraživanje, razvoj i inovacije sastavni su dio sustava zdravstva Republike Hrvatske. Dosadašnje stanje opisuje nepostojanje jedinstvene politike za znanost i istraživanje u sustavu zdravstva, unatoč jasnoj ulozi znanosti i istraživanja u poboljšanju kvalitete života, sprječavanju i liječenju bolesti. Usporedba podataka iz Hrvatske sa zemljama iz okruženja i prosjekom Europske unije ukazuje na izraženo manji udio proračunskog novca koji se ulaže u znanost, koji, ako se uzme u obzir i manji bruto nacionalni dohodak, uvjetuje i nisku razinu produktivnosti i učinkovitosti istraživanja. Stanje je još nepovoljnije na području istraživanja zdravlja jer je u Hrvatskoj tijekom 2010. godine u istraživanje zdravlja bilo uloženo 1,6% proračunskog novca za znanost i istraživanje, a prosjek zemalja EU27 bio

je 8,3% ukupnih znanstvenih ulaganja. U projektni ciklus projekata koje provodi Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, a koji su bili iz područja biomedicine ukupno je do ožujka 2012. godine bilo uloženo 30.485.759,00 kn ili 20,25% svih sredstava predviđenih za znanstvene projekte. Veliki broj dodijeljenih projekata Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta koji se bave medicinom su slabo produktivni, a time i manje konkurentni za dobivanje međunarodnih projekata i proširivanje opsega rezultata. No, ipak se u ovom okruženju jasno očituje manji broj istraživačkih skupina koje su produktivne i međunarodno prepoznatljive koje je potrebno dodatno poticati.

3.12 Zdravstvo i turizam

3.12.1 Pojmovno određenje

Turizam je jedan od najupečatljivijih suvremenih sociogospodarskih fenomena svijeta. Prema brojčanim pokazateljima, u međunarodnim okvirima približava se milijardi sudionika, a te brojke gotovo se utrostručuju uključenjem domaćih turističkih migracija što cijeloj pojavi daje još veću društvenu i gospodarsku dimenziju. Danas su posebno aktualne vrlo razgranate interakcije između turizma, zdravlja i zdravstvene kulture u okviru suvremenih društvenih kretanja.

Prema definiciji, turizam je skup odnosa i pojava vezanih za kretanje i potrošnju izvan mjesta stalnog boravka, a u cilju zadovoljenja rekreativnih, kulturnih i drugih potreba. Turizam je specifičan socioekonomski fenomen, svojevrsno prožimanje materijalnog i duhovnog života, posebna komponenta, ali i značajan čimbenik razvoja suvremene civilizacije.

Zdravlje, odmor i rekreacija temeljni su motivi turizma, a istovremeno, u sustavu turističkog kretanja nužna je zdravstvena zaštita turista. Zdravlje turista u osnovi je interakcija turističke populacije (masovnost, mobilnost, sezonalnost, regionalna ekspanzija, grupiranje u kratkom vremenu i na ograničenom prostoru...), turističkog ambijenta i okoliša, s mogućnostima i raznovrsnošću usluga koje nudi ili može ponuditi zdravstveni sustav.

Oblici interferencije pojmova i koncepata turizma i zdravlja/odmora/rekreacije su turistička medicina (medicina turizma) i zdravstveni turizam.

Turistička medicina (medicina turizma) multidisciplinarnan je i kompleksan pristup turistu u postupku zaštite i unapređenja njegova zdravlja za vrijeme putovanja i boravka u određitu, a koji se oslanja na gotovo sve grane medicine. Uključuje izobrazbu, promociju zdravlja, prevenciju bolesti i zaštitu okoliša, sve usmjereno na izbjegavanje ili reduciranje zdravstvenih rizika. Većina ovih rizika može se izbjeći ili znatno reducirati odgovarajućom izobrazbom, promocijom zdravlja, prevencijom bolesti te zaštitom okoliša, a realizira se kroz sustav medicinskog savjetovanja u području očuvanja i unapređenja zdravlja prije, za vrijeme i nakon samog putovanja i odmora turista.

Zdravstveni turizam je turizam povezan s putovanjem u lječilišta ili druge destinacije čija je primarna svrha poboljšanje fizičkog stanja turista, kroz režim fizičkog vježbanja i terapije te kontrolu prehrambenih i medicinskih usluga relevantnih za održavanje zdravlja. Vrste zdravstvenog turizma su medicinski turizam, lječilišni turizam i *wellness*.

Medicinski turizam podrazumijeva putovanje u druga određita radi ostvarivanja zdravstvene zaštite (radi parcijalnih kirurških zahvata, stomatoloških, kozmetičkih, psihijatrijskih i alternativnih tretmana, a sve uz pripadajuće usluge njege i oporavka). Primarna motivacija putovanja na medicinske tretmane je da se u niže

troškove dobije vrhunska zdravstvena usluga na drugoj destinaciji, nemogućnost da se takvi tretmani realiziraju u vlastitoj zemlji ili brža realizacija zahvata.

Lječilišni turizam jedan je od najstarijih oblika zdravstvenog turizma, u okviru kojega se stručno i kontrolirano koriste prirodni ljekoviti činitelji i postupci fizikalne terapije u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja te poboljšanja vrsnoće života. Naglasak je na revitalizaciji psiho-fizičkih sposobnosti čovjeka u okviru klimatskih, morskih i topličkih destinacija. U lječilištima se nude kure, posebni programi oporavka, uravnotežena prehrana i drugi sadržaji.

Wellness podrazumijeva aktivan i odgovoran pristup (gostu) u cilju postizanja tjelesne i duhovne ravnoteže. U literaturi se nalaze prijedlozi za kategorizaciju šarolikih wellness usluga, od jednostavnih do medicinskog wellnessa. Prema definiciji Udruge za medicinski turizam, medicinski wellness je organizirano provođenje zdravstveno-preventivnih i kurativnih programa uz multidisciplinarni tim koji uključuje liječnika, nutricionista, kineziologa, psihologa, fizioterapeuta te spa i wellness terapeuta, u svrhu prevencije bolesti te očuvanja i unapređenja zdravlja. Metode i postupci medicinskog wellnessa uključuju metode integralne (službene, komplementarne i tradicionalne) medicine.

3.12.2 Povijest zdravstvenog turizma u Republici Hrvatskoj

Svi aspekti složenih interakcija zdravlja i turizma u njihovoj povijesnoj evoluciji mogu se promatrati i kroz turističku percepciju hrvatskog, a posebice jadranskog prostora. U samim počecima svjetskih turističkih kretanja, upoznavanje iznimnih klimatskih pogodnosti pomoglo je promicanju hvarskog turizma pa je 1868. godine utemeljeno Higijeničko društvo Hvar, prvo turističko društvo u Europi. Turističke destinacije iz 19. i 20. stoljeća najčešće su prirodna lječilišta vezana uz današnji pojam zdravstvenog turizma, tj. uz pojam oporavka organizma, odnosno liječenja. Korisnici lječilišnih odnosno turističkih usluga u to vrijeme su većinom bili stranci iz razvijenijih europskih zemalja čija razina zdravstvene i opće kulture pretpostavlja poznavanje prirodnih čimbenika kao značajnih činitelja u očuvanju zdravlja. Godine 1889. Austrijska je vlada Opatiju službeno proglasila prvim morskim klimatskim lječilištem na Jadrani. *Thalaso*terapija Opatija, specijalna bolnica za rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, osnovana je 1957. godine. Od 1993. kao Ustanova je u vlasništvu Primorsko-goranske županije. Rješenjem Ministarstva zdravstva, 1998. godine Ustanova dobiva status nacionalnog Referentnog centra za zdravstveni turizam i medicinski programirani odmor, u čijem je programu rada na prvom mjestu stavljena aktivna uloga u donošenju propisa za reguliranje zdravstveno-turističke ponude kao i donošenje kriterija za kategorizaciju turističkih destinacija i poslovnih sustava za Republiku Hrvatsku.

Osim Referentnog centra za zdravstveni turizam i medicinski programirani odmor, treba spomenuti i tijela poput Zajednica zdravstvenog turizma pri Hrvatskoj gospodarskoj komori te Odbor za zdravstveni turizam i prirodne ljekovite činitelje koji je kao nasljednik zagrebačkog Balneoklimatološkog zavoda iz 1949., osnovan pri Akademiji medicinskih znanosti 1994. godine. Svoj je najveći doprinos dao održavanjem skupova i škola na temu prirodnih ljekovitih činitelja, publikacijom čitave biblioteke zbornika i tematskih monografija, kao i registracijom lokacija u Hrvatskoj koje zadovoljavaju uvjete bavljenja prirodnim liječenjem.

3.12.3 Značenje zdravstvenog turizma i hrvatski resursi

S obzirom na konstantno opadajuću kvalitetu suvremenog života uzrokovanu stresom i zagađenjem, zdravstveni turizam poprima

sve značajniju ulogu u revitalizaciji psiho-fizičkih sposobnosti čovjeka. U lječilištima se nudi uravnotežena prehrana, isključenost od buke i zagađenja zraka, tjelovježbe, društveni i duhovni programi. Zdravstvena kultura modernog društva podrazumijeva postojanje složenog sustava s nizom zdravstvenih institucija koje se između ostalog bave i određivanjem načina korištenja slobodnog vremena ili pak liječenja kroz aktivni vid rekreacije koja je sve značajniji dio turističkih sadržaja. Nivo zdravstvene kulture određuje kvantitetu turističkih kretanja, njegove prostorne dimenzije, vremensku distribuciju pa čak i sam vid turističke aktivnosti, vrstu smještajnog kapaciteta i način korištenja prirodnih i drugih ljekovitih faktora.

Tako se zdravstveni turizam, kao selektivni oblik turizma u sve većoj ekspanziji, locira u širokoj lepezi, od rekreativnih oblika wellness turizma do bolničkog turizma u organizaciji ugostiteljskih tvrtki, odnosno zdravstvenih ustanova koje pružaju zdravstveno turističke usluge. Značenje zdravstvenog turizma tim je veće ako se spoznaju aktualni europski trendovi gdje više od 10% klijenata putuje na različite zdravstvene tretmane u inozemstvo.

Razvijene europske turističke zemlje, uključujući i mediteranske, imaju bogato gotovo dvostoljetno iskustvo u korištenju prirodnih čimbenika, a posebice u topličnim, talasoterapeutskim i balneoterapeutskim centrima koji su namijenjeni pretežito domaćim klijentima u okviru sustava zdravstvenog i socijalnog osiguranja, ali sve više i inozemnoj potražnji. Prema podacima iz literature, od više od tisuću toplica, odnosno hidrotermalnih mjesta diljem Europe, gotovo jedna trećina locirana je u Njemačkoj, 10% u Francuskoj, a značajan broj postoji u Italiji, Austriji te Švicarskoj koji danas čine značajan segment turističke ponude u obliku zdravstvenog turizma.

Hrvatska obiluje prirodnim resursima koji predstavljaju veliki potencijal za razvitak zdravstvenog turizma na moru i u kontinentalnom djelu. Prema dosad publiciranim podacima, u Hrvatskoj postoji 222 lokaliteta s povoljnim potencijalnim uvjetima za razvoj zdravstvenog turizma, od kojih je tek 10% u eksploataciji u okviru 18 organiziranih lječilišnih centara. Kao i druge mediteranske zemlje, tako je i Hrvatsku zahvatio val wellness centara koji nude medicinske i druge tretmane za njegu i čuvanje zdravlja pa se 2005. godine čak 80 hrvatskih hotela deklariralo kao wellness hoteli.

3.12.4 Problemi u unapređenju zdravstvenog turizma u Republici Hrvatskoj

3.12.4.1 Obrazovanje

Hrvatsku kao destinaciju za zdravstveni turizam izdvaja to što: a) nudi jedinstvo različitosti u ponudi resursa priobalne, otočne, nizinske i planinske Hrvatske; b) nastavlja tradiciju povijesnih lječilišnih destinacija (klimato-, hidro-, fito-, talasoterapije); c) raspolaze visoko kvalitetnim medicinskim osobljem nužnim u realizaciji ciljnih programa prevencije, rehabilitacije i liječenja; d) ima visoku razinu usluga u hotelijersko-turističkom sektoru, temeljeno na tradiciji i poštivanju međunarodnih standarda djelatnosti i kvalitete i e) ima razvijene sve oblike i razine obrazovanja za turizam i hotelijerstvo. Međutim, u praksi se pokazala potreba da kadrovima u području »zdravstvenog turizma« osiguraju relevantna znanja iz područja zdravstva, ekonomije, turizma i kvalitete komuniciranja. U dosadašnjem sustavu obrazovanja nije bila osigurana mogućnost da se na svim razinama obrazovanja stječu znanja kroz koja bi kadrovi bili osposobljavani za djelatnost turizma, hotelijerstva, medicine, zdravlja i kulture, komuniciranja, organizacije i menadžmenta. Pokretanjem poslijediplomskog interdisciplinarnog specijalističkog studija kojeg zajednički vode Medicinski i filozofski fakultet u Rijeci

te Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvo u Opatiji, sve članice Sveučilišta u Rijeci, tržištu se nastoje ponuditi ona znanja koja su u dosadašnjem obrazovanju nedostajala, a neophodna su za unapređivanje zdravstvenog turizma u Hrvatskoj.

3.12.4.2 Propisi i zakoni u području turizma, zdravstva i ugostiteljstva

Osim nedostatnog obrazovanja, nepovoljna okolnost za unapređenje zdravstvenog turizma pravno su neregulirani propisi iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o pružanju usluga u turizmu.

Neusklađenost već navedenih Zakona pojavljuje se i u Zakonu o ugostiteljskoj djelatnosti, koji u čl. 3 navodi da se samo lječilišta mogu baviti pružanjem ugostiteljske usluge, a ne spominje specijalne bolnice. Nasuprot tome, Zakon o ustanovama kaže da Ustanove mogu obavljati i druge djelatnosti koje služe obavljanju djelatnosti upisane u sudski registar ustanova ako se u manjem opsegu obavljaju uz upisanu djelatnost.

Nadalje, Ministarstvo turizma donijelo je Pravilnik o razvrstavanju, kategorizaciji i posebnim standardima ugostiteljskih objekata iz skupine hoteli, iz kojeg su izostavljeni svi objekti koji pružaju usluge zdravstvenog turizma, npr. specijalne bolnice, lječilišta i wellness centri.

3.12.4.3 Nedovoljna konkurentnost zdravstvenog turizma u Hrvatskoj

Imajući na umu Hrvatske resurse, a i dugogodišnju tradiciju, zdravstveni se turizam neminovno nameće kao jedan od potencijalno ključnih proizvoda Hrvatske u budućnosti. Stoga su ocjene njegove sadašnje konkurentne pozicije dragocjene informacije. Institut za turizam i Hrvatska gospodarska komora u srpnju 2005. godine objavili su izvještaj koji je za cilj imao odrediti poziciju i konkurentnu sposobnost Hrvatskog zdravstvenog turizma u odnosu na neposredne konkurente srednjoeuropskog destinacijskog kruga: Sloveniju, Austriju i Mađarsku.

Autori studije smatraju da su ključni čimbenici uspjeha na razini zdravstvenog turističkog kompleksa: stručnost osoblja, kontinuirano inoviranje proizvoda, kontinuirano osuvremenjivanje opreme, poznavanje potreba gostiju, ambijent, posebnost i ustaljena kvaliteta. Kao čimbenici uspjeha na destinacijskoj razini izdvojeni su: odgovarajući karakter i razvojna koncepcija destinacije, opremljenost destinacije te dokazana i poznata ljekovita svojstva prirodnih činitelja u destinaciji. Ovo zadnje ne odnosi se na wellness, jer se wellness centri mogu uspješno razviti i na destinacijama koje se ne odlikuju ljekovitim prirodnim činiteljima.

Kao što je i gore spomenuto, obavljanje djelatnosti zdravstvenog turizma u Hrvatskoj još uvijek nije pravno regulirano zakonskom regulativom. Autori ove studije smatraju da ključna ograničenja daljnjeg razvoja zdravstvenog turizma u topličkim destinacijama proizlaze iz institucionalnog statusa specijalnih bolnica koje uslijed postojeće pravne regulative vlasničkog statusa i tradicionalnih uvjerenja, nisu dovoljno usmjerene na valoriziranje mogućnosti koje pruža zdravstveni turizam.

U zaključku navedene studije iz 2005. godine navodi se da kontinentalna zdravstveno turistička ponuda tradicionalnih lječilišta Hrvatske, uz poneke izuzetke, kvalitetom zaostaje za ponudom analiziranog konkurentskog kruga destinacija. Cijenom jeftinijih Hrvatskih destinacija, usprkos kvaliteti prirodnih činitelja i kvaliteti raspoloživog medicinskog kadra, a uslijed nerazriješenog institucionalnog statusa ne konkurentiraju kretanjima na konkurentskim tr-

žištima. Hotelska wellness ponuda u primorskim destinacijama konkurentna je i prema kriterijima kvalitete i prema kriterijima cijena u međunarodnom okruženju. Međutim, wellness ponuda uglavnom predstavlja važan, ali samo jedan od standardnih sadržaja objekata, bez osiguravanja prepoznatljivosti kao zdravstveno turističkih objekata.

Sažetak

Hrvatska obiluje prirodnim resursima koji predstavljaju veliki potencijal za razvitak zdravstvenog turizma na moru i u kontinentalnom djelu. Prema dosad publiciranim podacima, u Hrvatskoj postoje 222 lokaliteta s povoljnim potencijalnim uvjetima za razvoj zdravstvenog turizma, od kojih je tek 10% u eksploataciji u okviru 18 organiziranih lječilišnih centara. Kao i druge mediteranske zemlje, tako je i Hrvatsku zahvatio val wellness centara koji nude medicinske i druge tretmane za njegu i čuvanje zdravlja pa se 2005. godine čak 80 hrvatskih hotela deklariralo kao wellness hoteli.

Važan korak u utvrđivanju koncepcije razvoja turizma u cjelini, pa tako i zdravstvenog turizma, bit će donošenje nove strategije razvoja turizma, koje se predviđa u zadnjem tromjesečju 2012. godine. Specifičnost zdravstvenog turizma, manifestirana njegovom interdisciplinarnošću, svakako otežava procedure usuglašavanja legislativnih rješenja. Na području zakonske legislative nedostaju odgovarajući normativni akti o zdravstvenim uslugama u turizmu koji bi omogućili da se pod jednim krovom obavlja zdravstvena i turističko-ugostiteljska djelatnost. Potrebno je ulagati u kapacitete hotelske i zdravstvene suprastrukture sukladno zahtjevima suvremene svjetske turističke potražnje što podrazumijeva obrazovanje kadra i povećanje konkurentnosti na međunarodnom tržištu. Važnu ulogu u tim procesima može imati Thalasoterapija Opatija, specijalna bolnica za rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, osnovana 1957. godine. Od 1993. kao Ustanova je u vlasništvu Primorsko-goranske županije te upisana u sudski registar koji vodi Ministarstvo zdravstva. Rješenjem Ministarstva zdravstva, 1998. godine Ustanova dobiva status nacionalnog Referentnog centra za zdravstveni turizam i medicinski programirani odmor, u čijem je programu rada na prvom mjestu stavljena aktivna uloga u donošenju propisa za reguliranje zdravstveno-turističke ponude, kao i donošenje kriterija za kategorizaciju turističkih destinacija i poslovnih sustava za Republiku Hrvatsku.

4. IMPLIKACIJE PRISTUPANJA REPUBLIKE HRVATSKE U EU NA HRVATSKI ZDRAVSTVENI SUSTAV

Ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju (EU) odrazit će se na sve segmente ekonomije i društva pa tako i na zdravstveni sustav. Pridruživanje Europskoj uniji je već niz godina postavljeno kao jedan od prioriteta Republike Hrvatske. Službeno je zahtjev za članstvom u Europskoj uniji podnesen 21. veljače 2003. godine, a pregovori su započeli 3. listopada 2005. na prvoj sjednici međuvladine konferencije između članica EU-a i Hrvatske. Nakon više od osam godina od podnošenja zahtjeva za članstvo te gotovo šest godina pregovaranja, 30. lipnja 2011. zatvoreni su pristupni pregovori, a 9. prosinca 2011. potpisan je pristupni ugovor Republike Hrvatske s Europskom unijom. Ciljani datum ulaska Republike Hrvatske u EU je 1. srpnja 2013. godine kada bi Republika Hrvatska trebala postati 28. članicom Europske unije.

Odnos između europskog zakonodavstva i zdravstvene politike je složen, djelomično zato što u zdravstvenoj politici ne postoji jasno razgraničenje između nadležnosti zemalja članica i europskih institucija. Zbog specifičnih povijesnih razloga sustavi zdravstva i socijalne sigurnosti nisu u svom najvećem dijelu izravno sadržaj zajedničke politike EU-a te posljedično nisu dio pravne stečevine (franc. *Acquis communautaire*), no neizravno, gotovo sva poglavlja pravne stečevine imaju određene utjecaje za zdravstvo. Iako su zdravstveni sustavi zemalja članica decentralizirani, ipak postoje određene smjernice kojima se nastoji postići što veća međusobna koordinacija. Republika Hrvatska mora uskladiti svoje zakonodavstvo i praksu s direktivama i uredbama EU-a na području zdravstva.

Unatoč činjenici da ne postoji zajednički zdravstveni sustav na području EU-a, strategije, politike, pravila i načela djelovanja proizila iz različitih sporazuma ili ostalih zakonskih odredbi EU-a neizravno utječu na organizaciju i djelovanje zdravstvenih sustava zemalja članica. Aktivnosti, i zakonodavne i sudske, institucija EU-a u područjima izvan zdravstva, imale su značajne posljedice na zdravstvo mijenjajući pravnu okolinu unutar koje zdravstveni sustavi djeluju: zapošljavaju, nabavljaju robu, financiraju usluge i organiziraju se. Jedan od temeljnih načela kojim moraju biti vođene sve politike zemalja članica jest uzimanje u obzir njihovih implikacija na zdravlje. U nastavku su opisana ključna područja i pravila relevantna za funkcioniranje sustava zdravstva i promoviranje zdravlja u EU-u, prioritete nove strategije EU-a te europska kohezijska politika na području zdravstva.

4.1 Novi strateški pristup i prioritete razvoja zdravstva u EU-u

Od osnivanja Europske zajednice za ugljen i čelik, u Europi postoje značajni naponi u cilju produbljivanja ekonomske integracije. Ugovorom iz Rima 1957. godine uspostavljeno je zajedničko tržište i princip supsidijarnosti. Što se tiče zdravstvene zaštite, članak 152 (5) Ugovora iz Rima navodi da akcije zajednice u području javnog zdravstva moraju u potpunosti poštivati odgovornosti zemalja članica za organizaciju i pružanje zdravstvenih usluga. Ugovorom iz Maastrichta europske zemlje uspostavile su dodatne sfere za zajedničke europske akcije na međudržavnoj osnovi te je pretpostavljena veća uloga EU-a u razvoju zdravstvene politike Europe. Članak 129 toga Ugovora dao je mandat EU-u za ohrabivanje suradnje među zemljama članicama te ako je potrebno, davanje potpore njihovim akcijama što se tiče javnog zdravstva. Dodatno, članak 129 daje EU-u moć trošenja novca na europskoj razini na zdravstvene projekte, ali zabranjuje donošenje zakona u smislu harmoniziranja mjera javnog zdravstva u zemljama članicama. Kasnije, 1997. godine Ugovorom iz Amsterdama, člankom 152 potvrđuje se afirmativna odgovornost EU-a kako bi se osigurala visoka razina zaštite ljudskog zdravlja u definiciji i implementaciji svih politika i aktivnosti te suradnje sa zemljama članicama kako bi se poboljšalo javno zdravstvo, spriječile bolesti i smanjili izvori opasnosti po ljudsko zdravlje. Nadalje, Ugovor iz Amsterdama ističe potrebu razvoja zdravstvene politike na nadnacionalnoj razini EU-a.

Strategija Europske komisije iz područja zdravstva poznata pod nazivom »Zajedno za zdravlje« (engl. Together for health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013) ima za cilj povećati sigurnost pacijenata, blagostanje i solidarnost građana te poticati znanje i širenje informacija o zdravlju. Strategija naglašava važnost razvoja takvog sustava zdravstva koji će se temeljiti na zajedničkim vrijednostima i načelima, smanjivati nejednakosti, koji će uz politiku zdravstvene zaštite uključiti i ostale povezane politike kao što su politika zaštite okoliša, politika poticaja istraživanja i razvoja, politika regionalne

suradnje, politika lijekova i druge politike te kojim će se naglasiti potreba jačanja glasa EU-a na globalnoj razini kroz suradnju s međunarodnim organizacijama. U skladu s navedenim, ključna načela na kojima se treba temeljiti zdravstveni sustav i šira strategija zdravstva uključuju:

- strategija temeljena na zajedničkim vrijednostima
- isticanje zdravlja kao najvećeg bogatstva
- integracija zdravlja u sve politike
- jačanje glasa EU-a na području zdravlja i zdravstva na globalnoj razini.

Tri su temeljna cilja koji proizlaze iz strategije »Zajedno za zdravlje«:

1. promoviranje zdravlja svih građana te održivost zdravlja uslijed nepovoljnih demografskih uvjeta starenja stanovništva,
2. unapređenje sustava praćenja i odgovora na prijetnje zdravlju,
3. poticanje dinamičnih sustava zdravstva, razvoja i usvajanja novih medicinskih tehnologija, kao i poticanje brige o sigurnosti pacijenata i reguliranje prekograničnih prava pacijenata.

Kako bi se ostvarili navedeni ciljevi, Komisija je imenovala nekoliko različitih odbora i radnih skupina zaduženih za okupljanje nacionalnih vlada zemalja članica, lokalnih i regionalnih vlasti i organizacija te ostalih stručnjaka.

Nastaje se pronaći novi i održivi načini financiranja te istaknuti zdravstvo kao prioritetno područje za ulaganja, poticati jednakost i prevenciju među građanima EU-a. U okviru Europskog programa zdravlja za razdoblje 2008.-2013. (engl. Health Programme 2008.-2013.) promiče se prevencija bolesti i briga o zdravlju putem različitih inicijativa kojima se nastoji podići svijest, širiti informacije i iskustva. Za ispunjavanje ciljeva ovog programa izdvojena su sredstva u iznosu od 321,5 milijuna eura. Program predstavlja glavni instrument Europske komisije za provođenje strategije na području zdravstva.

U studenom 2011. godine prihvaćen je prijedlog novog programa na području zdravstva za razdoblje 2014.-2020. pod nazivom »Zdravlje za rast« (engl. Health for Growth) koji bi trebao nastaviti s promicanjem zdravlja kao sastavnog dijela održivog i uključivog ekonomskog rasta, a u skladu sa širom strategijom razvoja EU-a. Novi je program usmjeren na četiri cilja putem kojih se može pozitivno utjecati na ekonomski razvoj i bolje zdravlje stanovništva: (1) rješavanje problema manjka financijskih i ljudskih resursa te poticanje inovacija kako bi se osigurali inovativni i održivi zdravstveni sustavi, (2) omogućavanje pristupa informacijama i medicinskoj ekspertizi unutar i izvan nacionalnih granica kako bi se osigurao pristup boljoj i sigurnijoj zdravstvenoj zaštiti svim građanima EU-a, (3) prepoznavanje, širenje i promicanje najboljih iskustava na području prevencije kako bi se spriječilo širenje bolesti i promicalo dobro zdravlje i (4) razvijanje zajedničkih pristupa za bolju pripravnost i koordinaciju u hitnim slučajevima kako bi se zaštitili građani od prekograničnih prijetnji zdravlju.

Novim se programom planira pomoći zemljama EU-a u pogledu učinkovitog suočavanja s demografskim i ekonomskim izazovima te stvaranja okruženja u kojem se promiču suradnja, koordinacija i inovativna rješenja za unapređenje kvalitete, djelotvornosti i održivosti zdravstvenih sustava. Predviđeni proračun programa »Zdravlje za rast« jest 446 milijuna eura.

U krovnoj europskoj strategiji razvoja »Europe 2020« zdravstvo je neizravno zastupljeno kroz nekoliko različitih inicijativa. Osobito se ističe poticanje inovacija proizlazih iz aktivnosti istraživanja i razvoja, poticanje i razvoj telemedicine i sličnih usluga te poticanje

personalizirane medicine koja bi omogućila pacijentima bolju njegu i nadzor nad zdravljem. Potiče se i poboljšanje zdravlja i sigurnosti radnika. Europska Agencija za sigurnost i zdravlje na radnom mjestu osnovana je 1996. godine s glavnim ciljem povećanja sigurnosti rada u zemljama EU-a. Svake godine u EU-u se dogodi više od 5.500 teških nesreća na radnom mjestu, a milijuni radnika se lakše ozlijede ili ugroze svoje zdravlje. Potrebno je podići svijest radnika i poslodavaca o potrebi zaštite njihovog zdravlja na radnom mjestu.

Ključno načelo upravljanja u EU-u je solidarnost. U skladu s ovim načelom, EU podupire razvoj socijalnih usluga za sve građane zemalja članica EU-a i realizaciju takozvanog europskog socijalnog modela. Godine 2000. zemlje članice EU-a su artikulirale socijalni model u Povelji osnovnih prava EU-a. Što se tiče zdravstva, Poveljom se tvrdi da svatko ima pravo pristupa preventivnoj zdravstvenoj zaštiti i pravo na medicinsko liječenje pod uvjetima utvrđenim nacionalnim pravima i praksama. Također, potrebno je osigurati visoku razinu zaštite zdravlja u definiranju i implementaciji svih politika i aktivnosti EU-a.

Iz svega navedenoga proizlazi da se zdravlje smatra jednim od integralnih dijelova strategije razvoja EU-a budući da se dobro zdravlje građana može povoljno odraziti na sveukupnu produktivnost. Koncept zdravlja mora biti uključen u sve relevantne politike. Osobito se misli na politiku društvenog i regionalnog razvoja, politiku oporezivanja, politiku obrazovanja, politiku zaštite okoliša te u područje istraživanja i razvoja. Pristup »uključenosti zdravlja« mora biti primjenjivan prilikom izrade svih politika neovisno o kojem je području riječ, a da bi bio u potpunosti djelotvoran, valja ga se pridržavati i prilikom izrade regionalnih i nacionalnih te lokalnih politika.

Nadalje, Europski regionalni ured za zdravstvo Svjetske zdravstvene organizacije donio je odluku o razvoju nove zdravstvene politike za razdoblje do 2020. godine. Svrha stvaranja nove politike nazvane »Health 2020« jest jačanje zdravstvenih sustava, izgradnja infrastrukture i institucija javnog zdravstva, razvoj koherentnih i utemeljenih politika i rješenja za potencijalne prijetnje zdravlju i za postizanje održivih poboljšanja. Kao krovna politika obuhvatit će i koordinirati sve akcije poduzete od strane Svjetske zdravstvene organizacije i europskih zemalja.

Temeljni ciljevi politike »Health 2020« uključuju: udruživanje snaga svih europskih zemalja članica kako bi se promicalo zdravlje i blagostanje ljudi; stvaranje boljih uvjeta življenja, produljenje godina života, smanjenje nejednakosti u zdravlju i nošenje s demografskim promjenama; unapređenje upravljanja zdravstvom; stvaranje zajedničkih strateških ciljeva; ubrzavanje inovacija i dijeljenje znanja te povećanje sudjelovanja svih članova civilnog društva.

Novom politikom nastojat će se odgovoriti na ključna pitanja vezana uz područje zdravstva, a odnose se na politike i mjere kojima se mogu postići najveći uspjesi, razvoj prilika i inovacija, učinkovito iskorištavanje oskudnih resursa, smanjivanje nejednakosti i druga. U skladu s navedenim, nastojat će se poticati upravljanje i razvoj politika prikladnih za nošenje s izazovima 21. stoljeća, prikupljati i iskoristiti dokazi i podaci o uzrocima bolesti i nejednakostima kako bi se razvila prikladna rješenja. S tim ciljem bit će potrebna suradnja sa svim sudionicima u sektoru zdravstva, donositeljima odluka, predstavnicima civilnog društva te međunarodnim organizacijama.

Na globalnoj razini, nužno je spomenuti inicijativu »Milenijski razvojni ciljevi« koju su 2000. godine pokrenule zemlje članice Ujedinjenih naroda (UN). Temeljni cilj inicijative jest poticanje razvoja i smanjenje siromaštva na globalnoj razini. Zdravlje i zdravstvo predstavljaju okosnicu Milenijskih ciljeva. Definirano je osam temeljnih

ciljeva koji bi se trebali ostvariti do 2015. godine. Navedeni ciljevi uključuju:

1. iskorjenjivanje ekstremne gladi i siromaštva
2. ostvarivanje osnovnog obrazovanja na globalnoj razini
3. poticanje jednakosti spolova i osnaživanje žena
4. smanjivanje smrtnosti djece
5. poboljšanje zdravlja majki
6. borba protiv HIV-a/AIDS-a, malarije i ostalih zaraznih bolesti
7. ostvarivanje održivog okoliša
8. razvijanje globalnog partnerstva za razvoj.

Među navedenim ciljevima tri se eksplicitno odnose na zdravlje: smanjivanje smrtnosti djece, poboljšanje zdravlja majki te borba protiv HIV-a/AIDS-a, malarije i ostalih zaraznih bolesti. Na globalnoj je razini značajan napredak postignut u smanjivanju stope mortaliteta djece, osiguravanju imunizacije protiv ospica te je zabilježeno smanjenje broja novih slučajeva tuberkuloze i zaraze HIV-om. Smanjen je broj slučajeva smrti majki, s 543.000 slučajeva zabilježenih 1990. godine na 287.000 u 2010. godini, no taj je pad tek polovina onoga što je postavljeno u milenijskim ciljevima. Postignut je cilj vezan uz sigurnost opskrbe pitkom vodom te je u 2010. godini 89% stanovništva imalo poboljšan pristup izvorima pitke vode (1990. godine taj je postotak bio 76%).

Međutim, iako se naziru određeni uspjesi i pomaci na bolje, napredak divergira od zemlje do zemlje te između različitih regija svijeta. Procijenjeno je da mnoge siromašne i zemlje u razvoju neće uspjeti do ugovorenog roka ostvariti postavljene ciljeve vezane uz zdravstvo. Neuspjeh ostvarivanja postavljenih ciljeva vezanih uz zdravstvo znači nastavljanje i jačanje negativnih posljedica koje ekonomski, društveni i epidemiološki teret bolesti ostavlja u zajednici i zemlji u cjelini.

4.2 Europska kohezijska politika na području zdravstva

Europska kohezijska politika ima za cilj smanjiti regionalne nejednakosti odobravanjem sredstva iz strukturnih fondova. Zdravlje i sustav zdravstva su prepoznati kao važne odrednice blagostanja i konkurentnosti te su uključeni u programe regionalnog financiranja. Izdvojena su tri prioriteta područja ulaganja, s time da se dva odnose na izravna i neizravna ulaganja u zdravstvo, a treće se područje odnosi na ulaganja izvan zdravstvenog sektora, ali na neki način povezana s ovim sektorom. Prva dva područja uključuju ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu, e-zdravstvo, omogućavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti najranjivijim skupinama, hitnu medicinu, medicinsku opremu, zdravlje i sigurnost na radnom mjestu, promociju zdravlja i prevenciju bolesti te u obrazovanje i usavršavanje zdravstvenih djelatnika. Ostala ulaganja odnose se na ulaganja u informacijsku tehnologiju, prekograničnu suradnju i slično.

Djelotvorno korištenje strukturnih fondova za poboljšavanje vještina i kompetencija radne snage u zdravstvu te razvoj zdravstvene infrastrukture mogu pridonijeti poboljšanju radnih uvjeta i rastu kvalitete zdravstvenih usluga, smanjujući zdravstvene razlike i jačajući koheziju između zemalja članica EU-a.

Programi financiranja u okviru kohezijske politike moraju pridonijeti ostvarenju ciljeva strategije razvoja EU-a u vidu osiguravanja novih i boljih radnih mjesta; moraju biti usklađeni s regionalnim i nacionalnim politikama i sustavom financiranja te moraju pridonijeti ne samo ostvarivanju ciljeva regionalne politike, nego i ostvarenju ciljeva širih regionalnih strategija.

Tri su glavna fonda u okviru europske kohezijske politike od koristi za zdravstveni sustav:

- Europski fond za regionalni razvoj koji je uglavnom usmjeren na financiranje ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu i medicinsku opremu, ali može financirati i ulagačke projekte na području energije, ulaganja u jačanje institucionalne infrastrukture i drugo.
- Europski socijalni fond najčešće financira zdravstvene projekte povezane s nacionalnim strateškim prioritetima kao što su: povećanje zaposlenosti, smanjenje bolovanja, promocija zdravlja i drugo.
- Kohezijski fond je jedan od strukturnih instrumenta za smanjenje regionalnih ekonomskih i društvenih razlika između zemalja članica. Iz ovog se fonda mogu financirati projekti koji su neizravno povezani uz sustav zdravstva, poput projekata izgradnje cesta, projekata zaštite okoliša i slično.

U razdoblju od 2007.-2012. izdvojeno je 5 milijardi eura iz Europskog fonda za regionalni razvoj za ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu. Iz Europskog socijalnog fonda financiraju se aktivnosti vezane uz područja e-zdravstva, promociju zdravlja i slična prioriteta područja.

S ciljem usmjeravanja zemalja članica i pružanja pomoći pri strateškom planiranju na području financiranja, a u skladu s kohezijskom politikom, Europska je komisija pripremila Zajednički strateški okvir (engl. *Common Strategic Framework – CSF*) za razdoblje 2014.-2020. Dokument se sastoji od smjernica za planiranje financiranja koje bi trebale pridonijeti što boljem iskorištavanju raspoloživih sredstava i maksimiziranju učinaka ulaganja.

Zajednički strateški okvir zamijenit će dosadašnje smjernice Kohezijskog fonda, Fonda za ruralni razvoj, Fonda za regionalni razvoj, Europskog socijalnog fonda i Europskog fonda za ribarstvo i objediniti ih u jedinstven set smjernica kojim se jača koherentno financijsko planiranje. Cilj je usmjeravati ulaganja u razvojne sektore te razvijati programe kojima će se bolje kombinirati i koordinirati raspoloživa sredstva. Nacionalne i regionalne vlasti koristit će ovaj okvir smjernica prilikom izrade prijave za projekte, odnosno sredstva iz CSF fondova. Sve zemlje članice, potencijalne korisnice CSF fondova, moraju osigurati suradnju i koordinaciju nacionalnih vlasti i ministarstava zaduženih za implementaciju dodijeljenih sredstva prilikom pripreme, implementacije, nadzora i procjene programa. Raspoloživa sredstva fondova namijenjena su za provođenje specifičnih strukturnih reformi nužnih kako bi se ostvarili ciljevi strategije razvoja EU-a do 2020. godine. Nužno je stoga osigurati konzistentnost akcija i programa financiranih CSF fondovima s krovnom strategijom razvoja EU-a.

4.3 Ljudski resursi u sustavu zdravstva zemalja EU-a

Zdravstvo predstavlja jedan od najznačajnijih sektora u EU-u, osiguravajući zaposlenje jednom od deset radnika EU-a te se oko 60-80% proračuna za zdravstvene sustave izdvaja za plaće i druga davanja vezana izravno uz zapošljavanje radne snage u zdravstvu.

Zdravstveno osoblje se obično plaća nadnicom, a liječnici se mogu plaćati na više načina: nadnicom (plaćom), plaćanjem po usluzi (za svaku uslugu dodjeljuje se određena tarifa ili broj bodova koji se onda pretvara u novčani ekvivalent), plaćanjem po glavi (za svakog pacijenta klasificira se po unaprijed utvrđenim dobnim skupinama), te plaćanjem ovisno o relativnoj skali vrijednosti ustanovljenoj prema godinama profesionalnog djelovanja, težini specijalizacije, riziku i troškovima prakse. Procedura plaćanja liječnika ima značajne implikacije na ukupne troškove zdravstvene zaštite. Utvrdjen je veći rast troškova zdravstvene zaštite u više zemalja koje primjenjuju plaćanje po usluzi kao proceduru plaćanja od onih koje

primjenjuju plaćanje nadnicom. Odabir određenog mehanizma implicira kompromis između interesa liječnika (koji preferiraju plaćanje po usluzi) i vlade koja nastoji ograničiti troškove.

Problemi ljudskih resursa u sustavu zdravstva proizlaze i iz slabe atraktivnosti ove vrste poslova novim generacijama, nejednako mobilnosti unutar EU-a, posebno migracijama zdravstvenih profesionalaca u smjeru i izvan EU-a. Još jedan zajednički problem svih zemalja EU-a su demografska pitanja vezano uz starenje stanovništva i starenje radne snage u zdravstvu što znači da je nedovoljan broj mlađih radnika koji ulaze u sustav kako bi zamijenili starije koji odlaze.

Kapacitet dodatnog obučavanja je također potrebno uzeti u obzir kao dio planiranja strategije zapošljavanja. Ako je potrebno više liječnika i sredstava, potrebno će biti stvoriti više fakultetskih i školskih mjesta, kao i više obrazovnog kadra, a što sve zahtijeva planiranje i investiranje.

Europska je unija naglasila važnost poduzetništva, stavivši ga u samo središte strategije rasta i strategije zapošljavanja. Uloga poduzetništva u okvirima EU-a priznata je ne samo na gospodarskoj nego i na političkoj razini. Pokrenuti su brojni programi i strategije poticanja poduzetništva od strane različitih europskih institucija, razvojnih i ostalih organizacija. Neki zdravstveni djelatnici rade kao poduzetnici osnivajući svoje prakse, medicinske centre te zapošljavajući tako ljudske resurse. Na njih se primjenjuju pravila poticanja poduzetništva u okviru EU-a.

Slobodno kretanje osoba unutar EU-a jedno je od osnovnih zajamčenih prava zajednice. Slobodno kretanje radnika unutar EU-a omogućeno je člankom 39. Sporazuma o Europskoj zajednici i daljnje razrađeno Uredbom (EEZ) br. 1612/68. Pravo osnivanja poduzeća u drugoj članici EU-a uređeno je člankom 43., a slobodno pružanje usluga člankom 49. Direktiva 2005/36/EZ osigurava priznavanje profesionalnih kvalifikacija u drugim članicama EU-a. Direktiva se odnosi na regulirana zanimanja, a obuhvaća 5 zdravstvenih zanimanja: (1) doktore medicine, (2) doktore dentalne medicine, (3) magistre farmacije, (4) medicinske sestre opće njege i (5) primalje.

Migracije radne snage osobito su važno pitanje na području EU-a budući da mogu rezultirati dvojakim učincima. S jedne su strane rješenje problema nedostatka ljudskih resursa u zdravstvu, no s druge strane, prevelik uvoz radne snage može istisnuti radna mjesta lokalnom stanovništvu ili pak izazvati nedostatak radne snage u zemlji emigracije. Nadalje, prekogranična mobilnost zdravstvenih radnika, osim što utječe na obujam radne snage u zemlji primateljici i u zemlji emigracije, utječe i na kvalitetu i vještine radne snage, kao i njihovu raspodjelu.

Razvoj radne snage u zdravstvu povezan je i s kohezijskom politikom. Prema trenutnom pravnom okviru moguća je uporaba strukturnih fondova za razvoj radne snage u zdravstvu. Jedan od prioriteta i ciljeva uporabe strukturnih fondova za razdoblje od 2007. do 2013. godine je i održavanje zdrave radne snage.

Potencijalne prednosti pridruživanja Hrvatske EU-u vezano uz ljudske resurse odnose se na mogućnost pružanja zdravstvenih usluga osiguranicima iz drugih zemalja EU-a s obzirom na prednosti naše turističke destinacije, odnosno daljnji razvoj zdravstvenog turizma. Negativne posljedice pridruživanja Hrvatske EU-u mogle bi biti odlazak liječnika, medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja u EU te uvoz zdravstvenog osoblja.

4.4 Sigurnost i mobilnost pacijenata u EU-u

Sigurnost pacijenata visoko je na listi prioriteta EU-a. Podrazumijeva širi pojam sigurnosti pacijenata od nastanka neželjenih ili štetnih događaja povezanih sa zdravstvenom zaštitom.

Iako se zemlje članice EU-a nalaze na različitim razinama u pogledu implementacije i razvoja sigurnosti pacijenata, postoji više inicijativa i preporuka glavnih tijela EU-a o koordinaciji aktivnosti vezanih uz navedeno područje.

Prema rezultatima istraživanja Eurobarometra, pokazalo se da gotovo polovina sudionika istraživanja na području EU-a smatra da postoji opasnost za njihovu sigurnost u sustavu zdravstva u domicilnoj zemlji. Nadalje, statistike pokazuju kako više od 20% stanovnika EU-a tvrdi da su doživjeli medicinsku pogrešku, 18% pacijenata tvrdi da je do pogreške došlo prilikom bolničkog liječenja, a 11% pacijenata da im je bio propisan pogrešan lijek. Stvaranje jasnog i sustavnog pristupa sigurnosti pacijenata rezultiralo bi smanjenjem nastanka medicinskih pogrešaka za 50 do 70%.

Regionalna suradnja na području Europe nužna je kako bi se osigurao visok stupanj sigurnosti pacijenata, bez obzira traže li oni zdravstvenu zaštitu unutar vlastite zemlje ili na području neke druge zemlje članice. S ciljem dodatnog promoviranja zdravlja i sigurnosti pacijenata 2008. godine je osnovana Mreža EU-a za sigurnost pacijenata (engl. European Network for Patient Safety – EUNetPaS), kojom se promiče kultura sigurnosti pacijenata, razmjena iskustava, izobrazba zdravstvenih djelatnika o sigurnosti pacijenata te implementacija sustava informiranja i dijeljenje informacija. Mrežu sačinjavaju predstavnici zdravstvenih stručnjaka na području EU-a (liječnici, medicinske sestre, farmaceuti i drugi) i institucionalni partneri aktivni na području sigurnosti pacijenata (članovi nacionalnih organizacija za sigurnost pacijenata i predstavnici ministarstva nadležnog za zdravstvo). Suradnjom navedenih članova organizacije potiče se razmjena iskustava, znanja i najboljih praksi kako bi se razvili zajednički principi djelovanja, potaknuo razvoj programa o sigurnosti pacijenata te osigurala pomoć slabije razvijenim zemljama na području sigurnosti pacijenata.

Sustavi zdravstva i zdravstvene politike zemalja članica EU-a međusobno su povezane na više različitih načina, između ostalog i kroz mobilnost pacijenata koji traže usluge zdravstvene zaštite izvan svojih zemalja, migracije zdravstvenih djelatnika i nova otkrića na području medicinskih tehnologija. Mobilnost pacijenata unutar EU-a predstavlja jednu od važnih stečevina integracije. Ipak, problem je očekivanja da građani iz jedne države uživaju solidarnost i daju dio svoga dohotka građanima u drugim državama. Prekogranična zdravstvena zaštita na razini Europske unije uređuje se Direktivom 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. godine o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti koja je stupila na snagu 24. travnja 2011. godine, a države članice Europske unije moraju svoje nacionalno zakonodavstvo uskladiti do 25. listopada 2013. godine.

Što se tiče slobode pružanja zdravstvenih usluga pacijentima u okviru članica EU-a, treba istaknuti mogućnost korištenja pogodnosti posebne kartice zdravstvenog osiguranja, poznate kao *European Insurance Card*. Pogodnosti navedene kartice vrijede u svih 27 zemalja članica EU-a te Islandu, Lihtenštajnu, Norveškoj i Švicarskoj.

Prekogranično pružanje zdravstvenih usluga ima različite implikacije i na javne financije, a time i na čitav ekonomski sustav. Smatra se da koordinacija nacionalnih zdravstvenih politika i suradnja između zemalja članica može rezultirati koristima za pacijente i za zdravstveni sustav u cjelini. Mogućnost potražnje za zdravstvenim uslugama u inozemstvu će vjerojatno i u budućnosti biti opcija za dobro obrazovane i situirane osobe. Jezik, kulturološke vrijednosti i identitet u velikoj mjeri utječu na odnose pacijenata i zdravstvenih radnika.

Pokriće troškova zdravstvenih usluga primljenih u inozemstvu za hrvatske je građane uglavnom regulirano putem bilateralnih sporazuma o koordinaciji socijalnog osiguranja sklopljenih s pojedinim zemljama članicama EU-a. Važno je naglasiti da se sklopljeni sporazumi uvelike razlikuju ovisno o zemlji partneru u pogledu obujma usluga i osobne primjene, a najčešće su znatno više ograničavajući nego što su pravila u okviru Direktive EU-a o mobilnosti pacijenata.

4.5 Politika lijekova i ugradbenih materijala u EU-u

U okviru EU-a, politika lijekova i ugradbenih materijala se određuje na nacionalnoj razini svake zemlje članice, no postoje neki elementi koji su određeni na razini čitave Unije. Primjerice, u svim zemljama postoje pravila u skladu s kojima se od proizvođača zahtijeva dokaz o kvaliteti i sigurnosti novih lijekova i/ili materijala. Sve zemlje reguliraju ponudu i potražnju tržišta lijekova i ugradbenih materijala kako bi se kontrolirali ukupni izdaci za lijekove. Mjere regulacije na strani ponude uglavnom su izravno ili neizravno usmjerene na određivanje cijena, a najčešće uključuju kontrolu cijena, kontrolu profita i postavljanje cijena usporedbom, odnosno, postavljanje referentnih cijena (engl. *reference pricing*). Ostala ključna pitanja u okviru politike lijekova i ugradbenih materijala odnose se na procjenu i prevenciju bolesti, određivanje cijena, naknada izdataka i distribuciju.

Europska komisija ima sve veću ulogu na ovome području, potičući poštivanje zakona i načela EU-a. Ona može utjecati na pitanja vezana uz nacionalne cijene, profit i naknadu izdataka, slobodno kretanje i konkurenciju te na pristup tržištu putem harmoniziranog i centraliziranog postupka autorizacije od strane Europske agencije za lijekove. Direktivom Vijeća 89/105/EEZ od 21. prosinca 1988. o transparentnim mjerilima kojima se utvrđuje određivanje cijena lijekova za ljudsku uporabu i njihovo uvrštenje u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja utvrđuju se osnovna mjerila za određivanje cijena lijekova koji se plaćaju sredstvima nacionalnih zdravstvenih osiguranja kao i mjerila za stavljanje tih lijekova na liste lijekova. Valja naglasiti da Komisija nema pravo određivanja razine cijena i profita u zemljama članicama već samo osigurava njihovo učinkovito i transparentno određivanje. Sporazum o osnivanju uključuje i odredbe kojima se zabranjuje uvođenje nepotrebnih i suvišnih zahtjeva za licenciranjem koji bi ograničili i otežali konkurenciju generičkih lijekova.

Europska agencija za lijekove (engl. *European Medicines Agency*) predstavlja decentralizirano tijelo EU-a sa sjedištem u Londonu. Glavna zadaća ove Agencije jest znanstvena procjena lijekova proizvedenih od strane farmaceutskih kompanija koji su namijenjeni uporabi na području EU-a. Agencija surađuje sa svih 27 zemalja članica, Europskim parlamentom, Europskom komisijom i ostalim decentraliziranim tijelima EU-a s ciljem stvaranja kvalitetnog regulatornog sustava koji štiti zdravlje građana. Odobrenje za nove proizvode može se tražiti ili kroz centralizirani sustav Agencije ili putem decentraliziranog sustava uzajamnog priznavanja.

Kao glavni problemi politike lijekova i ugradbenih materijala u zemljama EU-a mogu se navesti: nedostatak inovacija u terapiji, različite i visoke cijene lijekova i ugradbenih materijala među zemljama EU-a, cijena kao jedino mjerilo kvalitete i nepostojanje diferencijacije kvalitete, porast potrošnje lijekova te neujednačena dostupnost lijekova i ugradbenih materijala među zemljama članicama EU-a.

Iako je predmetne Pravilnike Europska komisija prihvatila i ocijenila sukladnima s Direktivom 89/105/EEZ, radi reguliranja toga područja na još više transparentan način, kao i radi omogućavanja nesmetane provedbe i poštivanja svih rokova propisanih odredbama

Direktive, u tijeku je izrada novih pravilnika. Isto tako, u tijeku je pri Vijeću Europske unije postupak donošenja i nove Direktive o transparentnim mjerilima za određivanje cijena lijekova i njihovom uvrštenju u nacionalne sustave zdravstvenog osiguranja čiji je cilj skratiti rokove za donošenje odluka o zahtjevima za određivanje cijena pri čemu bi se određivale i sankcije za nepoštivanje rokova.

4.6 Usklađivanje regulative Republike Hrvatske s regulativom EU-a

4.6.1 Prekogranična zdravstvena zaštita

Kao što je navedeno, EU nema utjecaj na unutarnji sustav socijalne sigurnosti pojedine države članice te se njezina nadležnost u području zdravstvenog osiguranja očituje isključivo kada osigurana osoba jedne države članice koristi zdravstvenu zaštitu na području druge države članice EU-a. Ovo područje naziva se i koordinacijom sustava socijalnog osiguranja, a uređeno je Uredbom (EZ-a) br. 883/2004 Europskog Parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. o koordinaciji sustava socijalnog osiguranja (dalje: Uredba 883/2004) i provedbenom Uredbom 987/2009 o uspostavi postupka za provedbu Uredbe 883/2004. Uredba 883/2004 stupila je na snagu 1.5.2010. godine te je zamijenila dosadašnje Uredbe 1408/71 i 574/72.

Koordinacija prava unutar Uredbe 883/2004 temelji se na pet načela, a to su: (1) zabrana diskriminacije temeljem nacionalnosti, (2) određivanje samo jednog nadležnog zakonodavstva, (3) zbrajanje razdoblja osiguranja, (4) garancija prava iz socijalne sigurnosti za vrijeme njihovog stjecanja te (5) dobra suradnja između administracija država članica.

Uredbe se primjenjuju na državljane države članice, osobe bez državljanstva i izbjeglice s prebivalištem u državi članici, kao i na članove i nadživjele članove njihovih obitelji, u slučajevima boravka na području dvije ili više država članica. Novom Uredbom 1231/10 o proširenju primjene Uredbe 883/2004 na državljane trećih zemalja koji tim Uredbama još nisu obuhvaćeni isključivo temeljem svog državljanstva, krug osoba na koje se Uredba 883/2004 primjenjuje se dodatno proširio.

Prvo poglavlje Uredbe 883/2004 uređuje područje zdravstvenog osiguranja. Odredba Uredbe 883/2004 kojom se najviše koriste državljani EU regulira pravo na korištenje neodgodivih zdravstvenih usluga osigurane osobe koja se privremeno nalazi na području druge države članice EU-a pod istim uvjetima kao i državljani te države.

Definicija neodgodivih zdravstvenih usluga dana posebnom Odlukom S3 Administrativne komisije od 12. lipnja 2009. godine vrlo je široka i ovisi o predviđenom trajanju boravka osiguranika u drugoj državi članici. Tako su primjerice uključena i davanja za porod, kronične bolesti i davanja za koja je potreban prethodni dogovor sa zdravstvenom ustanovom (dijaliza, terapija kisikom, kemoterapija, specijalan tretman za astmu, ultrazvuk srca za autoimune bolesti).

Kako bi osigurane osobe ostvarile ovo pravo, prije odlaska na područje druge države članice EU-a izdaje im se Europska kartica zdravstvenog osiguranja (EKZO). Osigurana osoba zdravstvenu zaštitu koristi uz predočenje EKZO kartice kod ugovornih zdravstvenih ustanova i liječnika u drugoj državi članici i pri tome je dužna snositi isključivo troškove doplate (participacije). Pravo na EKZO karticu imaju sve osigurane osobe, a izdavanje same kartice ne smije se naplaćivati. Troškove zdravstvene zaštite u krajnosti uvijek snosi nadležni nositelj države osiguranja koji je EKZO i izdao, ukoliko se radi o valjanoj kartici.

Ugovorne zdravstvene ustanove i ugovorni liječnici za državljane EU-a ne smiju ispostavljati račune po cijenama višim od onih za domaće osiguranike.

Uredba 883/2004 također uređuje slučajeve planiranog liječenja već postojeće bolesti u drugoj državi članici EU-a. U ovom slučaju osigurana osoba dužna je prethodno pribaviti odobrenje (autorizaciju) nadležnog nositelja zdravstvenog osiguranja. No, nadležni nositelj dužan je odobriti zahtjev za liječenjem u drugoj državi članici EU-a, ukoliko se radi o usluzi iz obveznog osiguranja te traženo liječenje nije moguće provesti u roku koji je medicinski opravdan, uzimajući u obzir trenutno zdravstveno stanje osigurane osobe i predviđen tijek njene bolesti.

Medicinski opravdan rok nije dopušteno vezati isključivo uz nacionalne liste čekanja, već se svaki slučaj mora zasebno procjenjivati uzimajući u obzir i sam stupanj boli, kvalitetu života pojedine osobe, njezinu sposobnost za rad i drugo.

Bitno je napomenuti da u ovom dijelu postoji bogata praksa Europskog suda koja je značajno proširila prava osiguranih osoba na planirano liječenje u drugim državama članicama i izvan onog što predviđa sama Uredba 883/2004. Tako je, pozivajući se na slobodu pružanja usluga, Europski sud višekratno donio odluke da osigurane osobe mogu koristiti planiranu zdravstvenu zaštitu na području druge države članice EU-a i bez prethodnog odobrenja, ukoliko se radi o izvanbolničkoj usluzi. U tom slučaju ostvaruju pravo na naknadu troškova sukladno cijeni iste usluge u državi u kojoj su osigurani.

Posebne odredbe uređuju pravo na zdravstveno osiguranje osoba koje žive na području druge države članice (pogranični radnici, umirovljenici i članovi njihovih obitelji). Tako pogranični radnici imaju pravo na punu zdravstvenu zaštitu u državi rada i u državi gdje ima prebivalište. Članovi obitelji u većini država članica također imaju pravo na punu zdravstvenu zaštitu u obje države, osim onih koje su odlučile da članovi obitelji u državi rada imaju pravo samo na neodgodive zdravstvene usluge. Umirovljenici i članovi njihovih obitelji koriste punu zdravstvenu zaštitu u državi prebivališta, a na teret države nositelja zdravstvenog osiguranja.

Navedena prava državljani EU-a moći će koristiti po našem pristupanju i u Hrvatskoj. Naravno da se najviše očekuje korištenje neodgodivih zdravstvenih usluga uz predočenje EKZO kartice za vrijeme turističkog boravka u Hrvatskoj.

S obzirom da Republika Hrvatska, osnovom bilateralnih sporazuma o socijalnom osiguranju, već sad priznaje EKZO državljana Njemačke, Slovenije, Mađarske i Češke koji posjećuju Hrvatsku, ugovorni zdravstveni djelatnici upoznati su s izgledom same EKZO te načinom njezine uporabe. Stoga se u primjeni ne očekuju problemi nakon pristupanja EU-u u ovom djelu.

Veliki izazov za države članice EU-a predstavlja Direktiva 2011/24/EU od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, čije su odredbe države članice obvezne ugraditi u svoja zakonodavstva do 25. listopada 2013. godine.

Bitno je napomenuti da se Uredbom 883/2004 uređuje samo liječenje i naknade troškova osiguranim osobama u slučaju korištenja zdravstvene zaštite kod ugovornih zdravstvenih ustanova, dok Direktiva širi ova prava i na liječenja pružena u privatnom sektoru.

Direktiva je nastala kao odgovor na sudsku praksu Europskog suda u području prekogranične zdravstvene zaštite. Svrha Direktive je postizanje opće i učinkovite primjene načela usvojenih presudama Europskog suda od slučaja do slučaja. Spomenutim presudama sud je odlučio da se načelo slobode kretanja usluga i osoba primjenjuje i na zdravstvene usluge pružene osiguranim osobama na području

ju drugih država članica EU-a, čak i slučajevima koji nisu uređeni Uredbom o koordinaciji socijalne sigurnosti 883/04.

Sukladno odredbama Direktive, osigurane osobe ostvaruju pravo na povrat troškova za zdravstvene usluge koje nisu bile hitne naravi, a koje su im pružene na području druge države članice EU-a. Ovi troškovi mogu biti naknađeni do visine troškova koji bi nastali u nadležnoj državi da je zdravstvena usluga pružena na njezinom teritoriju, no ne prelazeći stvarno nastale troškove. Naknada troškova za pruženu zdravstvenu zaštitu ne može biti podložna prethodnom odobrenju, osim u određenim slučajevima.

Isti slučajevi odnose se na liječenje u drugoj državi za koje je država članica osiguranja odlučila uspostaviti sustav prethodnog odobrenja. No, sustav odobrenja mora se vezati uz kriterije određene presudama Europskog suda (rizik potkopavanja financijske ravnoteže sustava socijalne sigurnosti, cilj zadržavanja uravnoteženih medicinskih i bolničkih usluga za sve na razini javnog zdravstva, cilj zadržavanja kapaciteta tretmana ili medicinske kompetentnosti na nacionalnom području, važno za javno zdravstvo i za preživljavanje stanovništva, uzimanje u obzir sigurnost pacijenta). Kriteriji za prethodno odobravanje ili odbijanje zahtjeva za liječenje u inozemstvu (autorizacije) moraju biti zadržani na onome što je nužno i proporcionalno razlozima javnog interesa.

Kada pacijent ima pravo na zdravstvenu zaštitu, i ista ne može biti pružena unutar vremenskog razdoblja koje je medicinski opravdano, u principu je država članica obvezna odobriti liječenje u drugoj državi članici. Ukoliko bi traženo liječenje dovelo pacijenta ili opću populaciju u rizik, tada država može odbiti zahtjev za odobrenje liječenja, no pacijenta mora uputiti na alternativno rješenje.

Stoga je određeno da se prethodno odobrenje može odnositi na zdravstvenu zaštitu koja uključuje bolničko liječenje s najmanje jednim noćenjem ili za koju je potrebna upotreba visoko specijalizirane i vrlo skupe medicinske infrastrukture ili medicinske opreme, ili onu koja uključuje tretmane koji predstavljaju rizik za pacijenta i stanovništvo, ili onu koja je pružena od zdravstvenog djelatnika koji budi ozbiljne i specifične sumnje u kvalitetu i sigurnost usluge.

Direktiva određuje i dužnost državama članica da osnuju nacionalne kontaktne točke čija je svrha pružiti osiguranim osobama ispravne informacije o svim aspektima prekogranične zdravstvene zaštite, a kako bi osigurane osobe mogle ostvarivati svoja prava. Nacionalne točke obvezne su pružiti i stranim pacijentima informacije o standardima i smjernicama države liječenja. Direktiva određuje i priznavanje recepata izdanih u drugoj državi članici. Detalje o sadržaju takvih recepata Europska komisija tek treba donijeti.

Zaključno, ulaskom Hrvatske u EU u području koordinacije sustava socijalne sigurnosti izravno će se primjenjivati Uredba 883/2004 i njezina provedbena Uredba 987/2009 o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, a isto tako je i nacionalno zakonodavstvo potrebno uskladiti s navedenom Direktivom. Stoga je Ministarstvo zdravlja u tu svrhu osnovalo Povjerenstvo za primjenu Direktive 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Članovi Povjerenstva su predstavnici Ministarstva zdravlja, Pravnog fakulteta, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Također su imenovani i predstavnici koji će kao promatrači sudjelovati (neki su već i sudjelovali) na sastancima u tijelima Europske unije vezanim uz prekograničnu zdravstvenu zaštitu do ulaska Hrvatske u EU.

Kako je cilj Direktive osiguranje dostupnosti sigurne i kvalitetne prekogranične zdravstvene zaštite te suradnja na području zdravstvene zaštite među državama članicama uz poštivanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite, navedeno

Povjerenstvo, imenovani predstavnici koji sudjeluju na sastancima Europske unije te nadležna tijela Hrvatske u obvezi su osigurati instrumente za primjenu Direktive do ulaska Hrvatske u EU.

4.6.2 Regulirane profesije

Zakon o zdravstvenoj zaštiti je krovni zakon za zdravstvena zanimanja, a u člancima 130. do 133. propisuje obvezu zdravstvenih radnika da obave pripravnički staž i polože stručni ispit u Republici Hrvatskoj. S obzirom da je obveza polaganja stručnog ispita najveća prepreka u mobilnosti u EU-u, članak 133. Zakona propisuje da se odredbe o pripravničkom stažu i stručnom ispitu ne odnose na državljane EU-a.

Direktiva 2005/36/EZ jamči osobama koje su stekle stručne kvalifikacije u jednoj od država članica pristup istoj profesiji i ista prava prilikom obavljanja te profesije u drugoj državi članici kao i državljanima te države članice. Direktiva 2005/36/EZ odnosi se na regulirana zanimanja, a obuhvaća pet zdravstvenih zanimanja: (1) doktore medicine, (2) doktore dentalne medicine, (3) magistre farmacije, (4) medicinske sestre opće njege i (5) primalje. U pogledu znanja jezika, Direktiva 2005/36/EZ (čl. 53.) predviđa da osoba koja traži priznavanje kvalifikacije treba znati jezik koliko je neophodno za obavljanje profesionalne aktivnosti. Znanje jezika prema direktivi nije dio priznavanja same kvalifikacije. Zakonom o liječništvu za državljane EU-a propisano je da moraju poznavati hrvatski jezik najmanje na razini koja je potrebna za nesmetanu i nužnu komunikaciju s pacijentom te da se položen stručni ispit za obavljanje liječničke djelatnosti ne odnosi na državljane EU-a. Isti pristup u pogledu jezika i stručnog ispita zauzet je u Zakonu o ljekarništvu, Zakonu o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i Zakonu o sestrinstvu.

Zakon o stomatološkoj djelatnosti osim toga uveo je izmjenu naziva »doktor stomatologije« u »doktor dentalne medicine/doktorica dentalne medicine« da bi se izbjeglo miješanje sa specijalizacijom liječnika koja u državama EU-a postoji pod nazivom »Stomatology«. Također, regulirani su i uvjeti za obavljanje djelatnosti za dentalnog tehničara i dentalnog asistenta.

Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o sestrinstvu propisao je pripadajuću titulu »medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege« uz obrazovanje i kompetencije usklađeno s direktivom. Naime, sukladno Direktivi osposobljavanje medicinskih sestara obuhvaća minimalno redovno osposobljavanje za medicinske sestre koje obuhvaća najmanje tri godine strukovnog obrazovanja (4600 sati teoretskog i praktičnog obrazovanja). Zakonom se uređuje da temeljno obrazovanje medicinske sestre stječu uspješnim završavanjem strukovnog obrazovanja za zanimanje medicinska sestra, u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske. Temeljno obrazovanje prvostupnice sestrinstva stječu uspješnim završavanjem pred-diplomskog studija za zanimanje prvostupnice sestrinstva u skladu s važećim propisima Republike Hrvatske.

Zanimanje primalja uređeno je Zakonom o primaljstvu 2008. godine, a djelatnost primalja obuhvaća sve postupke, znanja i vještine primaljske skrbi. Izmjenama i dopunama Zakona o primaljstvu preuzimaju odredbe Direktive 2005/36/EZ u dijelu koji se odnosi na obrazovanje i nadležnost primalja. Prema zakonu odredbe koje se odnose na primalje na odgovarajući način primjenjuju se i na osobe sa zanimanjem: primalja – asistentica, medicinska sestra – primalja, medicinska sestra primaljskog smjera, prvostupnica primaljstva, viša medicinska sestra ginekološko-opstetričkog smjera i magistra primaljstva. Određen je i način stjecanja temeljnog obrazovanja primalja. Temeljno obrazovanje primalje – asistentice stječu završetkom strukovnog obrazovanja za zanimanje primalje – asistentice.

Temeljno obrazovanje prvostupnice primaljstva stječu završetkom prediplomskog studija za zanimanje prvostupnice primaljstva. Precizno su određene kompetencije primalja. Primalje su kompetentne djelovati u zdravstvenom timu kada je potreban multidisciplinarni pristup, primijeniti znanja primaljske skrbi, sukladno načelima profesionalne etike kao i znanja iz porodništva. U obavljanju primaljske skrbi primalje vode medicinsku dokumentaciju, planiraju, organiziraju i vode primaljsku skrb, vrednuju plan primaljske skrbi i provode kliničku realizaciju planirane primaljske skrbi. U okviru kompetencija primalje utvrđuju trudnoću, vode fiziološku trudnoću i porod na svim razinama zdravstvene zaštite, utvrđuju eventualne patološke promjene u trudnoći o kojima treba obavijestiti liječnika. Kao dio zdravstvenog tima sudjeluju u praćenju patoloških trudnoća i poroda te kod operativnog dovršenja poroda. Provode prvu opskrbu novorođenčeta, nadzor nad zdravim novorođenčetom te prate stanje majke nakon poroda.

Nadalje, Direktiva se primjenjuje i na druga regulirana zanimanja. Pri tome se pod reguliranom profesijom podrazumijeva profesionalna djelatnost ili skupina profesionalnih djelatnosti kod kojih je pristup i obavljanje odnosno način obavljanja djelatnosti na temelju zakonskih akata, odnosno podzakonskih ili drugih akata donesenih na temelju zakonskih ovlaštenja, uvjetovan posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija, kao i profesionalna djelatnost ili skupina profesionalnih djelatnosti kojom se bave članovi strukovnih organizacija s profesionalnim nazivom.

Zbog toga je Ministarstvo zdravlja reguliralo i druga zdravstvena zanimanja kroz sljedeće zakone: Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti uređuje djelatnost fizioterapeuta, standard obrazovanja i uvjete za obavljanje djelatnosti. Zakon o djelatnostima u zdravstvu regulira i zanimanja sanitarnih inženjera, stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, stručnih prvostupnika radne terapije i stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike, standard obrazovanja kompetencije i javne ovlasti Hrvatske komore zdravstvenih radnika. Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti uređuje se djelatnost medicinskih biokemičara, standard njihova obrazovanja te uvjeti za obavljanje djelatnosti.

S obzirom da Direktiva koordinira minimalne uvjete obrazovanja između država članica, fakulteti su uskladili obrazovanje s minimalnim propisanim uvjetima. Četiri medicinska fakulteta koji izvode sveučilišni studij izmijenili su studijske programe i uskladili ih s odredbama Direktive 2005/36/EZ na način da traju šest godina i sadrže 5500 sati nastave. Sveučilišni studij dentalne medicine koji se odvija na tri fakulteta (Zagreb, Rijeka i Split) usklađen je na razini Hrvatske, tako da sada svi imaju studijski program trajanja 6 godina (prije su Rijeka i Split imali studij u trajanju od 5 godina). Također, usklađen je sadržaj predmeta s Direktivom koja u točki 5.3.1. ima točno propisan sadržaj predmeta. Studij farmacije u Splitu, a obzirom da je novi studij koji se izvodi u suradnji dva fakulteta (Kemijско tehnološkog i Medicinskog fakulteta u Splitu) odmah je uveo studijski program trajanja 5 godina od čega je 6 mjeseci praktičnog dijela koji se odvija u javnoj ljekarni. Na sveučilišnom studiju farmacije na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu također je usklađen »novi« studijski program s Direktivom. Sestrinsko obrazovanje je organizirano tako da se završetkom strukovne škole ispunjava minimum propisan u Direktivi i stječe se pripadajuća titula »medicinska sestra opće njege/medicinski tehničar opće njege«, a razlikujući ih od prijašnje titule »medicinska sestra-medicinski tehničar«. Direktiva propisuje minimum trogodišnjeg obrazovanja i 4600 sati uz prethodno obrazovanje 10 godina. Budući da u Hrvatskoj osnovna škola traje 8 godina, prva dva razreda strukovne škole su radi ispunjenja uvjeta desetogodišnjeg osnovnog obrazovanja pa u trećem razredu

strukovne škole započinje minimum. Sestrinsko obrazovanje napreduje, pa je uveden prvostupnički studij sestrinstva (sveučilišni i stručni) te diplomski studij, prvenstveno radi unapređivanja struke sestrinstva te kako bi diplomirane sestre mogle biti predavači.

U pogledu obveze obavljanja pripravničkog staža i polaganja stručnog ispita ta obveza je zadržana za sve osobe koje su u trenutku upisa obrazovanja odnosno studija bile obvezne obaviti pripravnički staž i položiti stručni ispit.

Nadalje, u sadašnjem sustavu specijalizacija EU-a definiranih Direktivom moguće je da određene specijalnosti imaju zajednički dio specijalističkog usavršavanja za nekoliko medicinskih specijalizacija.

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine propisuje 45 programa specijalizacija koje su zasnovane na kompetencijama, stjecanju znanja, vještina i stavova, a osim s Direktivom, radne grupe su se vodile i smjericama UEMS-s. Za 39 specijalizacija Hrvatska je zatražila upis u točku 5.1.3. priloga V Direktive.

Popis 5.1.4. odnosi se na doktore medicine sa završenim posebnim stručnim usavršavanjem u općoj medicini. Riječ je o trogodišnjem treningu u općoj medicini. Za pristup ovom usavršavanju zahtijeva se završen i priznat studij medicine, a program obuhvaća trening koji se odvija u ovlaštenoj bolnici s odgovarajućom opremom u uslugama u općoj medicini, u sklopu ambulante opće medicine ili doma zdravlja. Posebno stručno usavršavanje obavlja se u punoj satnici i više je praktično nego teorijsko. Specijalizacija iz obiteljske medicine koja traje 4 godine odgovara posebnom stručnom usavršavanju u popisu 5.1.4., a objavljena je u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine. Naime specijalizacija iz obiteljske medicine postoji samo u nekim europskim državama, a Hrvatska je želi zadržati jer više odgovara našim prilikama nego ovakav trening. Nadalje, kao interno stečeno pravo priznato je svim doktorima koji stvarno i zakonito rade u općoj medicini do dana pristupanja Hrvatske u punopravno članstvo EU-a.

4.6.3 Određivanje cijena lijekova i njihovo stavljanje na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Direktivom Vijeća 89/105/EEZ utvrđuju se osnovna mjerila za određivanje cijena lijekova koji se plaćaju sredstvima nacionalnih zdravstvenih osiguranja kao i mjerila za stavljanje tih lijekova na liste lijekova. Osnovni zahtjev te Direktive je utvrditi jasna i transparentna mjerila, propisati rokove za donošenje rješenja o cijeni lijeka i uvrštavanju na liste lijekova kao i mogućnost korištenja pravnog lijeka protiv odluke tijela koje je donijelo odluku o cijeni lijeka i uvrštavanju lijeka na liste lijekova.

U cilju prenošenja Direktive 89/105/EEZ u zakonodavstvu Hrvatske doneseni su:

- Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko.
- Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

4.6.4 Medicinski proizvodi

Regulativa koja se odnosi na medicinske proizvode u Republici Hrvatskoj je sljedeća:

- Zakon o medicinskim proizvodima
- Pravilnik o bitnim zahtjevima, razvrstavanju, sustavu kvalitete, upisu u očevidnik proizvođača i očevidnik medicinskih proizvoda te ocjenjivanju sukladnosti medicinskih proizvoda

• Pravilnik o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode.

Zakonom o medicinskim proizvodima utvrđuju se zahtjevi za medicinske proizvode, klinička ispitivanja medicinskih proizvoda, upis u očevidnik proizvođača medicinskih proizvoda, ocjena sukladnosti, oznaka sukladnosti i upis u očevidnik, promet, oglašavanje i obavješćivanje, vigilancija i nadzor nad medicinskim proizvodima. Odredbe ovoga Zakona primjenjuju se na:

- medicinske proizvode i njihov pribor
- »in vitro« dijagnostičke medicinske proizvode i
- aktivne medicinske proizvode za ugradnju.

Medicinski proizvodi mogu se staviti u promet samo ako ne ugrožavaju zdravlje i sigurnost pacijenata, korisnika i drugih osoba te ako su propisno proizvedeni, postavljeni, održavani i upotrebljavani u skladu s njihovom namjenom. Nadalje, mogu biti u prometu, odnosno mogu se početi upotrebljavati ako ispunjavaju bitne zahtjeve, ako je njihova sukladnost utvrđena prema propisanom postupku, ako nose oznaku sukladnosti. Izmjenama važećega Zakona o medicinskim proizvodima uređeno je da nakon dana pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji upis u očevidnik medicinskih proizvoda više neće biti uvjet za stavljanje medicinskog proizvoda na tržište jer je takva odredba protivna Direktivi. Međutim, do dana pristupanja Hrvatska je zadržala obvezu upisa medicinskog proizvoda u očevidnik prije njegovoga stavljanja na tržište kako bi na taj način imala što bolji uvid u sve medicinske proizvode koji su u prometu u zemlji. Važeći propisi o medicinskim proizvodima usklađeni su s direktivama EU-a.

Područje medicinskih proizvoda u EU-u uređeno je direktivama tzv. »novog pristupa«:

- Direktiva Vijeća 90/385/EEZ o aktivnim medicinskim proizvodima za ugradnju
- Direktiva Vijeća 93/42/EEZ o medicinskim proizvodima
- Direktiva 98/79/EZ o »in vitro« medicinskim proizvodima za ugradnju.

Osnovna značajka takve regulative jest ta da je proizvođač medicinskih proizvoda odgovoran za sigurnost proizvoda kojega stavlja na tržište te da ovisno o klasi rizika medicinskoga proizvoda sam stavlja oznaku sukladnosti na taj proizvod ili mu sukladnost utvrđuje tijelo za ocjenu sukladnosti.

Dakle, za razliku od tzv. »starog pristupa« kojim je uređeno područje lijekova prema kojemu se lijek može staviti u promet tek nakon što dobije odobrenje nadležnog tijela (Agencija za lijekove i medicinske proizvode) za stavljanje određenog lijeka u promet, »novi pristup« znači da proizvođač sam odgovara za svoj proizvod i stavlja ga u promet na temelju potvrde neovisnog tijela za ocjenu sukladnosti ili sam proizvođač stavlja oznaku sukladnosti na proizvod i stavlja ga u promet. Nakon što medicinski proizvod stavi na tržište, obavezan je o tome obavijestiti nadležno tijelo u državi članici. U takvoj regulativi medicinskih proizvoda izuzetno važnu ulogu ima nadzor nad tržištem, odnosno inspekcije. Direktive koje reguliraju područje medicinskih proizvoda su iz 1990., 1993, odnosno iz 1998. doživjele tek manje izmjene stoga je u tijeku postupak njihove izmjene.

Međutim, s obzirom na nedavne probleme koji su se u EU-u pojavili s lošom kvalitetom implantata za grudi, pokazali su se očitim nedostatci propisa koji na tako liberalan način dopuštaju stavljanje u promet medicinskih proizvoda.

S obzirom na različita tumačenja odredbi direktiva koje reguliraju područje medicinskih proizvoda od strane država članica kao

i u želji da osiguraju sigurnost primjene medicinskih proizvoda, Europska komisija je krenula u izmjenu zakonodavstva vezano uz medicinske proizvode. Kako bi se osigurala jednaka provedba propisa na području medicinskih proizvoda u svim državama članicama, prijedlog je Europske komisije da područje medicinskih proizvoda bude uređeno uredbama, a ne kao do sada direktivama.

Radne skupine Europske komisije stoga su izradile prijedloge dviju uredbi »regulation« i to jednu za »in vitro« dijagnostiku, a jednu za medicinske proizvode i aktivne implantate. Prijedlog tih dviju Uredbi uskoro bi trebao biti upućen u Vijeće. Predviđeni rok za njihovo usvajanje je u prvoj polovici 2013.

4.6.5 Krv, tkiva i stanice

Područja transfuzijske i transplantacijske medicine u EU-u regulirana su Direktivama, za krv (2002/98/EC, 2004/33/EZ, 2005/61/EZ, 2005/62/EZ, 2009/35/EZ, 2011/38/EU) i tkiva, uključujući medicinski potpomognutu oplodnju (2004/23/EZ, 2006/17/EZ, 2006/86/EZ). Tijekom predpristupnih pregovora Hrvatska je u nacionalno zakonodavstvo ugradila zahtjeve Direktiva za navedena područja. To je rezultiralo navedenim promjenama u zakonodavstvu.

Transfuzijska medicina u dijelu prikupljanja i testiranja krvi te proizvodnje krvnih pripravaka izdvaja se iz zakonodavstva koje uređuje farmaceutska djelatnost te postaje zasebno uređena Zakonom o krvi i krvnim pripravcima. Zakonom se uređuju uvjeti koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove u djelatnostima planiranja, prikupljanja i testiranja krvi te proizvodnje, čuvanja i raspodjele krvnih pripravaka. U području transplantacije, Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja donosi obvezu ispunjavanja tehničkih uvjeta za uzimanje, pohranjivanje i presađivanje organa, tkiva i stanica.

Direktive za tkiva i stanice uključuju i medicinski potpomognutu oplodnju i to područje se zasebno regulira Zakonom o medicinski pomognutoj oplodnji. Zakon uređuje uvjete provođenja medicinske oplodnje.

Zakonodavstvo proizašlo iz implementacije Direktiva u sva tri navedena područja usmjereno je na ujednačavanje standarda, podizanje razine sigurnosti i osiguranja kvalitete. U cilju nadzora nad provođenjem zakonskih odredbi ustanovljena je i specijalizirana inspekcijaska služba za krv, tkiva i stanice Ministarstva zdravlja te određena učestalost nadzora nad radom ustanova koje obavljaju djelatnosti iz područja transfuzije, transplantacije i medicinski potpomognute oplodnje.

Zdravstvenim radnicima u zdravstvenim ustanovama i inspektorima Ministarstva zdravlja iz navedenih područja omogućena je jednostavna, brza i učinkovita komunikacija s kolegama iz EU-a te razmjena znanja i stjecanje vještina. Hrvatska je uključena u europski sustav dojave štetnih događaja i reakcija. Navedena područja su unaprijeđena korištenjem tehničke pomoći i nabavkom opreme iz predpristupnih fondova EU-a (TAIEX, IPA).

4.6.6 Okoliš

4.6.6.1 Buka

Buka okoliša se na razini Europske unije uređuje Direktivom 2002/49/EZ o procjeni i upravljanju bukom okoliša. Republika Hrvatska je navedenu direktivu u potpunosti transponirala u Zakon o zaštiti od buke. Zakonom se utvrđuju mjere u cilju izbjegavanja, sprječavanja ili smanjivanja štetnih učinaka buke na zdravlje ljudi koje uzrokuje buka u okolišu, uključujući i smetanje bukom. Mjere

se provode na način da se utvrđuje izloženost buci okoliša i to izradom karata buke na temelju metoda ocjenjivanja buke u okolišu, osiguravanjem dostupnosti podataka o buci u okolišu te naposljetku izradom akcijskih planova.

Zakon određuje obveznike izrade strateških karata buke, odnosno karata buke koje su namijenjene cjelovitom ocjenjivanju izloženosti stanovništva buci od različitih izvora buke, kao i obveznike izrade akcijskih planova koji su izrađeni radi upravljanja bukom okoliša i njezinim štetnim učincima, uključujući mjere zaštite od buke. Zakon i Direktiva predstavljaju instrument koji osigurava adekvatnu zaštitu pučanstva od štetnih utjecaja buke, a također imaju snažan utjecaj i na informiranje javnosti o opterećenosti okoliša bukom.

S obzirom da je problematika buke okoliša izravno vezana za štetni utjecaj buke na zdravlje ljudi, nadležno ministarstvo za problematiku zaštite od buke je Ministarstvo zdravlja. Unutar Ministarstva zdravlja ustrojena je Uprava za sanitarnu inspekciju koja je nadležna za provođenje nadzora nad bukom te matični odjel – Odjel za predmete opće uporabe i zaštitu od buke.

Inspeksijski nadzor nad primjenom Zakona o zaštiti od buke i propisa donesenih na temelju ovog zakona obavlja sanitarna inspekcija Ministarstva zdravlja koja je prilagodila svoja postupanja EU zahtjevima te se kontinuirano educira u tom smislu.

4.6.6.2 Kemikalije i biocidni pripravci

Kemikalije i biocidni pripravci na razini Europske unije uređeni su mnogobrojnim direktivama i uredbama (67/548/EEZ, 1999/45/EZ, 98/8/EZ, 1907/2006/EZ, 689/2008/EZ i 1272/2008/EZ), a zakonodavni i provedbeni okvir u Republici Hrvatskoj u cijelosti je usklađen kroz Zakon o kemikalijama te Zakon o biocidnim pripravcima, Zakon o provedbi Uredbe (EZ) 1907/2006 (REACH) Europskog parlamenta i Vijeća EZ o registraciji, evaluaciji, autorizaciji i ograničavanju kemikalija, Zakon o provedbi Uredbe (EZ) br. 689/2008 Europskog parlamenta i Vijeća o izvozu i uvozu opasnih kemikalija, kao i Zakon o provedbi Uredbe (EZ) br. 1272/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 2008. o razvrstavanju, označavanju i pakiranju tvari i smjesa, kojom se izmjenjuju, dopunjuju i ukidaju Direktiva 67/548/EEZ i Direktiva 1999/45/EZ i izmjenjuje i dopunjuje Uredba (EZ) br. 1907/2006.

Nadležno tijelo za kemikalije (REACH i CLP) u Republici Hrvatskoj je Ministarstvo zdravlja, Odjel za kemikalije i biocidne pripravke, a nadležna inspekcija za nadzor nad kemikalijama je sanitarna inspekcija.

Novosti u zakonodavstvu EU-a i procesu pristupanja Hrvatske EU-u se odnose na to da se sva odgovornost za ispunjavanje obveza iz kemijskog zakonodavstva, prema novom pristupu, premjestila na subjekte u poslovanju s kemikalijama koji su odgovorni za proizvodnju i stavljanje kemikalije na tržište. Zahtjevi EU-a u pogledu sljedivosti kemikalije u cijelosti su implementirani u Hrvatskoj te se u cijelosti primjenjuje načelo »no data, no market«.

Hrvatska je izvršila i posebne pripreme za primjenu Uredbe REACH koja ima za cilj osigurati visoku razinu zaštite zdravlja ljudi i okoliša kao i slobodu kretanja tvari pojedinačno, u pripravcima i proizvodima, uz istovremeno povećavanje konkurentnosti i inovativnosti, a kroz obveznu registraciju kemikalija (tri krajnja roka: 2010., 2013. i 2018.) koje se proizvode ili uvoze u količini većoj od 1 tone godišnje po pojedinoj kompaniji. U tom smislu, tijekom pregovora, Hrvatska je radi prilagodbe hrvatske kemijske industrije izborila prijelazna razdoblja za kemijsku industriju za razdoblje nakon pristupanja u EU.

Kako bi se na vrijeme upoznali s radom Europske agencije za kemikalije, tijekom projekta IPA 2007 Kemijska sigurnost, imenovani su promatrači u odbore Europske agencije za kemikalije da bi se osigurala spremnost preuzimanja obveza nakon učlanjenja u EU.

4.6.6.3 Hrana

Svjesna navedenih činjenica EU je kao primarni i najviši cilj zakonodavnog okvira za hranu postavio visoku razinu zaštite potrošača te u svrhu očuvanja čovjekovog zdravlja i sigurnosti hrane postavio koncept »od farme do stola« s nekoliko temeljnih zadataka u okviru tog koncepta.

I prije novog koncepta zakonodavstvo o hrani bilo je usmjereno na zaštitu zdravlja i interesa potrošača kroz intenzivnu kontrolu gotovog proizvoda. Međutim, novi koncept je usmjeren na kontrolu svih procesa i smanjivanje rizika u cijelom lancu, a ne utvrđivanje rizika na gotovom proizvodu. U tom smislu, sustav sigurnosti hrane u Hrvatskoj izmijenjen je i usklađen sa svim načelima EU-a. Taj koncept uključuje regulaciju uzgoja, proizvodnje, prerade, skladištenja, prijevoza i prodaje hrane.

Zakonodavni i provedbeni okvir u Republici Hrvatskoj u cijelosti je usklađen kroz Zakon o hrani. U skladu s odredbama Zakona o hrani, Ministarstvo poljoprivrede je nadležno tijelo za hranu u Republici Hrvatskoj, odnosno središnje tijelo državne uprave nadležno za zdravstvenu ispravnost, higijenu i kakvoću hrane i organizaciju službenih kontrola, te predstavlja kontakt točku prema Europskoj komisiji. U odnosu na organizaciju službenih kontrola, Ministarstvo zdravlja, odnosno sanitarna inspekcija, nadležno je za hranu ne životinjskog podrijetla, dok je za hranu životinjskog podrijetla nadležno Ministarstvo poljoprivrede, odnosno veterinarska inspekcija. Detaljna podjela nadležnosti u odnosu na vrstu kontrole i vrstu hrane propisana je Zakonom o hrani.

S ciljem učinkovitog smanjenja prehrambenih rizika, EU je razvio sustav ranog upozoravanja kojim se koristi svaka zemlja članica radi upozorenja pri pojavi zaraze, prekomjerne količine opasnih sastojaka u određenoj vrsti hrane i slično. Hrvatska je kroz nacionalnu točku odnosno Ministarstvo poljoprivrede već nekoliko godina uključena u taj sustav.

Sigurnost hrane podrazumijeva rukovanje hranom, pripremu i skladištenje hrane na način da se osigura prevencija od bolesti uzrokovanih hranom. Takav pristup uključuje niz postupaka i procedura koje se trebaju pratiti kako bi se izbjegle potencijalne opasnosti za zdravlje ljudi. Prema novom konceptu, nije dovoljno da hrana bude sigurna već potrošači imaju pravo znati što kupuju i da to zadovoljava njihove potrebe. Pravila EU-a o označavanju hrane postoje već više godina, ali se stalno obnavljaju i moderniziraju. Najnovije promjene će osigurati da potrošači ubuduće mogu brže prepoznati sastojke na koje su možda alergični i biti sigurni što znače pojmovi poput »niska količina masti« ili »visoki postotak vlakana«.

Temeljna načela proaktivne, dinamične i sveobuhvatne politike sigurnosti hrane i politike zaštite potrošača: integrirani i sveobuhvatan pristup – pratiti hranidbeni lanac od farme do stola, odgovornost svih sudionika u politici sigurnosti hrane (proizvođači, poljoprivrednici, prodavači), mogućnost ulaska u trag podrijetlu sastojaka hrane (tj. uspostavljanje sljedivosti u svim fazama proizvodnje, prerade i distribucije hrane), transparentnost znanstvenih mišljenja i inspeksijskih izvještaja i analiza rizika uspostavljena su Zakonom o hrani iz 2007. godine kojim su definirane jasne podjele odgovornosti i obveza svih zainteresiranih strana u lancu od polja do stola. Uspostavljena je učinkovita koordinacija svih nadležnih tijela. Hrvatskoj agenciji za hranu dodijeljena je jasna neovisna uloga u

procjeni rizika isključivo temeljenog na znanstvenim činjenicama i mogućnost izravne komunikacije o istima. Nastavno na temeljni zakon od 2007. godine kontinuirano se donose provedbeni propisi kojima se regulira biološka i kemijska sigurnost hrane. Redovito se provode službene kontrole i *monitoring* na temelju analize rizika. Posljednjih godina sve više se prate i kontroliraju informacije koje su potrošačima dostupne o hrani i njezinom utjecaju na zdravlje u kontekstu zakona o hrani.

4.6.6.4 Zračenja

Od početka pregovora s Europskom unijom aktivnosti sanitarne inspekcije temeljene su na dopuni i izmjeni postojeće zakonske regulative koja je regulirala područje zaštite od zračenja, kako ionizirajućeg tako i neionizirajućeg zračenja te njihovo usklađivanje s pravnom stečevinom Europske Unije.

Nadležna tijela za radiološku sigurnost su Ministarstvo zdravlja, Odjel za zračenja i Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost, a nadležne inspekcije za nadzor nad zračenjima su sanitarna inspekcija i inspekcija Državnog zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost. Slijedom navedenoga, predstavnici sanitarne inspekcije sudjelovali su u izradi zakonskih i podzakonskih propisa kojima je uređeno ionizirajuće i neionizirajuće zračenje te radiološka i nuklearna sigurnost. Od početka pregovora sanitarna inspekcija je uključena u kontinuiranu izborazbu u ovim područjima.

Donesen je Zakon o zaštiti od ionizirajućeg zračenja i sigurnosti izvora ionizirajućeg zračenja kojim se uređuje područje zaštite od zračenja te su tijekom 2007. i 2008. doneseni svi provedbeni pravilnici predviđeni navedenim zakonom. Također, na području neionizirajućeg zračenja doneseni su, sukladno propisima EU-a, provedbeni pravilnici kojima su, osim usklađivanja s pravnom stečevinom, uvedena i određena ograničenja koja su, najmanje duplo, stroža nego što je to predviđeno u pravnoj stečevini EU-a.

Takovo što, a poradi zaštite zdravlja ljudi, provedeno je u Pravilniku o zaštiti od elektromagnetskih polja kojim su standardi, kojima moraju udovoljavati pružatelji mobilne telefonije, stroži od europskih standarda.

Razlog za strožu primjenu navedenih uređaja leži u činjenici da u RH postoje 3 pružatelja mobilnih usluga koji, radi pružanja usluga mobilne telefonije, zajedno imaju više od 9000 baznih stanica. U Republici Hrvatskoj, čije postavljanje i uporabu istih primjenjuju odredbe Pravilnika o zaštiti od elektromagnetskih polja, postoje, osim stanica mobilne telefonije, i sljedeći izvori elektromagnetskih polja: magnetne rezonance (MR) 36, laseri 300-400, solariji 1400, ultravioletne saune (UV) 70. Nadzor, nad radom i uporabom gore navedenih izvora i administrativne poslove, dobivanje odobrenja za rad s istim, provode sanitarni inspektori.

Koncem 2009. radilo se na donošenju novog Zakona o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti. Temeljem tog zakona uspostavlja se novo tijelo, Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost koji će postati prvostupnijsko tijelo za nadzor nad izvorima ionizirajućeg zračenja i nuklearne sigurnost, dok će Ministarstvo zdravlja, Uprava za sanitarnu inspekciju, postati drugostupnijsko tijelo za nadzor nad izvorima ionizirajućeg zračenja i nuklearne sigurnosti.

Uspostavljena je suradnja sa zemljama u regiji na području sustava nadzora nad metalnim otpadom radi moguće kontaminacije radioaktivnim tvarima u skladu s preporukama iz UN-a (»International Recommendations to monitor and manage radioactive scrap metal« – ICNIRP), Economic and Social Council, Economic Commission for Europe. U Zagrebu je 21. i 22. ožujka 2007. održan prvi Regionalni sastanak o provođenju nadzora nad prijevozom metalnog

otpada i razmjene informacija o pošiljkama koje su kontaminirane radioaktivnim tvarima ili sadrže radioaktivne izvore.

Glede hrvatskog zakonodavstva vezano za zračenje izvora neionizirajućih zračenja, ono je strože od Naputaka ICNIRP-a pa time i od direktive EU-a, no to je opet u skladu s direktivom koja zemljama članicama ne dopušta blaže kriterije, ali strože dopušta.

Sažetak

Ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju odrazit će se na sve segmente ekonomije i društva pa tako i na zdravstveni sustav. Pridruživanjem EU-u Republika Hrvatska će se susresti s:

- novim pravilima i prioritetima u skladu s aktualnom europskom strategijom zdravstva. Strategija naglašava važnost razvoja takvog sustava zdravstva koji će se temeljiti na zajedničkim vrijednostima i principima smanjujući nejednakost. Koncept zdravlja mora biti uključen u sve relevantne politike, osobito se misli na politiku društvenog i regionalnog razvoja, politiku oporezivanja, politiku obrazovanja, politiku zaštite okoliša te područje istraživanja i razvoja. Ističe se i potreba jačanja glasa EU-a na globalnoj razini kroz suradnju s međunarodnim organizacijama.

- mogućnostima povlačenja sredstava iz europskih kohezivskih fondova. Izdvojena prioritetna područja ulaganja uključuju: zdravstvenu infrastrukturu, e-zdravstvo, omogućavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti najranjivijim skupinama, hitnu medicinu, medicinsku opremu, zdravlje i sigurnost na radnom mjestu, promociju zdravlja i prevenciju bolesti, obrazovanje i usavršavanje zdravstvenih djelatnika te informacijsku tehnologiju, prekograničnu suradnju i slično. S ciljem usmjeravanja zemalja članica i pružanja pomoći pri strateškom planiranju na području financiranja, a u skladu s kohezijskom politikom, Europska je komisija pripremila Zajednički strateški okvir (engl. Common Strategic Framework – CSF) za razdoblje 2014.-2020. Nacionalne i regionalne vlasti koristit će ovaj okvir smjernica prilikom izrade prijave za projekte, odnosno sredstva iz CSF fondova.

- migracijama radne snage. Slobodno kretanje osoba unutar EU-a jedno je od osnovnih prava zajamčenih pravom zajednice. Slobodno kretanje radnika unutar EU-a omogućeno je člankom 39. Ugovora o funkcioniranju Europske unije. Potencijalne prednosti pridruživanja Hrvatske EU-u vezano uz ljudske resurse odnose se na mogućnost pružanja zdravstvenih usluga osiguranicima iz drugih zemalja EU-a s obzirom na prednosti naše turističke destinacije, odnosno daljnji razvoj zdravstvenog turizma. Negativne posljedice pridruživanja Hrvatske EU-u mogle bi biti odlazak liječnika, medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja u EU te uvoz zdravstvenog osoblja. Vezano uz migracije radne snage važno je poštovati i pravila o reguliranju profesija. Direktiva 2005/36/EZ odnosi se na regulirana zanimanja, a obuhvaća pet zdravstvenih zanimanja: (1) doktore medicine, (2) doktore dentalne medicine, (3) magistre farmacije, (4) medicinske sestre opće njege i (5) primalje.

- novim smjernicama o sigurnosti pacijenata. Glavne preporuke odnose se na: informiranje pacijenata i njihovo uključivanje u proces razvoja sigurnosti pacijenata; poticanje sigurnosti kroz izobrazbu i usavršavanje zdravstvenih djelatnika; praćenje nastanka različitih štetnih događaja kako bi se mogao otkriti način njihova sprječavanja; razvoj komunikacijskih i tehnoloških alata i sustava kojima bi se povećala sigurnost pacijenata i olakšalo prikupljanje informacija; razvoj usporedivih i značajnih pokazatelja kako bi se lakše identificirali problemi koji ugrožavaju sigurnost pacijenata i drugo.

- novim pravilima o mobilnosti pacijenata, odnosno prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Mobilnost pacijenata unutar EU-a

predstavlja jednu od važnih stečevina integracije, s konačnim ciljem osiguravanja sigurnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga svim građanima te povećanja suradnje i koordinacije zdravstvenih sustava zemalja članica. Građanima Hrvatske će biti moguće koristiti i pogodnosti posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card). Koordinacija sustava socijalnog osiguranja uređena je Uredbom (EZ-a) br. 883/2004 Europskog Parlamenta i Vijeća o koordinaciji sustava socijalnog osiguranja i provedbenom Uredbom 987/2009 o uspostavi postupka za provedbu Uredbe 883/2004. Veliki izazov za države članice EU-a predstavlja Direktiva 2011/24/EU od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti čije su odredbe države članice obvezne ugraditi u svoja zakonodavstva do 25. listopada 2013. godine. Bitno je napomenuti da se Uredbom 883/2004 uređuje samo liječenje i naknade troškova osiguranim osobama u slučaju korištenja zdravstvene zaštite kod ugovornih zdravstvenih ustanova, dok Direktiva širi ova prava i na liječenja pružena u privatnom sektoru.

- pravilima o određivanju cijena lijekova. Direktivom Vijeća 89/105/EEZ utvrđuju se osnovna mjerila za određivanje cijena lijekova koji se plaćaju sredstvima nacionalnih zdravstvenih osiguranja kao i mjerila za stavljanje tih lijekova na liste lijekova.

U definiranju pravaca svoga razvoja, Hrvatska mora voditi računa o smjernicama i odlukama EU-a navedenima u temeljnim strateškim dokumentima za područje zdravstva, među kojima su aktualna strategija zdravstva »Zajedno za zdravlje« (engl. »Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013«); Europski program zdravlja (engl. »Europe health programme for 2008-2013«), novi program za razdoblje 2014.-2020. pod nazivom »Zdravlje za rast« (engl. »Health for growth«) s proračunom od 446 milijuna eura; politika zdravstva »Health 2020« predložena od strane Svjetske zdravstvene organizacije te šira strategija razvoja EU-a »Europe 2020«.

Do sada je Hrvatska pravovremeno uskladila nacionalnu regulativu s regulativom Europske unije iz područja zdravstvenog sektora, a koja se odnosi na: prekograničnu zdravstvenu zaštitu; regulirane profesije i obrazovni sustav jer se minimalni uvjeti obrazovanja između država članica koordiniraju; određivanje cijena lijekova i njihovo stavljanje na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje; medicinske proizvode, krv, tkiva i stanice te zaštitu okoliša (buka, kemikalije i biocidni pripravci, hrana i zračenja).

Zdravlje se smatra jednim od integralnih dijelova nove strategije razvoja EU-a i važnom odrednicom konkurentnosti. Područje zdravstva izravno je i neizravno regulirano različitim uredbama i direktivama u području politike lijekova, zaštite prava pacijenata, javne nabave, sigurnosti pacijenata, prevencije i drugdje. Politika zdravstvene zaštite mora omogućiti i poticati zdravlje svih građana i osigurati održivost zdravlja. S tim ciljem preporuča se suradnja među zemljama članicama, razvoj i usvajanje novih medicinskih tehnologija, unapređenje sustava praćenja i odgovora na prijetnje zdravlju, uvođenje regulacije vezane uz duhan, alkohol, mentalno zdravlje i ostala društveno ekonomska pitanja koja potencijalno mogu utjecati na zdravlje ljudi.

5. VIZIJA, VRIJEDNOSTI I NAČELA

5.1. Vizija zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Zdravstveni sustav u RH će unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz očuvanje i unapređenje zdravlja

svakog pojedinca i cijele populacije. Poštujući činjenicu da na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, zdravstveni sustav ojačat će svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima i unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva.

Zdravstveni sustav RH će na djelotvoran i racionalan način provoditi mjere zaštite i unapređenja zdravlja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se uvijek voditi znanstveno utemeljenim spoznajama. Sustav će bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu, a temeljit će se na visokim etičkim i moralnim normama.

5.2. Temeljne vrijednosti

Vrijednosti se mogu definirati kao orijentacijski standardi i predožbe kojima se vode pojedinci i skupine u svojem izboru djelovanja. Zdravlje je temeljna vrijednost zdravstvenog sustava u RH. Kako bi svaki građanin ostvario svoje ustavno pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom, zdravstveni sustav Republike Hrvatske temeljit će se i na sljedećim vrijednostima:

- ravnopravnost u pristupu sredstvima za održavanje ili poboljšavanje zdravlja
- pravednost u raspodjeli tih sredstava
- solidarnost među socijalnim skupinama i generacijama

5.3 Opća načela

Zdravstveni sustav ima zadaću osigurati ustavno pravo svakog građana na zdravstvenu zaštitu. Pri organizaciji zdravstvenog sustava nužno je uvažavati temeljna načela prema kojima svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. U pružanju zdravstvene zaštite svi segmenti sustava i subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost dužni su poštivati načelo usmjerenosti na pacijenta i prepoznate zdravstvene potrebe te tako usmjeravati svoje djelovanje prema prioritetima koji štite temeljna prava pacijenata te osiguravaju dobrobit pojedinca i cijele zajednice.

Osim načela koja određuju organizaciju i rad sustava, opća načela obvezuju i svakog građana pa je tako svaka osoba obvezna brinuti se o svome zdravlju, a nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih. Nadalje, svaki građanin je u hitnim slučajevima obvezan pružiti prvu pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći.

5.4 Specifična načela

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti i dostupnosti. Organizacija pružanja zdravstvene zaštite zasnovana je na načelu cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.

Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom.

Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen. Pri tome se poštuju načelo supsidijarnosti, odnosno rješavanja zdravstvenog problema na najnižoj razini zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće.

Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Usluge zdravstvene zaštite moraju biti tako pružene da ih mogu koristiti svi građani neovisno o njihovom obrazovanju, ekonomskim prilikama, vjerskim uvjerenjima ili nekim drugim osobnim i društvenim okolnostima koje bi ih onemogućile da ravnopravno s drugima koriste zdravstvenu zaštitu.

U organizaciji i regulaciji pružanja zdravstvene zaštite primjenjuje se načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite. Ovo načelo treba se osigurati provođenjem objedinjenih mjera za unapređenje zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Među specifičnim načelima u pružanju zdravstvene zaštite je i trajno poboljšanje kvalitete i učinkovitosti rada.

Za specifične potrebe i složene zdravstvene probleme primjenjuje se načelo specijaliziranog pristupa koje se osigurava organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.

Posebna načela koriste se u zaštiti prava korisnika zdravstvene zaštite tj. pacijenata, a reguliraju se kao načela zaštite prava pacijenata. Temeljna načela u zaštiti prava pacijenata su humanost i dostupnost. Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića, osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta te zaštitom osobnosti

pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

6. SWOT ANALIZA I STRATEŠKI PROBLEMI

6.1. SWOT analiza

Većina elemenata u SWOT analizi proizlazi iz kvantitativnih podataka ili opisa prikazanih u prethodnim poglavljima Strategije. Manji broj elemenata identificiran je na temelju kvalitativnih analiza i doprinosa članova povjerenstava tijekom radionica ili sudionika na konferenciji u okviru izrade Nacionalne strategije.

Objekt SWOT (engl. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) analize je zdravstveni sustav Republike Hrvatske.

- Snage – stanje i trendovi s pozitivnim predznakom ili utjecajem, a odnose se na zdravstvo ili pokazatelje zdravlja stanovništva.
- Slabosti – stanje i trendovi s negativnim predznakom ili utjecajem, a odnose se na zdravstvo ili pokazatelje zdravlja stanovništva.
- Prilike – stanje i trendovi koji se odnose na društveno, političko ili ekonomsko okruženje, a imaju pozitivan predznak ili utjecaj na zdravlje stanovništva ili zdravstveni sustav.
- Prijetnje – stanje i trendovi koji se odnose na društveno, političko ili ekonomsko okruženje, a imaju negativan predznak ili utjecaj na zdravlje stanovništva ili zdravstveni sustav.

SNAGE: unutarnji čimbenici s pozitivnim predznakom ili utjecajem

Područje	Snage	Opis u prethodnim poglavljima Strategije
Pokazatelji zdravlja	Trend povećanja očekivanog trajanja života i smanjenja stope smrtnosti	Pogl. 2.3.1, Sl. 8 i 10 Pogl. 2.3.4, Sl. 16
	Trend smanjenja stope smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila te moždanog udara	Pogl. 2.6.2.1, Sl. 32, 33 Pogl. 2.6.2.3, Sl. 36, 37
	Trend smanjenja dojenačke smrtnosti i rane neonatalne smrtnosti	Pogl. 2.7.1, Sl. 66, 67
	Povoljna epidemiološka situacija u pogledu zaraznih bolesti, vrlo visok obuhvat primovakcinacijom	Pogl. 2.6.7, Pogl. 2.6.7.5, Tabl. 17
Javno zdravstvo	Razvijena mreža javnozdravstvenih ustanova	Pogl. 3.2.4
	Postojanje nacionalnih preventivnih programa	Pogl. 3.5.12
	Postojanje infrastrukture za praćenje i nadzor kvalitete okoliša i štetnih okolišnih utjecaja na zdravlje ljudi	Pogl. 2.1
	Hrvatska je jedna od vodećih zemalja svijeta prema stopi realiziranih darivatelja organa te broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika.	Pogl. 3.5.10
Dostupnost zdravstvene zaštite	Obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom je velika	Pogl. 3.4.8, Tabl.10
	Financiranje zdravstvenog sustava je pravično: udjel privatnih izdataka za zdravstvo u BDP-u u RH je niži od europskih prosjeka i ne pokazuje trend povećanja; javni izdaci u RH u ukupnim izdacima za zdravstvo veći su nego u europskim prosjecima	Pogl. 3.4.7, Sl. 9-12
	Teritorijalna pokrivenost bolnicama je dobra	Pogl. 3.5.4
	Hrvatska je prema Indeksu zdravstvene zaštite potrošača u europskom prosjeku, s trendom poboljšanja	Pogl. 3.7.4
	Povećan je volumen potrošnje lijekova i ortopedskih i drugih pomagala na svim razinama zdravstvene zaštite, što ukazuje na veću dostupnost	Pogl. 3.8.6, Sl. 11, 14, 15
	Postoji mreža ordinacija medicine rada, a broj preventivnih pregleda radno aktivnog stanovništva se povećava	Pogl. 3.5.1.3
Zdravstvena infrastruktura	Broj bolničkih kreveta i trend njegova opadanja u RH u skladu je s prosjekom EU-a	Pogl. 3.5.4.2, Sl. 5 i 6
	Ukupna godišnja iskorištenost akutnih kreveta u bolnicama viša je od prosjeka EU-a i usporednih zemalja, s trendom smanjivanja	Pogl. 3.5.4.2, Sl. 7
	Dovoljan broj MR-a, CT-a i mamografa po stanovniku, u usporedbi s europskim prosjecima	Pogl. 3.5.4.6, Tabl. 21
	Postoji mreža interventnih helidroma za potrebe hitnih medicinskih letova	Pogl. 3.5.2

Zdravstvena infrastruktura	Započeta je analiza energetske učinkovitosti objekata u zdravstvenom sustavu	Pogl. 3.5.4.5
Ljudski resursi u zdravstvu	Trend povećanja broja specijalista obiteljske medicine	Pogl. 3.5.1
	Trend povećanja broja liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći	Pogl. 3.5.2
	Broj stomatologa je zadovoljavajući i veći je od europskog prosjeka	Pogl. 3.6.1.1
	Postoji dobro razvijena mreža medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola	Pogl. 3.6.3
Kvaliteta zdravstvene zaštite	Uspostavljena Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi	Pogl. 3.9
	Uključenost u međunarodne inicijative i projekte vezane uz kvalitetu i akreditaciju	Pogl. 3.9
	Započelo prikupljanje podataka u bolnicama prema PATH pokazateljima	Pogl. 3.9
Informatizacija	Zdravstveni sustav u velikoj je mjeri informatiziran	Pogl. 3.10
	Postoji centralni sustav primarne zdravstvene zaštite s naprednim funkcijama (e-recept, e-uputnica za laboratorije)	Pogl. 3.10

SLABOSTI: unutarnji čimbenici s negativnim predznakom ili utjecajem

Područje	Slabosti	Opis u prethodnim poglavljima Strategije (ako postoji)
Pokazatelji zdravlja	Očekivano trajanje života manje od prosjeka EU15, stopa smrtnosti veća od prosjeka EU15	Pogl. 2.3.1, 2.3.4
	Očekivano trajanje zdravog života i samoprocijenjeno zdravlje niže od prosjeka EU27	Pogl. 2.4
	Prevalancija pušenja veća je od europskih prosjeka, pušenje počinje u sve ranijoj dobi	Pogl. 2.2.4
	Stopa smrtnosti od kronične bolesti jetre, raka pluća, debelog crijeva i grlića maternice, dijabetesa, kronične opstruktivne bolesti pluća i ozljeda veća je od europskih prosjeka	Pogl. 2.2.5, Pogl. 2.6.3.3, Pogl. 2.6.3.4, Pogl. 2.6.3.5, Pogl. 2.6.4, Pogl. 2.6.6, Pogl. 2.6.11
	Trend povećanja stope hospitalizacija zbog depresije; stopa samoubojstava veća od prosjeka EU15	Pogl. 2.6.5.3, Sl. 54; Pogl. 2.6.5.5, Sl. 55
	Ne postoji sustavno praćenje i analiza okolišnih čimbenika i njihovih utjecaja na zdravlje, ne postoji »mapa« izvora onečišćenja, međuresorska suradnja je neadekvatna	Pogl. 2.1
Ljudski resursi	Postoje značajne regionalne razlike u pokazateljima zdravlja	Pogl. 2, Tabl. 1, 3, Sl. 23, 31, 53, 56, 61
	Relativni manjak i nepovoljna starosna struktura zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika i medicinskih sestara	Pogl. 3.6.1
	Ograničene mogućnosti nagrađivanja kvalitetnog rada	
Kvaliteta	Nedostatno prepoznavanje i nagrađivanje viših stupnjeva obrazovanja zdravstvenih djelatnika	
	Nedostatno praćenje i djelovanje na poboljšavanju kvalitete zdravstvene skrbi; mali broj objavljenih i ažuriranih hrvatskih kliničkih smjernica i algoritama postupanja; nepostojanje akreditiranih bolnica	Pogl. 3.9
	Trend smanjenja broja preventivnih pregleda i kućnih posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Pogl. 3.5.1, Tabl. 3, 5
Infrastruktura	Nedovoljno razvijena zaštita mentalnog zdravlja u zajednici i rehabilitacija u zajednici	
	Infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara potrebama	Pogl. 3.5.9
Infrastruktura	Neprimjerno velik broj kreveta u kliničkim ustanovama (tercijarna razina zdr. zaštite) u odnosu na opće bolnice (sekundarna razina zdr. zaštite)	Pogl. 3.5.4.2, Tabl. 10
	Nedovoljno razvijene dnevne bolnice: broj kreveta u stacionarima 18x veći nego u dnevnim bolnicama; broj boravaka u stacionarima 3x veći nego u dnevnim bolnicama	Pogl. 3.5.4.2 Pogl. 3.5.4.4, Tabl. 19
	Nepovoljna struktura soba u psihijatrijskim bolnicama (58% soba s 4 ili više kreveta)	Pogl. 3.5.4.5.
	Hitni medicinski letovi i brzi prijevozi brodovima obavljaju se vojnim helikopterima ili neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima MUP-a	Pogl. 3.5.2
	Potrošnja energije zdravstvenih objekata neprimjereno je velika	Pogl. 3.5.4.5
Financiranje	Udjel ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u stagnira od 2008. i niži je od prosjeka EU27, Češke i Slovenije	Pogl. 3.4.7, Sl. 2-5
	Udjel izdataka za prevenciju u RH je višestruko manji od europskog prosjeka	Pogl. 3.4.7, Sl. 20
	Od ukupnog broja osiguranika, samo 35% daje doprinose u obavezni fond zdravstvenog osiguranja, trend smanjivanja	Pogl. 3.4.8.1, Sl. 23
	Ukupne obveze Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje veće od 4,5 milijardi kuna	Pogl. 3.4.8.1, Tabl. 3
	Tržište privatnih zdravstvenih osiguranja je nerazvijeno; iako je udjel privatnih izdataka za zdravstvo manji od europskih prosjeka, udjel plaćanja iz džepa građana u privatnim izdacima za zdravstvo u RH je veći nego u EU-u, Češkoj i Sloveniji	Pogl. 3.4.7, Sl. 10 i 19
Informatizacija	Informacijska povezanost unutar zdravstvenog sustava nije potpuna. Nema komunikacije između bolnica i primarne zdravstvene zaštite, kao ni između bolnica međusobno	Pogl. 3.10
	Neujednačenost kvalitete i strukture podataka koji se prikupljaju te metodologije prikupljanja	Pogl. 3.10
	Sredstva koja se ulažu u informacijske tehnologije u zdravstvu ispod su europskog i svjetskog prosjeka	Pogl. 3.10

PRILIKE: vanjski trendovi koji bi mogli imati pozitivan utjecaj

	Prilike	Opis u prethodnim poglavljima Strategije (ako postoji)
Pristupanje EU	Mogućnost unaprjeđenja infrastrukture i razvoja ljudskih resursa u zdravstvu uporabom strukturnih i kohezijskih fondova EU-a	4.2
	Povećanje tržišta za zdravstveni i medicinski turizam	
	Jačanje konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite i moguća izravna ulaganja u zdravstveni sektor	
	Pogodnost posebne kartice zdr. osiguranja (European Insurance Card)	4.2
	Prijenos znanja i najbolje prakse kroz intenzivniju komunikaciju i suradnju s europskim stručnjacima	

PRIJETNJE: vanjski čimbenici i trendovi koji bi mogli imati negativan utjecaj na sustav zdravstva

Područja	Prijetnje	Opis u prethodnim poglavljima Strategije (ako postoji)
Društveni trendovi	Velik broj stranih gostiju u RH, čime se povećava pritisak na službu hitne medicinske pomoći, osobito tijekom turističke sezone	Pogl. 3.1.3.2
	Odljev zdravstvenih djelatnika po pristupanju Hrvatske EU-u	Pogl. 4.3
	Starenje stanovništva s posljedičnim povećanjem potreba za zdravstvenom zaštitom	Pogl. 2.6.1
	Nerazumijevanje i neprihvatanje potrebe reformskih mjera u hrvatskom društvu	Pogl. 3.3
	Nedovoljno prihvaćanje osobne odgovornosti za vlastito zdravlje	
	Smanjenje interesa za zdravstvenim strukama među mladima	
Ekonomski trendovi	Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora uslijed percipirane korupcije	Pogl. 3.7.5
	Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva	3.1.3.4
	Povećanje broja korisnika invalidskih mirovina	Pogl. 2.7.4, Sl. 70
Ekonomski trendovi	Deficit državnog proračuna i visoka zaduženost	Pogl. 3.1.3.7
	Regionalno neujednačeni gospodarski potencijali i mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite	Pogl. 3.1.3.3, Sl. 12
	Povećanje cijene energenata	3.4.8.2, Tabl. 15
Ostalo	Globalna ekonomska kriza	3.4.5
	Pandemije zaraznih bolesti, katastrofe i druga kriza stanja	Pogl. 3.5.11.2
	Prema udjelu ukupnih proračunskih sredstava za znanost i istraživanje, u istraživanja u biomedicini i zdravstvu u RH se ulaže pet puta manje od prosjeka zemalja EU27	Pogl. 3.11.3

6.2 Strateški problemi u hrvatskom zdravstvu

Na temelju prikazanih kvantitativnih i kvalitativnih podataka, konzultacija s povjerenstvima i sudionicima partnerske konferencije te SWOT analize identificirano je pet područja strateških problema u hrvatskom zdravstvu:

1. Slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu
2. Neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite
3. Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u zdravstvenom sustavu

4. Slaba ili neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite
5. Razmjerno slabi pokazatelji zdravlja.

1. Slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu

Iako je informatizacija zdravstva u proteklih 10 godina dosta uznapredovala, glavni je problem što se informacijski sustav u velikoj mjeri gradi kao skup izoliranih otoka. Većina bolnica dnevno šalje informacije i fakture u centralni zdravstveni informacijski sustav, no nema međusobne veze između bolnica, ne postoji jedinstveni skup podataka koji se prate i šalju te nema sustava izvješćivanja koji bi uključivao i bolničke podatke. Stoga ne postoji ni informatička povezanost potrebna za objedinjenu nabavu, zajedničko korištenje opreme ili razmjenu ljudskih resursa. Ne postoji informatička povezanost primarne zdravstvene zaštite i bolnica. Javnozdravstveni sustav upravlja s više od 60 registara koji također nisu povezani ni

ujednačeni prema modelu podataka. Ljekarnici nemaju uvid u potrebne stavke zdravstvenog kartona pacijenata (npr. alergije, rezultati biokemijskih i hematoloških pretraga itd.).

Uvođenjem koncesije u primarnu zdravstvenu zaštitu oslabljen je kontinuitet i sveobuhvatnost zdravstvene zaštite koja je ranije bila bitna značajka Domova zdravlja. Gotovo da i ne postoje grupne prakse i interdisciplinarni timovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na mnogim mjestima postoje teškoće u organizaciji kontinuirane primarne zdravstvene zaštite te u pronalaženju zamjena za zdravstvene djelatnike tijekom godišnjeg odmora ili bolovanja. Često ne postoji odgovarajuća komunikacija između liječnika obiteljske medicine i patronažnih sestara, ljekarnika i drugih djelatnika u sustavu zdravstva.

Nejasan je i kontinuitet zdravstvene zaštite na trima razinama – pacijenti često »preskaču« primarnu razinu i traže zdravstvene usluge izravno u bolnicama. Osim toga, značajan dio djelatnosti tercijarnih bolnica mogao bi se riješiti u bolnicama sekundarne razine.

U mnogim zdravstvenim strukama ne postoji jasan kontinuitet razina izobrazbe, odnosno vertikalna povezanost. Izobrazba liječnika od samog je početka usmjerena na rad u sekundarnim i tercijarnim ustanovama (među ostalim, jer se nastava održava u tercijarnim ustanovama) pa liječnici po završenom studiju nisu dovoljno osposobljeni za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Cijeli je sustav zdravstva nedovoljno povezan s ostalim segmentima društva (civilno društvo, druge javne službe i resora državne uprave).

2. Neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite

Iako se teži uvođenju i primjeni vanjske ocjene kvalitete zdravstvenih ustanova, ni jedna ustanova nije akreditirana, a tek je nznatan broj medicinskih laboratorija akreditiran. Postojeći kadrovi i kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete su u većini slučajeva nedovoljno razvijeni. Radno pravo i kolektivni ugovori ne daju dovoljno mogućnosti za nagrađivanje kvalitetnog i sankcioniranje nekvalitetnog rada. Također, ne postoji jasna veza između financiranja zdravstvenih ustanova i kvalitete skrbi koja se u njima provodi.

U većini bolnica uspostavljena je struktura kvalitete (pomoćnik ravnatelja za kvalitetu, jedinica za kvalitetu, povjerenstvo za kvalitetu), ali je provedba manjkava ili neujednačena. Na razini primarne zdravstvene zaštite, ne postoje jasni standardi opremljenosti ordinacija. Općenito, standardi i normativi (vremenski, kadrovski, broj i trajanje pretraga, prostorno-smještajni) nisu u potpunosti provedivi u praksi ili su zastarjeli.

Akreditacijski standardi u RH još uvijek nisu validirani, a u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi zaposlen je mali broj ljudi odgovarajuće razine obrazovanja potrebne za provedbu složenih djelatnosti i zadataka Agencije. Ne postoje pokazatelji kvalitete koji bi se sustavno i kontinuirano prikupljali na svim razinama zdravstvene zaštite, a oni pokazatelji koji postoje ukazuju na neujednačenu kvalitetu u različitim zdravstvenim ustanovama.

Na izobrazbu zdravstvenih djelatnika nepovoljno utječe nereguliran kumulativni rad u nastavi i nedostatan broj nastavnika s obzirom na povećanje broja studenata i studijskih programa, s posljedičnim smanjenjem kvalitete nastave. Dodatni rizik za kvalitetu izobrazbe predstavlja najavljeno ukidanje staža, tj. rada pod nadzorom po pristupanju Hrvatske u EU-u.

3. Nedovoljna učinkovitost i djelatnost zdravstvenog sustava

U hrvatskom zdravstvu postoji veliki prostor za poboljšanje učinkovitosti (stupnja ostvarivanja rezultata s obzirom na postavljene ciljeve) i djelatnosti (stupnja ostvarivanja rezultata u odnosu na uložene resurse), a takvo poboljšanje postaje nužnost ako se uzme u obzir nepovoljna ekonomska situacija i fiskalni deficit Republike Hrvatske.

Visoki i rastući izdaci za zdravstvo reflektiraju nedjelotvornosti i na strani ponude i na strani potražnje. Nedjelotvornost na strani ponude rezultat je sustava plaćanja na temelju kapaciteta i plaćanja temeljenih na inputima zbog kojih bolnice imaju poticaj da drže krevete punima i produžuju ostanak pacijenata. Značajan udjel zaštite koja bi se trebala pružati na primarnoj razini prosljeđuje se na sekundarnu razinu jer su liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti plaćeni godišnjim naknadama po broju pacijenata te je malo konkurencije među pružateljima usluga zdravstvene zaštite. Nedjelotvornost na strani potražnje rezultat je značajnog udjela stanovništva starijeg od 65+ godina koji zahtijeva veću zdravstvenu zaštitu od mlađih te postojećeg zdravstvenog sustava s niskim razinama dodatnih plaćanja u kombinaciji sa širokim iznimkama od doprinosa koji potiču potražnju za zdravstvenim uslugama.

Općenito postoji problem nedovoljne transparentnosti financiranja zdravstva. Nadalje, upravljanje zdravstvenim ustanovama je često neprikladno i nedovoljno stručno što je dijelom posljedica podijeljene posvećenosti kliničkom radu i upravljanju, a dijelom nepostojanja interdisciplinarne ekspertize te ljudskih i informatičkih kapaciteta za planiranje i analizu. Izdaci za lijekove su nepropor-

cionalno visoki i često neopravdani, među ostalim jer ne postoji funkcionalni proces procjene zdravstvenih tehnologija ni dovoljan broj kvalitetnih kliničkih smjernica. Rokovi za plaćanje su predugi.

Bolnički sustav nije dovoljno prilagođen ni potrebama stanovništva s obzirom na promjene u demografskim i epidemiološkim trendovima, ni suvremenim medicinskim tehnologijama.

Fizička infrastruktura bolnica je velika, slabo održavana i energetski nedovoljno djelotvorna. Sofisticirana dijagnostička i terapijska oprema u bolnicama se uglavnom koristi samo u jednoj smjeni. Skupi bolnički kapaciteti za akutno liječenje često se koriste za kronično i dugotrajno liječenje. Uloga ljekarničke djelatnosti u očuvanju zdravlja i kvalitete života, prevenciji bolesti ili provedbi terapije te u racionalizaciji potrošnje lijekova nije dovoljno prepoznata ni iskorištena. Služba hitne medicinske pomoći često se koristi za prijevoz pacijenata. Napori u prevenciji bolesti su nedostadni, iako bi učinkovita prevencija mogla pridonijeti zadržavanju troškova i povećanju djelatnosti zdravstva.

Praćenje rada (uključujući i poštovanje radnog vremena) je osnova djelotvornog sustava zdravstva, no trenutno postojeći sustav nadzora nije dovoljan kako bi uočio i spriječio neučinkovitosti i nedjelotvornosti u sustavu zdravstva što je dijelom posljedica neadekvatnog sustava prikupljanja informacija.

Iako postoji objektivni manjak liječnika i medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu, korištenje postojećih i mobiliziranje novih ljudskih resursa moglo bi se poboljšati. Trenutno se ne koristi mogućnost prenošenja dijela zadataka i ovlasti (engl. task shifting) s liječnika na medicinske sestre s postignutom višom razinom obrazovanja. Mobilnost djelatnika u zdravstvenom sustavu je vrlo slaba, a volonterstvo je gotovo posve neregulirano i nerazvijeno.

4. Slaba ili neujednačena dostupnost

Manjak zdravstvenih djelatnika je strukturalni problem koji ograničava dostupnost zdravstvene zaštite, osobito u ruralnim područjima i na otocima, ali i u manjim gradovima. U pojedinim strukama postoji neravnomjerna raspodjela među razinama zdravstvene zaštite, npr. medicinskih biokemičara ima dovoljno na sekundarnoj i tercijarnoj, ali nedovoljno na primarnoj razini. Visoka prosječna dob zdravstvenih djelatnika u dugoročnoj perspektivi dodatno ugrožava dostupnost zdravstvene zaštite na svim razinama i zemljopisnim područjima.

Zdravstvene struke su sve manje atraktivne mladim ljudima koji odabiru buduću profesiju. Unutar sustava zdravstva, postoje struke i radna mjesta koja su manje atraktivna, npr. zbog manjih koeficijenata (zavodi za javno zdravstvo), zbog nepovoljnog utjecaja na životni stil (»velike« specijalizacije poput pedijatrije, kirurgije, interne medicine i ginekologije) ili zbog neadekvatnog pravnog i radnog položaja (npr. medicinske sestre u odnosu na liječnika obiteljske medicine ili fizioterapeut u odnosu na fizijatra u koncesiji). U nekim strukama izobrazba i specijalizacija moraju se plaćati iz osobnih sredstava što dodatno smanjuje atraktivnost tih profesija.

Mreža ljekarni je nepotpuna jer nije isplativo raditi na područjima koja ne mogu ostvariti profit na tržištu.

Formalno, svim osiguranicima su dostupne sve usluge, no u stvarnosti ipak postoje velike razlike u dostupnosti zdravstvenih usluga što je dijelom vezano i uz nedovoljno transparentne liste čekanja. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja je neažuriran, preširok i u praksi teško ostvariv.

5. Razmjerno slabi pokazatelji zdravlja

Iako je vidljiv trend smanjivanja stope ukupne smrtnosti i smrtnosti od mnogih bolesti, te stope su u usporedbi s europskim prosjecima i dalje visoke. Posebno je zabrinjavajuće stanje vezano

uz zdravstveno ponašanje stanovništva i rizične čimbenike poput pušenja, pretilosti i pretjerane konzumacije alkohola. Među slabim pokazateljima zdravlja su i povećan broj radnika koji odlazi u invalidsku mirovinu te stope ozljeđivanja i smrtnosti od ozljeda koje su više od europskih prosjeka. Sve teže socio-ekonomsko stanje dodatno ugrožava zdravstveno stanje stanovništva. Ne postoji kultura preuzimanja osobne odgovornosti za vlastito zdravlje, ni odgovornog korištenja zdravstvene zaštite.

7. STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI, PRIORITETI I MJERE

Potreba i zahtjevi za uslugama zdravstvenog sustava gotovo uvijek premašuju raspoloživa sredstva pa je nužno odrediti prioritete u raspodjeli raspoloživih resursa pri čemu se ne misli samo na financijske, nego i ljudske, infrastrukturne i druge resurse. To je osobito važno u kontekstu pristupanja Hrvatske EU-u. Svaka država članica sklopit će s Europskom komisijom ugovor o partnerstvu u kojemu će se dvije strane suglasiti oko određivanja manjeg broja prioriteta za ulaganje i ciljeva koji se trebaju postići odobrenim sredstvima iz strukturnih i kohezijskih fondova.

Pri definiranju strateških ciljeva i prioriteta u razdoblju od 2012.-2020. u obzir se moraju uzeti najmanje dvije vremenske perspektive: kratkoročna i dugoročna. Kratkoročna perspektiva svoje polazište nalazi u analizi sadašnjeg stanja, kao i postojećim dokumentima s kraćim vremenskim horizontom, kao što su Strateški okvir za razvoj 2006.-2013., Strategija Vladinih programa za razdoblje 2012.-2014., Program Vlade Republike Hrvatske za mandat 2011.-2015. i Prepristupni ekonomski program 2012.-2014.

Dugoročna perspektiva polazi od analize sadašnjeg stanja, ali uzima u obzir projekcije trendova u budućnosti, kao i strateške dokumente s duljim vremenskim horizontom, prije svega europske strategije Europe 2020 i Health 2020.

Prikazani strateški razvojni pravci i prioritete trebali bi osigurati da se razvoj sustava zdravstva ostvaruje postupno i kontinuirano, uz uvažavanje prijedloga i mjera od subjekata koji određeni dio zdravstvene zaštite pružaju i provode. Svakako valja izbjeći radikalne reformske zahvate kojima je teško predvidjeti neželjene učinke, a koje mogu izazvati i veće probleme od onih koji su se nastojali riješiti samim reformskim zahvatom. Suprotno tome, inkrementalni razvoj (»korak po korak«) dopušta trajno praćenje učinka provedenih aktivnosti i njihovo daljnje podešavanje i modificiranje u skladu s ostvarenim rezultatima i novim okolnostima. I samu Strategiju valja shvaćati dinamično, a ne kao dokument koji je »uklesan u kamen« za idućih osam godina. Ministarstvo zdravlja će stoga imenovati posebnu skupinu koja će svake godine pratiti i vrednovati provedbu i učinke Strategije, te predlagati njezine nadopune i poboljšanja.

Strateški razvojni pravci proizlaze neposredno iz strateških problema prikazanih u prethodnom poglavlju. Kako bi se razvojni pravci ostvarili, predložena su prioriteta područja djelovanja i odgovarajuće mjere, od kojih svaka ima za cilj ostvarivanje jednog ili više razvojnih pravaca što je grafički prikazano oznakom »+« (Tablice 1-8). Važno je naglasiti da brojevi prioriteta (1-8) ne podrazumijevaju njihovu relativnu važnost ili vrijednost, ni da se vremenski ili procesno neposredno nadovezuju jedan na drugi. Nadalje, iako su mjere radi kategorizacije i bolje preglednosti razdvojene u osam prioriteta područja djelovanja, jasno je da su mnoge od mjera iz različitih prioriteta međusobno povezane i utječu jedna na drugu.

U skladu s pojmovnim određenjem Strategije, opisanim u uvodnom poglavlju, ovdje navedeni razvojni pravci, prioritete i mjere ne nude detaljnu razradu konkretnih aktivnosti, njihovih nositelja i rokova za izvršenje. Tu će razradu dati planski i operativni dokumenti za pojedine segmente zdravstva (npr. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, Master plan bolnica, Strateški plan razvoja informatizacije zdravstva, Strateški plan razvoja zdravstvenog turizma), a za čiju izradu, odnosno vrednovanje i reviziju ova Strategija daje osnovu.

STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI:

1. **Poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu**
2. **Ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite**
3. **Povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava**
4. **Povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite**
5. **Poboljšanje pokazatelja zdravlja.**

Prioritet 1: Razvoj informatizacije i eZdravstva

Integriranje i standardizacija zdravstvenih informacija i ujednačavanje stupnja informatiziranosti u sustavu zdravstva

Zdravstveni informacijski sustav mora integrirati sve podatke koji cirkuliraju u zdravstvenom sustavu te uz visok stupanj sigurnosti i zaštićenosti osigurati dostupnost podataka ovlaštenim subjektima. Za potpunu i funkcionalnu integraciju, nužno je za svaku vrstu zdravstvene ustanove definirati minimalni skup funkcionalnosti unutarnjeg poslovanja i to: medicinskog (dijagnoze, nalazi, radiološke snimke, opisi operativnih zahvata s potrošnim i ugradbenim elementima itd.) i poslovnog (računovodstvo, prijam pacijenata, smještaj pacijenata, kuhinja itd.), a sukladno osiguranim financijskim sredstvima, uz kontinuiranu godišnju reviziju.

Nužna je također standardizacija modela podataka, zajedničkih šifrnika, načina prijenosa podataka i međusobne komunikacije među sustavima. Potrebno je uspostaviti integraciju informacijskih sustava u bolnicama i specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti te razmjenu informacija kako međusobno, tako i s centralnim informacijskim sustavom. Integracija podrazumijeva i povezivanje svih registara u zdravstvu i objedinjavanje podataka. Potrebno je ostvariti interoperabilnost informacijskih sustava u zdravstvu sa svim tijelima državne uprave (združene usluge), kao i sa zemljama Europske unije. Službene mrežne stranice i portale ključnih zdravstvenih ustanova potrebno je objediniti kako bi se ujednačila arhitektura informacija prema građanima. To će se postići u suradnji s projektom eHrvatska, u sklopu objedinjavanja svih portala tijela državne uprave.

Integracija će se ostvariti i kroz objedinjavanje nabave i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku.

Uspostava elektroničkog zdravstvenog zapisa

Svaki korisnik zdravstvene zaštite treba imati svoj jedinstveni elektronički zdravstveni zapis (EZZ) koji se puni u raznim segmentima zdravstvene zaštite (ordinaciji liječnika obiteljske medicine, specijalističkoj ordinaciji, bolnici, laboratoriju, dijagnostičkoj jedinici, u privatnoj zdravstvenoj ustanovi i drugdje). Fizički ne mora nužno biti na jednom mjestu, ali mora postojati mogućnost povezivanja dijelova tog zapisa uvijek kada je to potrebno, kada to zahtijeva

ovlaštena osoba (liječnik tijekom pružanja zdravstvene usluge pacijentu) i uz suglasnost pacijenta. Svaki korisnik zdravstvene zaštite mora imati mogućnost potpunog i jednostavnog uvida u informaciju o tome tko je, kada i koje njegove podatke dobio na korištenje, te temeljem kojeg prava ili ovlaštenja. Uspostavom elektroničkog zdravstvenog zapisa bit će ostvareni svi preduvjeti za automatiziranu komunikaciju svih tipova zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), te komunikaciju između zdravstvenog sustava i pacijenata čime će se značajno smanjiti broj nepotrebnih pretraga i povećati kvaliteta liječenja.

Korištenje zdravstveno statističkih informacija za potporu odlučivanju i uspostava sustava izvješćivanja i upozoravanja

Podaci o zdravstvenom stanju korisnika zdravstvene zaštite i zdravstvenim uslugama pruženim u zdravstvenim ustanovama čine osnovu za izradu periodičnih statističkih izvješća koja koriste HZJZ i mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo, te drugi zavodi, agencije i ustanove. Svrha zdravstvene statistike je dijagnosticiranje zdravstvenog stanja populacije i funkcioniranja zdravstvenog sustava te stvaranje osnove za javnozdravstvene intervencije u populaciji i u organiziranju/reorganiziranju samog sustava. Izravnim dohvatom podataka iz EZZ-a pacijenta (podaci o liječenju, prevenciji, zdravstvenim postupcima i sl.) zdravstveno-statistička izvješća će biti aktualna i bez kašnjenja, te će služiti kao kvalitetna potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu (*engl. business intelligence*). Korištenjem podataka u svim dijelovima zdravstvenog sustava radi se na podizanju kvalitete rada. Dio zdravstveno-statističkih informacija treba biti dostupan i korisnicima izvan zdravstvenog sustava.

Važno je uspostaviti i sustav upozoravanja na pojave otklona od standardnih vrijednosti koje je definirala struka za bilo koje područje zdravstvenih i upravljačkih informacija, a koji zahtijevaju pokretanje eskalacijske procedure i intervenciju upravljačkog tijela.

Funkcionalno unapređenje, modernizacija i održavanje postojećih informacijskih sustava u zdravstvu

Postojeće informacijske sustave u zdravstvu potrebno je funkcionalno unaprijediti kroz razvoj e-liste čekanja, e-naručivanja, e-doznaka za ortopedsku pomagala, e-liste lijekova, e-smjernica propisivanja, e-kliničkih smjernica, e-preventive, e-upravljanja kroničnim bolestima, e-patroneže, e-transplantacije, virtualnog zdravstvenog arhiva, nacionalnog javnozdravstvenog informacijsko-komunikacijskog sustava, informacijskog sustava za sanitarne inspektore, informacijskog sustava kao potpore sustavu upravljanja kvalitetom, informacijskog sustava za županijske centre hitne medicinske službe, sustava za upravljanje dokumentima i digitalnim zapisima dijagnostičkih uređaja, sustava za upravljanje sestrinskom i liječničkom dokumentacijom, sustava za potporu objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolnica i čitavog zdravstva, umrežavanje ordinacija medicine rada, povezivanje s privatnim pružateljima medicinskih usluga i mZdravlje – primjenu mobilnih uređaja u medicinskoj i javno-zdravstvenoj praksi. Telemedicinu je potrebno integrirati u hitnu medicinsku službu i druge zdravstvene djelatnosti. Kako bi se ujednačila i povećala kvaliteta pružanja usluga u zdravstvu, razvijat će se liječnički forumi i baze znanja za razmjenu informacija i iskustava.

Za potrebe razvoja farmakovigilancijskog sustava uz spontano prijavljivanje lijekova putem obrasca za prijavu nuspojave koja je dostupna na web stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), potrebno je razviti elektroničko prijavljivanje

preko internetskih stranica HALMED-a kako za zdravstvene radnike tako i za pacijente, ali i mogućnost izravnog prijavljivanja spontanijih nuspojava iz informacijskog sustava obiteljskih liječnika prema HALMED-u koji vodi nacionalnu bazu nuspojava lijekova i cjepiva. U drugoj fazi potrebna je izrada farmakoepidemiološkog programa praćenja nuspojava iz CEZIH-a (iz elektroničkog zdravstvenog zapisa) na način da bi se podaci o uzimanju lijekova i dijagnozama bolesnika slali u posebnu farmakoepidemiološku bazu za analizu povezanosti pojavljivanja određenih bolesti i uzimanja lijekova.

Postojeće aplikacije u zdravstvu potrebno je modernizirati, što podrazumijeva promjenu tehnologija, optimizaciju programskog koda i unapređenje prijenosa poruka i sigurnosti. Također, potrebno je kontinuirano završavanje sklopovlja, programa i mrežne platforme.

Normizacija i certifikacija

Normiranost je preduvjet za valjano funkcioniranje sustava. Pod normama, među ostalim, treba podrazumijevati medicinske smjernice kao i preporuke drugih međunarodnih tijela i organizacija. U vezi normizacije zdravstvenih informacijskih sustava treba slijediti europske (CEN, CENELEC i dr.) i međunarodne norme (ISO, HL7 i dr.) odnosno usvojene hrvatske norme (Hrvatski zavod za norme – HZN).

Informacijski sustavi u zdravstvu prije uporabe moraju proći postupak certifikacije – provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava te interoperabilnosti. Za tu je svrhu potrebno postaviti primarne kriterije kojima proizvod treba udovoljavati, ustanoviti tijelo koje će provoditi postupak certificiranja, definirati razdoblje za koje će certifikat vrijediti, kao i uvjete za potencijalnu recertifikaciju proizvoda. Kada je riječ o zdravstvenom informacijskom sustavu, EZZ-u i sl., tijelo koje provodi certifikaciju mora uključivati različite struke: (1) korisnike odnosno zdravstvene profesionalce, (2) medicinske informatičare odnosno stručnjake za informacijsko-komunikacijske tehnologije, (3) pravnike, te (4) druge zainteresirane struke i pojedince.

Sva programska rješenja moraju biti sukladna (kompatibilna). To znači da se izradom programskog rješenja mora osigurati izravna interoperabilnost s drugim programskim rješenjima odnosno definiranjem standardnog oblika podataka svako programsko rješenje će ga moći prihvatiti. Uspostavljanjem kriterija kojima programsko rješenje treba udovoljavati, uvažavanjem međunarodnih norma i certificiranjem koje svako programsko rješenje mora proći na svom putu do prihvaćanja za upotrebu u praksi, povećat će se odgovornost proizvođača i sloboda korisnika (zdravstvenih profesionalaca) u izboru, odnosno zamjeni programskih rješenja. Propisanu standardiziranu strukturu podataka koji su namijenjeni korištenju od strane više institucionalnih sudionika zdravstvenog sustava potrebno je učiniti dostupnima zdravstvenoj i informatičkoj javnosti kako bi se povećala transparentnost i učinkovitost čitavog sustava.

Izgradnja sustava EZZ-a mora biti usklađena s europskom inicijativom u području eZdravstva. European Institute for Health Records (EuroRec) je pokrenuo projekt ujednačavanja kvalitete sustava EZZ-a u Europskoj Uniji. Osnivanje ProRec centra u Republici Hrvatskoj omogućilo bi izravnu vezu s europskim aktivnostima na području e-zdravlja i uključivanje u europske i euro-atlantske projekte Europske komisije koje koordinira EuroRec. Uključivanjem u projekt eSOS, Hrvatska će imati mogućnost razmjene informacija o pacijentima i receptima.

Upravljanje promjenama i izobrazba

Uvođenje informacijsko-komunikacijskih tehnologija (IKT) u rad bilo pojedinca bilo organizacije znači promjenu načina rada pa

sastavni dio svakog projekta informatizacije mora biti upravljanje promjenama (organizacija rada, izobrazba).

Obrazovni kurikulum svake zdravstvene profesije mora sadržavati teme o eZdravstvu. Za učinkovitu uporabu suvremenog IKT-a u medicinskoj odnosno zdravstvenoj struci (liječnik, medicinska sestra, medicinski tehničar i sl.), potrebno je poznavati principe i mogućnosti IKT-a, te ovladati vještinama za njezinu uporabu. To podrazumijeva da zdravstveni profesionalci ovladaju određenim znanjima i vještinama iz područja medicinske zdravstvene informatike, a informatičari određenim znanjima i vještinama vezanim uz medicinsku i zdravstvenu problematiku. S obzirom na velik broj korisnika u zdravstvenom sustavu, potrebno je izgraditi sustav e-učenja (engl. e-learning) koji će olakšati provedbu izobrazbe, a upravljačkom tijelu zdravstva omogućiti izradu sadržaja koji osim stručnih i korisničkih uputa mogu imati i preporuke ponašanja, odnosa prema pacijentima, rješavanja kriznih situacija, sigurnosna pravila i sl.

Potrebno je educirati zdravstvene djelatnike za osnove rada s računalom, za rad sa svim aplikacijama koje se nalaze u području njihovog djelovanja, te o pravima pacijenata i načinu rada zdravstvenog sustava.

Kako bi se omogućila brza i kvalitetna potpora svim korisnicima IKT-a u zdravstvu, potrebno je uspostaviti objedinjeni pozivni centar (engl. call center) i upravljati odnosima s klijentima (engl. customer relationship management).

Organizacijski, s obzirom na velike projekte i kompleksne sustave u zdravstvu koje treba razviti i povezati, ključno je prepoznati i ujediniti sva znanja i stručnjake u području medicinske informatike koji su u sustavu i izvan njega.

Financiranje i zakonsko reguliranje

Osim značajnog povećanja sredstava za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom proračunu, potrebno je povećati kapacitete za pisanje projektnih prijedloga i vođenje projekata financiranih iz fondova EU-a. Također, treba pojačati međunarodne aktivnosti i suradnju s ciljem pokretanja bilateralnih projekata i uključivanja u velike europske zdravstvene projekte. Veliku mogućnost, ali i izazov financiranju informatizacije u zdravstvu pruža i zajam Svjetske banke koji je na raspolaganju Ministarstvu zdravlja.

Cjelokupno područje e-zdravlja treba biti u potpunosti podržano usklađenom zakonskom regulativom što znači da postojeće zakone i pravilnike treba uskladiti, odnosno dopuniti.

Potrebno je definirati prava i obveze svih dionika informatizacije zdravstvenog sustava u provedbi informatizacije. Izuzetno je važno u integriranom informacijskom sustavu definirati ovlaštenja pacijenata i zdravstvenih djelatnika u javnom i privatnom sektoru s naglaskom na prava i obveze dobavljača informatičko-komunikacijskih programa i opreme vezano uz propise koji reguliraju zaštitu osobnih podataka i informacijsku sigurnost. Svakako je potrebno središnje regulirati oblik i sadržaj medicinske dokumentacije, uključivo elektronički zdravstveni zapis, te politiku i pravila informacijske sigurnosti.

Tablica 1. Mjere predviđene u okviru prioriteta 1. Informatizacija i eZdravstvo

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
1.1 Ujednačavanje stupnja informatiziranosti u zdravstvu, integriranje zdravstvenih informacija i uspostavljanje komunikacije između svih razina zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), između zdravstvenog sustava i pacijenata te između tijela državne uprave i europskih zdravstvenih sustava	+	+	+		

1.2 Uspostavljanje informacijskih sustava za praćenje zdravstvene statistike te za analizu podataka i izradu izvješća koji služe kao potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu (engl. business intelligence)	+	+	+		
1.3 Funkcionalno unapređenje i modernizacija postojećih te razvoj novih informacijskih sustava i aplikacija u zdravstvu	+	+	+	+	+
1.4 Izgradnja sustava za podršku objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolničkog i čitavog zdravstvenog sustava	+		+		
1.5 Integracija telemedicine u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti	+	+	+	+	
1.6 Normizacija i certifikacija informacijskih sustava u zdravstvu, uz kontinuiranu provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava te interoperabilnosti	+		+		
1.7 Objedinjavanje nabave i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku	+		+		
1.8 Izobrazba zdravstvenih djelatnika i upravljanje promjenama pri uvođenju informacijsko-komunikacijskih tehnologija	+		+		
1.9 Povećanje sredstava za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom proračunu, u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU-a	+				
1.10 Zakonsko reguliranje eZdravstva	+				

Prioritet 2: Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu

Strateški plan razvoja ljudskih resursa

Zdravstveni djelatnici najveći su i najvažniji resurs hrvatskoga zdravstva i većina bi mjera, u okviru svih prioriteta navedenih u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., trebala posredno ili neposredno utjecati na unaprjeđenje rada zdravstvenih djelatnika i poboljšanje njihova položaja. Bez dovoljnog broja zadovoljnih, zaštićenih i pravilno angažiranih zdravstvenih djelatnika nije moguće ostvariti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu stanovništva RH.

S obzirom na alarmantan nedostatak zdravstvenih djelatnika u RH, nužno je izraditi Strateški plan razvoja ljudskih resursa kojim bi se: a) detaljno procijenilo stanje raspoloživog kadra, postojeća sistematizacija radnih mjesta i potreba za ljudskim resursima na svim razinama zdravstvene zaštite i u svim zemljopisnim područjima RH, b) predložili mehanizmi i alati za bolje praćenje i ocjenu ljudskih resursa, c) predložili mehanizmi i alati za adekvatno privlačenje, zadržavanje, trajnu izobrazbu i profesionalni razvoj zdravstvenih djelatnika, d) predložili načini i konkretni pravci prihvatljivog razmještaja postojećih ljudskih resursa s ciljem povećanja djelotvornosti i dostupnosti zdravstvene zaštite i e) predložio ekonomski održiv sustav nagrađivanja i poticanja rada zdravstvenih djelatnika.

S obzirom na složenost i socijalnu osjetljivost toga zadatka, Strateški plan razvoja ljudskih resursa bit će izrađen u suradnji domaćih i međunarodnih stručnjaka za ljudske resurse u zdravstvu, za što su predviđena sredstva iz zajma Svjetske banke koji je na raspolaganju Ministarstvu zdravlja. U izradu toga dokumenta bit će nužno aktivno uključiti sve strukovne komore i druge ključne dionike u zdravstvu, a podaci će se prikupljati i analizirati do razine pojedinih ustanova.

Zaštita zdravstvenih djelatnika

Osiguranje od liječničke odgovornosti postaje nužan uvjet kvalitetnog rada u medicinskoj djelatnosti te je potrebno unaprijediti model osiguranja liječnika. Pri zaključivanju polica osiguranja potrebno je detaljno razmotriti i razjasniti rizike, ali i opće i posebne uvjete osiguranja koji se odnose na profesionalnu odgovornost u zdravstvu.

Na nacionalnoj razini potrebno je ustrojiti prikupljanje podataka o tužbama i drugim postupcima pokrenutim protiv pružatelja zdravstvenih usluga, ponajprije liječnika, zbog eventualnih propusta u obavljanju djelatnosti kako bi se stekao potpuniji uvid u trenutnu situaciju i unaprijedilo osiguranje od profesionalne odgovornosti. Zaštiti bi pridonijelo i sustavno prikupljanje podataka o svim oblicima napada na zdravstvene djelatnike, u čemu bi važnu ulogu trebale imati komore. Potrebno je i unaprijediti postojeće propise koji uređuju odnos između pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga i postupaka.

S obzirom na presudnu ulogu sudskih vještaka medicinske struke u brzini i kvaliteti rješavanja odštetnih zahtjeva u sudskim i izvansudskim postupcima, trajna izobrazba vještaka trebala bi postati obvezna. Uloga vještaka vrlo je važna za čuvanje digniteta liječničke profesije i odgovornog profesionalnog ponašanja liječnika te je nužno da ocjene vještaka budu zasnovane na medicini utemeljenoj na dokazima, kao i da vještačenja u konkretnim slučajevima provode isključivo liječnici iz odgovarajuće djelatnosti s opsežnim iskustvom u provođenju postupaka koja su predmet vještačenja.

Konačno, zaštita zdravstvenih djelatnika podrazumijeva i zaštitu njihova zdravlja i sigurnost na radu za što je potrebno izraditi i provoditi nacionalni program, u skladu s Globalnim planom djelovanja za zdravlje radnika koji je potvrdila Svjetska zdravstvena skupština.

Vertikalna i horizontalna mobilnost

Svi zdravstveni djelatnici trebali bi imati mogućnost ostvarivanja viših razina obrazovanja što će povoljno utjecati ne samo na njihove kompetencije, nego i na atraktivnost zdravstvenih struka. Kako bi više razine obrazovanja bile adekvatno prepoznate, moraju se stvoriti mogućnosti za napredovanje u struci i preuzimanje zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja (*engl. task shifting*) što može biti povezano i s organizacijskim promjenama (npr. ustroj jedinica/odjela u rodilištima koje vode i nadziru primarne s odgovarajućim stupnjem izobrazbe ili osnivanje tzv. walk-in centara, jedinica PZZ-a za manje teške bolesti i ozljede, kojima upravlja medicinska sestra, a dostupna je svima bez najave ili dogovaranja termina). Vertikalnu mobilnost potrebno je ojačati i poticanjem istraživanja u strukama poput sestrinstva, u kojima je znanstvena produkcija nedovoljno razvijena što ima negativan utjecaj ne samo na razvoj profesije, nego i na ukupnu kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite.

Povećanje udjela zdravstvenih djelatnika s višim ili visokim stupnjem obrazovanja u skladu je s četvrtim ključnim ciljem krovne europske strategije Europe 2020., a mogućnost napredovanja i preuzimanja zadataka u skladu s višom razinom obrazovanja navodi se u 8. smjernici (*engl. integrated guidelines*) Europske komisije za politiku zapošljavanja u državama članicama.

U uvjetima razmjernog manjka zdravstvenih djelatnika, kao i stalnih promjena u zdravstvenim potrebama stanovništva, potrebno je povećati horizontalnu mobilnost zdravstvenih djelatnika, tj. omogućiti njihov lakši prelazak s jednog radnog mjesta na drugo unutar ustanove ili mreže ustanova.

Teritorijalnu mobilnost, osobito djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, usmjerenu ka mjestima i radilištima za koje postoji slabiji interes (ruralna i izolirana područja, otoci), potrebno je poticati aktivnim stimuliranjem i nagrađivanjem.

Plansko odobranje specijalizacija

Specijalizacije se moraju odobravati po jasno dokumentiranim potrebama u mreži javne zdravstvene službe kako bi se izbjeglo

pretjerano koncentriranje specijalista na određenim područjima, a nedostatak u drugima. S obzirom na očekivano povećanje udjela stanovništva starije dobi i specifične zdravstvene potrebe te populacije, bit će potrebno uvesti specijalizaciju iz gerijatrije, za koju su već izrađeni udžbenici i program izobrazbe u trajanju od četiri godine, sukladan programu specijalizacija Europske unije medicinskih specijalista (UEMS).

Očekuje se da će prema detaljnoj procjeni potreba, koja će biti izrađena u okviru Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, biti potrebno uvesti i nove specijalizacije ili subspecijalizacije (npr. iz prevencije i liječenja kronične boli) ili poticati izrazito deficitarne specijalizacije poput dječje i adolescentne psihijatrije. U cilju unapređenja kvalitete rada, potrebno je uvesti obvezu specijalističke izobrazbe za sve nositelje timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Rad nakon obvezne dobi za umirovljenje

Uzimajući u obzir zabrinjavajući nedostatak zdravstvenih djelatnika, ali i povećanje njihova očekivanog trajanja života, razumno je i pragmatično omogućiti rad zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje za to postoji potreba. Ta mjera je u skladu i sa zaključcima kongresa ekonomista Hrvatske u Opatiji 15.-17. studenoga 2006. kada je kao jedna od smjernica za ekonomsku politiku Hrvatske prihvaćen prijedlog da se produži radni staž funkcionalno sposobnih djelatnika i nakon 65. godine života.

Tablica 2. Mjere predviđene u okviru prioriteta 2. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
2.1 Izrada Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu		+	+	+	
2.2 Jačanje zaštite od osobne odgovornosti zdravstvenih djelatnika				+	
2.3 Izrada i provedba nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti zaposlenih u zdravstvu			+	+	+
2.4 Omogućavanje ostvarivanja viših razina obrazovanja za sve zdravstvene djelatnike	+			+	
2.5 Definiranje kompetencija i omogućavanje preuzimanje zadataka u skladu s višom razinom postignutog obrazovanja zdravstvenih djelatnika (<i>engl. task shifting</i>)	+	+	+	+	
2.6 Povećanje horizontalne i vertikalne mobilnosti zdravstvenih djelatnika unutar hrvatskog zdravstvenog sustava	+		+	+	
2.7 Odobranje specijalizacija prema jasno dokumentiranim potrebama u mreži javne zdravstvene službe				+	
2.8 Omogućavanje rada zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje postoji potreba				+	

Prioritet 3: Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu

Izobrazba i diferenciranje upravljanja

Upravljački kapacitet važan je preduvjet učinkovitog i djelotvornog funkcioniranja zdravstvenog sustava i stoga je nužno nastaviti sa sustavnom izobrazbom upravljačkog kadra u zdravstvu, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim razinama upravljanja. Rukovoditelji na svim razinama upravljanja (djelatnosti/službi) moraju biti svjesni da upravljanjem, odnosno donošenjem odluka impliciraju financijske učinke te su samim time uključeni i u financijsko upravljanje i kontrolu koja se zahtijeva Zakonom o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru. Prema Zakonu o proračunu, čelnik proračunskog korisnika odgovoran je za zako-

nito, svrhovito, učinkovito i ekonomično raspolaganje proračunskim sredstvima. Za izvršavanje upravljačkih dužnosti i odgovornosti potrebna su specifična znanja i vještine, ali i puno radno vrijeme posvećeno upravljanju. Budući da nije primjereno ni realno da liječnici koji preuzmu upravljačke odgovornosti potpuno prestanu s kliničkim radom, potrebno je razdvojiti organizacijsko-financijsko od medicinskog upravljanja. Organizacijsko-financijski upravitelji na upravljačkim poslovima moraju provoditi puno radno vrijeme, a ne trebaju imati primarno medicinsku izobrazbu, već raspolagati specifičnom ekspertizom (ekonomskom, pravnom, upravljačkom) koja ih kvalificira za taj posao. Financijsko upravljanje imat će koristi od instrumenata centralizacije, npr. kroz objedinjenu javnu nabavu. Medicinsko upravljanje ne mora podrazumijevati puno radno vrijeme, no mora biti u nadležnosti zdravstvenih djelatnika s bogatom kliničkom ekspertizom, a usmjereno na upravljanje kvalitetom skrbi, sigurnost pacijenata, provedbu i nadzor provedbe kliničkih smjernica i druge aktivnosti koje su usko vezane uz medicinsku struku. Medicinsko upravljanje treba ići u pravcu decentralizacije, odnosno provedbe i nadzora što bliže pojedinom pacijentu.

Analize podataka, planiranje i istraživanje sustava zdravstva

I organizacijsko-financijsko i medicinsko upravljanje trebalo bi se poboljšati uspostavljanjem odjela u zdravstvenim ustanovama koji bi se bavili analizom podataka, planiranjem i projektima EU-a.

Važan doprinos jačanju upravljačkih kapaciteta, osobito na razini donošenja zdravstvenih politika, mogu dati znanstvene ustanove i istraživačke skupine, kroz ciljana i metodološki robusna istraživanja hrvatskog sustava zdravstva. Takva istraživanja pomoći će u evaluaciji utjecaja pojedinih zdravstvenih politika u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti te javnom zdravstvu na poboljšanje zdravstvenih ishoda u stanovništvu, doprinosu primjene kliničkih smjernica, akreditacija i procjene zdravstvenih tehnologija boljim zdravstvenim ishodima, uspješnosti postojećih ili predloženih modela financiranja i zdravstvenog osiguranja te sukladnosti postojećeg modela izobrazbe budućim potrebama u zdravstvu.

Jačanje upravljačkih ovlasti domova zdravlja

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, domovi zdravlja moraju osigurati ostvarenje načela sveobuhvatnosti, cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite te načela dostupnosti i kontinuiranosti pružanja zdravstvene zaštite na svome području. Da bi se te odgovornosti mogle ispuniti, domovi zdravlja moraju imati čvršće upravljačke ovlasti, primjerice u planiranju radnog vremena za liječnike opće medicine u koncesiji. To se treba postići kroz zakonski okvir koji jasno uređuje koncesije u zdravstvu.

Tablica 3. Mjere predviđene u okviru prioriteta 3. Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
3.1 Izobrazba upravljačkog kadra		+	+		
3.2 Razdvajanje organizacijsko-financijskog i medicinskog upravljanja		+	+		
3.3 Uspostavljanje odjela za analitiku, planiranje i projekte EU-a		+	+		
3.4 Poticanje istraživanja sustava zdravstva		+	+		
3.5 Jačanje upravljačkih ovlasti Domova zdravlja kroz zakonski okvir koji jasno uređuje koncesije u zdravstvu	+		+	+	

Prioritet 4: Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova

Povezivanje i suradnja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i javnom zdravstvu

Važan i svrhovit oblik povezivanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je osnivanje grupnih praksi kojima se može postići veća djelotvornost, kontinuitet i kvaliteta rada kroz zajedničku nabavku i korištenje prostora, dijagnostičke i terapijske opreme, udruživanje ne-medicinskih djelatnosti (npr. računovodstvo, čišćenje), organizaciju dežurstava i zamjena, planiranje i provođenje dodatnih preventivnih i kurativnih programa (cijepjenje, kućno liječenje i dr.) te mogućnosti stručnih konzultacija i diferenciranja kliničke ekspertize među partnerima u grupnoj praksi. Troškovi nadzora koji provodi osiguravateljska kuća manji su za grupne prakse nego za individualne ordinacije.

Kućno liječenje u pravilu je dio grupne prakse, a patronažna djelatnost njezin najvažniji partner. Grupna praksa mora biti dobrovoljna odluka zdravstvenih djelatnika utemeljena na zadovoljavanju profesionalnih i financijskih interesa partnera. Timovi unutar grupne prakse međusobnim ugovorom trebaju regulirati prava i obveze za stručni i financijski položaj partnera u grupnoj praksi, osobito u odnosu na raspodjelu financijskih sredstava.

Liječnicima u izoliranim zemljopisnim područjima mora se omogućiti primjena telemedicine i stvaranja »virtualnih grupnih praksi«, uz potporu informacijsko-komunikacijskih tehnologija. Također, takvim liječnicima treba se omogućiti da uz uvjet adekvatne stručne osposobljenosti provode dodatne dijagnostičke i terapijske postupke (npr. fizikalna terapija, dijagnostički ultrazvuk, određeni dermatološki i kirurški zahvati, dio laboratorijske dijagnostike, PAPA-test), a da kontrolne preglede psihijatra, neurologa, okuliste, kardiologa i drugih specijalizacija ugovaraju u svojim ambulanzama za svoje pacijente.

Za povezivanje primarne zdravstvene zaštite u izoliranim zemljopisnim područjima sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom, kao i za pružanje hitne medicine pomoći u tim područjima (otoci, planinska područja, autoceste) potrebno je nabaviti primjereno opremljena vozila (helikoptere, brze brodove) za hitni medicinski zračni i pomorski prijevoz pacijenata.

Općenito, suvremene zdravstvene potrebe i medicinske tehnologije zahtijevaju jačanje interdisciplinarne suradnje u zdravstvu i pristup rada u zajednici. Zdravstvena njega i rehabilitacija, zaštita mentalnog zdravlja i palijativna skrb neka su područja u kojima je multidisciplinarni pristup u zajednici poželjniji od skrbi u institucijama pa ga stoga treba i poticati. Suradnja liječnika i ljekarnika te zajednički rad zdravstvenih i nezdravstvenih struka u praćenju i ocjeni pokazatelja okoliša i njegova utjecaja na zdravlje daljnji su primjeri poželjnog multidisciplinarnog pristupa u zaštiti zdravlja stanovništva.

Kako bi se osigurao kontinuitet i sveobuhvatnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini, potrebno je zakonski preciznije definirati koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe.

Djelotvornost mreže županijskih zavoda za javno zdravstvo može se povećati osnivanjem zajednica zavoda uz funkcionalno ili institucijsko ujedinjavanje, uz koncentriranje pojedinih djelatnosti ili aktivnosti na jednom ili manjem broju ustanova unutar zajednice zavoda, gdje god je to prikladno. Djelatnosti zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine te zaštite mentalnog zdravlja i izvanbolničkog liječenja ovisnosti trebaju ostati u djelokrugu županijskih zavoda za javno zdravstvo, uz jačanje suradnje i povezivanje

s drugim dionicima u sustavu zdravstva i društvu u cjelini. Na razini zavoda za javno zdravstvo potrebno je objediniti javnu nabavu te ujednačiti cijene usluga.

Master plan bolnica

Bolnice čine najveći dio hrvatskog zdravstvenog sustava, kako u pogledu broja zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji u njima rade, tako i u pogledu sredstava koji se izdvajaju za njihovu djelatnost. Reorganizacija ustroja i djelovanja bolnica ima osobito velik potencijal za unapređenje učinkovitosti, djelotvornosti i dostupnosti zdravstvene zaštite. Ministarstvo zdravlja pokrenulo je izradu master plana bolnica koja će se financirati iz zajma Svjetske banke dok se provedba master plana planira iz proračunskih sredstava, strukturnih fondova EU-a i eventualno budućeg zajma Svjetske banke. Master plan će detaljno analizirati stanje u bolničkom sustavu te na temelju utvrđenih kretanja pobola i smrtnosti, kao i demografskih projekcija, predložiti konkretne mjere restrukturiranja i reorganizacije na razini pojedinih ustanova.

Analiza na razini cijelog zdravstvenog sustava, provedena u okviru izrade Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020., pokazuje pravce razvoja bolničkog sustava koje će master plan detaljno razraditi. Izrada i provedba master plana riješit će velik dio problema bolničkog sustava, nastalih kroz neplansko širenje mreže bolnica i usluga koje pružaju. Udruživanjem bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova omogućit će se preraspodjela i koncentriranje bolničkih usluga, bolje korištenje svih ugovorenih kapaciteta, otvoriti mogućnost ugovaranja novih kapaciteta gdje za to postoji potreba te ukloniti nepotrebno i za kvalitetu zdravstvene skrbi štetno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim zemljopisnim udaljenostima. Istodobno, definirat će se nacionalna i regionalna središta izvrsnosti što će omogućiti ciljano tehnološko i kadrovsko opremanje bolnica, u skladu s njihovom ulogom u zdravstvenom sustavu i potrebama pacijenata za koje skrbi.

Bolnice na sekundarnoj i tercijarnoj razini trebaju se, zajedno s postojećim i potencijalnim novim nastavnim bazama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i javnom zdravstvu, povezati u funkcionalne obrazovne mreže kako bi se u potpunosti iskoristio znanstveno-nastavni kapacitet koji već i sada postoji izvan kliničkih ustanova, a koji bi se kroz obrazovnu mrežu mogao dodatno poticati i osnažiti.

S obzirom na očekivani pad broja hospitalizacija za sve kategorije osoba s duševnim smetnjama, osim oboljelih od raznih demencija, posteljne kapacitete u psihijatrijskim bolnicama treba usmjeriti ka toj populaciji pacijenata.

U okviru izrade master plana naročita će se pozornost posvetiti racionalizaciji akutne skrbi kroz jačanje dnevnih bolnica i oslobađanje odgovarajućih kapaciteta za produženo liječenje bolesnika i palijativnu skrb. Dnevne bolnice omogućuju suvremen, pošten, ekonomičan i multidisciplinarni način liječenja koji značajno poboljšava kvalitetu zdravstvene skrbi. Dnevne bolnice moraju biti povezane s domovima zdravlja, specijalističko-konzilijarnom zdravstvenom zaštitom u bolnicama, službama za mentalno zdravlje u županijskim zavodima za javno zdravstvo i ordinacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te zajedno s njima činiti funkcionalnu cjelinu u kojoj će se moći rješavati najveći dio zdravstvenih problema stanovništva, uključujući i manje kirurške zahvate (»jednodnevna kirurgija«), pa i palijativnu skrb (npr. za terminalno bolesnu djecu). Optimalan razvoj dnevnih bolnica podrazumijeva i građevinske preinake koje bi dovele do toga da se zdravstveni djelatnici okupljaju

oko pacijenta, umjesto da pacijent obilazi bolnicu u potrazi za sljedećom uslugom ili osobom koja će mu tu uslugu pružiti.

Građevinske preinake u bolnicama općenito trebaju biti usmjerene povećanju energetske učinkovitosti čime će se smanjiti troškovi »hladnog pogona«, a ujedno i pridonijeti ostvarenju jednog od ključnih ciljeva strategije Europe 2020: 20% povećanja energetske učinkovitosti. Osim toga, građevinske i organizacijske preinake trebaju ići u smjeru smanjenja zagađenja radnog okoliša i sigurnog zbrinjavanja otpada kako bi se poboljšalo zdravlje i sigurnost na radu zdravstvenih djelatnika. Također, bolnice, kao i druge ustanove u zdravstvu, trebale bi prihvatiti »zelenu«, odnosno ekološko svjesnu i odgovornu javnu nabavu.

Master plan treba predložiti reorganizaciju ljekarničke djelatnosti u bolnicama i njezino aktivnije uključivanje u pružanje zdravstvene skrbi.

Reorganizacija ustroja i djelovanja hitne medicinske službe mora ići ka integraciji izvanbolničke i bolničke službe kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje svih osoba koje su zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, ozljede ili otrovanja životno ugrožene. Horizontalno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijemom racionalizirat će poslovanje djelatnosti hitne medicine i istodobno osigurati izvrsnost u zbrinjavanju hitnih pacijenata. Za adekvatno zbrinjavanje ozlijeđenih, a osobito politraumatiziranih, bit će potrebno razviti mrežu trauma centara što uključuje i klasifikaciju bolnica s obzirom na mogućnosti zbrinjavanja ozlijeđenih.

Među neposrednim mjerama poboljšanja financijskog poslovanja bolnica bit će objedinjavanje nabave za bolnice u vlasništvu RH kroz okvirne sporazume te izdvajanje određenih nezdravstvenih djelatnosti iz nadležnosti bolnice u posebnu tvrtku u vlasništvu države (engl. spin-off) ili prepuštanje tih djelatnosti privatnih tvrtkama (engl. outsourcing).

Tablica 4. Mjere predviđene u okviru prioriteta 4. Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
4.1 Poticanje otvaranja i opremanja grupnih praksi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	+		+	+	
4.2 Jačanje interdisciplinarnе suradnje u zdravstvu (timovi za rehabilitaciju u zajednici i zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, timovi za palijativnu skrb)	+		+	+	
4.3 Preciznije zakonsko definiranje koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe	+		+	+	
4.4 Izrada i implementacija »master plana« bolnica (MPB)	+		+	+	
4.4.1 Udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova	+		+	+	
4.4.2 Preraspodjela i koncentriranje bolničkih usluga unutar regionalnih bolničkih mreža ili zajednica ustanova	+	+	+	+	
4.4.3 Povezivanje bolnica sekundarne i tercijarne razine u obrazovne mreže	+	+	+	+	
4.4.4 Funkcionalno povezivanje domova zdravlja, liječnika obiteljske medicine u koncesiji, dnevnih bolnica i specijalističko-konzilijarne zdr. zaštite u bolnicama	+	+	+	+	
4.4.5 Povećanje kapaciteta dnevnih bolnica i kapaciteta za kronično liječenje i palijativnu skrb			+	+	+
4.4.6 Funkcionalne i građevinske preinake bolnica, uz povećanje energetske učinkovitosti				+	
4.4.7 Izdvajanje određenih nezdravstvenih djelatnosti iz nadležnosti bolnice u posebnu tvrtku u vlasništvu države (engl. spin-off) ili prepuštanje tih djelatnosti privatnih tvrtkama (engl. outsourcing)				+	

4.5 Objedinjavanje bolničke nabave za bolnice u vlasništvu RH kroz okvirne sporazume	+		+	+
4.6 Objedinjavanje izvanbolničke i bolničke djelatnosti hitne medicine	+		+	+
4.7 Nabava vozila i opreme za hitni zračni i pomorski prijevoz pacijenata	+			+

Prioritet 5: Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Nadzor, izobrazba i informiranje

Kako bi se usvojeni standardi kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite te zaštite prava pacijenata dosljedno provodili, nužno je poboljšati dva ključna procesa: nadzor i izobrazbu.

U nadzoru obvezatnih standarda kvalitete zdravstvene zaštite trebaju sudjelovati i međusobno surađivati Služba zdravstvene inspekcije Ministarstva zdravlja, strukovne komore i povjerenstva, odnosno pomoćnici za kvalitetu imenovani u pojedinim zdravstvenim ustanovama, uz jasno definirane i podijeljene ovlasti. Kapaciteti za nadzor kvalitete zdravstvene zaštite, sigurnosti i prava pacijenata ojačat će se kroz unaprjeđenje zakonske regulative, informatizaciju i izobrazbu svih sudionika u tom procesu. Uvođenje određenog broja javno dostupnih pokazatelja kvalitete zdravstvenih ustanova omogućilo bi rangiranje tih ustanova prema kvaliteti, što je u Europskom indeksu zdravstvene zaštite potrošača jedan od pokazatelja prava i informiranja pacijenata prema kojemu je Hrvatska trenutno loše ocijenjena.

Sadržaji iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata moraju postati sastavni dio nastave na svim razinama izobrazbe zdravstvenih djelatnika. Izobrazba i informiranje ne smiju biti usmjereni samo na zdravstvene djelatnike, već i na pacijente, odnosno korisnike zdravstvene zaštite koji trebaju biti upućeni u svoja prava, a mora im se omogućiti informirani izbor te sudjelovanje u ocjeni kvalitete zdravstvene zaštite. Osnaživanje korisnika zdravstvene zaštite treba se ostvariti i uspostavljanjem funkcionalnog sustava zaprimanja i obrade pritužbi, koji mora poštovati načelo supsidijarnosti, što znači da se nastali problemi moraju prijavljivati i rješavati na najnižoj mogućoj razini, tj. što bliže mjestu na kojem je problem i nastao.

Kliničke smjernice i akreditacija

Kliničke smjernice, algoritmi i protokoli ključan su instrument u unaprjeđenju i ujednačavanju kvalitete zdravstvene zaštite. Riječ je o uputama ili preporukama za prevenciju, dijagnozu i liječenje specifičnih stanja i bolesti koje moraju biti izrađene na temelju najboljih postojećih znanstvenih dokaza, uz suglasje stručnjaka iz određenog područja, odnosno skupine za izradu smjernica. Vodeću ulogu u tom procesu moraju imati stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske udruge medicinskih sestara, uz sudjelovanje strukovnih komora i drugih zainteresiranih ustanova, organizacija, skupina i pojedinaca.

Kliničke smjernice trebaju se razvijati na svim razinama zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, a među njima se svakako trebaju naći i smjernice za samoliječenje i standardni operativni postupci za ljekarničke usluge (uključujući i one za suzbijanje krivotvorenih lijekova).

Praćenje primjene kliničkih smjernica, algoritama i protokola sastavni je dio akreditacije, drugog ključnog instrumenta unaprjeđenja i ujednačavanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata. Riječ je o dobrovoljnom postupku provjere usklađenosti zdravstvene ustanove s akreditacijskim standardima koji provodi

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a koji je potrebno sustavno poticati i nagrađivati.

Ugovaranje i plaćanje prema kvaliteti

Ugovaranje zdravstvene zaštite potrebno je utemeljiti na mjerljivim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete, za što je potrebno definirati i pratiti ključne pokazatelje kvalitete i uspostaviti organizacijsku i informatičku infrastrukturu koja bi te procese podržavala. Nadalje, potrebno je uspostaviti zakonski okvir i model plaćanja zdravstvenih djelatnika kojim bi se nagrađivao kvalitetan rad. Za provedbu tih mjera bit će nužna suradnja osiguravatelja, zdravstvenih ustanova i sindikata.

Sigurna i visokokvalitetna zdravstvena zaštita treba postati prioritet svakog od dijelova zdravstvenog sustava i pojedinaca koji provode zdravstvenu zaštitu. Svi zaposleni u zdravstvenom sektoru u svom svakodnevnom radu trebaju biti potaknuti da aktivno traže mogućnosti i područja za poboljšanje kvalitete te smanjivanje mogućnosti neželjenih događaja koji mogu biti rizični za pacijenta. Poticaji moraju biti usmjereni razvijanju novog pristupa kvaliteti, smanjivanju razlika u provođenju zdravstvenih postupaka te unapređivanju i širenju načela najbolje stručne prakse.

Procjena zdravstvenih tehnologija

Proces procjene zdravstvenih tehnologija (*engl.* Health Technology Assessment) nužno je jačati kako bi se dobile nepristrane, stručne, objektivne i transparentne preporuke o opravdanosti primjene nove tehnologije ili zamjeni dosadašnje zdravstvene tehnologije, pri čemu neposredni korisnici te preporuke mogu biti HZZO, Ministarstvo zdravlja ili uprave zdravstvenih ustanova. U konačnici, procjena zdravstvenih tehnologija ima za cilj osigurati najbolju moguću zdravstvenu zaštitu, uzimajući u obzir ekonomsku analizu te etička, socijalna, pravna i organizacijska načela.

Da bi se procjena zdravstvene tehnologije ojačala, potrebno je zakonski preciznije definirati taj proces i njegove korisnike, kao i obvezu pribavljanja procjena zdravstvenih tehnologija pri donošenju odluka u zdravstvenoj politici, npr. o kapitalnim investicijama u zdravstvu, novim zdravstvenim programima, stavljanju novih lijekova na Liste lijekova HZZO-a, uvođenju novih medicinskih proizvoda i drugih tehnologija te odluka o potpunom ili djelomičnom pokrivanju njihovih troškova. Nadalje, potrebno je jačati ljudske kapacitete za procjenu zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj, kroz trajnu izobrazbu i poticanje međunarodne suradnje. Konačno, treba težiti transparentnom uključivanju predstavnika udruga bolesnika, stručnih društava i farmaceutske industrije, odnosno proizvođača medicinskih proizvoda u proces procjene zdravstvenih tehnologija.

Tablica 5. Mjere predviđene u okviru prioriteta 5. Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
5.1 Jačanje zdravstvene inspekcije		+	+		
5.2 Uvođenje sadržaja iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti bolesnika na svim razinama izobrazbe zdravstvenih djelatnika		+			
5.3 Uspostava funkcionalnog sustava zaprimanja i obrade pritužbi pacijenata		+	+	+	
5.4 Izrada kliničkih smjernica utemeljenih na znanstvenim dokazima i najboljoj praksi		+	+		
5.5 Nacionalna akreditacija zdravstvenih ustanova		+	+		

5.6 Praćenje i analiza pokazatelja kvalitete na svim razinama zdr. zaštite	+	+	+		
5.7 Uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete		+	+		
5.8 Uspostava modela plaćanja zdravstvenih djelatnika kojim bi se nagrađivao kvalitetan rad		+	+	+	
5.9 Jačanje procjene zdravstvenih tehnologija		+	+		

Prioritet 6: Jačanje preventivnih aktivnosti

Naglasci u prevenciji

Hrvatski zdravstveni sustav mora povećati svoju usmjerenost na prevenciju bolesti, za što je nužno postupno povećati udjel preventivnih programa i aktivnosti u zdravstvenom proračunu. Naglasak u prevenciji treba biti na najvećim zdravstvenim problemima stanovništva Hrvatske – kroničnim nezaraznim bolestima, zloćudnim bolestima, ozljedama, mentalnim poremećajima te rizičnim oblicima ponašanja, uključujući pušenje, zlouporabu alkohola i droga, tjelesnu neaktivnost i loše prehrambene navike. Intervencije trebaju biti usmjerene i ka prevenciji i liječenju kronične boli koja je tipičan i vrlo čest simptom kroničnih nezaraznih bolesti s vrlo negativnim utjecajem na kvalitetu života. U prevenciji pretilosti i alergijskih bolesti u predškolske djece ključno je poticati dojenje, među ostalim i donošenjem Zakona o zaštiti i promicanju dojenja čiju izradu je resorno ministarstvo, u suradnji s UNICEF-om, započelo još 1993. godine. U preventivnim aktivnostima usmjerenima ka djeci i adolescentima svakako treba istaknuti i prevenciju karijesa, za koju je potrebno usvojiti i provoditi Nacionalni program prevencije karijesa koji je još 2003. godine izrađen u suradnji Povjerenstva za prevenciju karijesa i Hrvatskog društva za dječju i preventivnu stomatologiju Hrvatskog liječničkog zbora.

Posebnu pozornost treba posvetiti radno aktivnoj populaciji i radnim mjestima s posebnim uvjetima rada. Medicina rada kao djelatnost primarne razine sa svojim preventivnim aktivnostima mora biti dio multidisciplinarnog tima i sudjelovati u stvaranju »zdravog radnog mjesta«. Preventivne aktivnosti za očuvanje zdravlja radno aktivne populacije i stvaranje »zdravog radnog mjesta« bitno će pridonijeti stabilnosti financijskog sustava države.

S obzirom na demografski trend starenja stanovništva i važnost promicanja zdravog, aktivnog i produktivnog starenja, koje se izrijeком navodi i u krovnoj europskoj strategiji Europe 2020, važno je razvijati izvaninstitucijsku skrb za starije osobe. Pri tome je nužna primjena gerontoloških normi, poglavito u upućivanju liječnika obiteljske medicine u gerontološke centre radi primjene primarne prevencije za starije osobe. Takva prevencija, uz razvoj gerontoservisa, odgađa rastuću zdravstvenu potrošnju za starije osobe te pridonosi gospodarskom razvoju cjelokupne zajednice u kojoj ta starija osoba reaktiviranom ulogom živi i stvara.

Upravljanje preventivnim aktivnostima i programima

Preventivne aktivnosti treba poticati u svim područjima i na svim razinama zdravstvene zaštite, osobito tamo gdje postoji veliki potencijal za jačanje preventivnog rada (timovi u PZZ-u, patронаžna služba) i gdje preventivne aktivnosti dosad nisu bile dovoljno zastupljene (npr. ljekarništvo). Postoji potreba za boljim upravljanjem preventivnim aktivnostima i programima kako bi se poboljšala pokrivenost stanovništva i evaluacija pojedinih programa te omogućila koordinacija, racionalno planiranje, poticanje i usmjeravanje preventivnih aktivnosti u zajednici. Informatizacija će biti važna potpora ne samo upravljanju i provedbi preventivnih programa i aktivnosti,

nego i jačanju analitičkih kapaciteta u javnozdravstvenom sustavu. Dodatni poticaj preventivnom radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba biti uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivoj uključenosti u preventivne aktivnosti, a izdvojeno iz glavarine. Pritom je potrebno preventivne aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite dobro definirati i izraditi algoritme postupanja te uspostaviti jedinstveni način evidentiranja tih aktivnosti u ordinacijama opće/obiteljske medicine.

Štetni okolišni čimbenici i sustav za rano upozoravanje i odgovor

S obzirom na važnost područja zaštite zdravlja ljudi od štetnih okolišnih čimbenika koje je u EU-u uređeno mnogobrojnim direktivama i uredbama, u Hrvatskoj postoji jasna potreba za daljnjim jačanjem sustava sanitarnog nadzora te laboratorijskih i analitičkih kapaciteta za praćenje čimbenika okoliša i njihovog utjecaja na zdravlje. Potrebno je zakonski urediti nadzor nad vodama za rekreaciju i kupanje (bazeni) te monitoring peludi u zraku.

Konačno, potrebno je razvijati sustav koji će kontinuirano prikupljati i analizirati informacije o prijetnjama zdravlju u Hrvatskoj i okolnim zemljama te ih razmjenjivati sa sustavima za rano upozoravanje i odgovor EU-a i Svjetske zdravstvene organizacije. U slučaju pojave prijetnje po zdravlje unutar granica Hrvatske ili prekograničnih prijetnji, sustav mora omogućiti rano uzbunjivanje i koordinirano djelovanje u uklanjanju prijetnje unutar zemlje te koordinirano djelovanje s drugim zemljama članicama EU-a te drugim susjednim zemljama u slučaju pojave incidenata koji se šire izvan njihovih granica.

Tablica 6. Mjere predviđene u okviru prioriteta 6. Jačanje preventivnih aktivnosti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
6.1 Povećanje udjela izdvajanja za preventivne programe i aktivnosti		+		+	+
6.2 Poticanje preventivnih aktivnosti u svim područjima zdravstvene zaštite	+			+	+
6.3 Poboľšanje upravljanja preventivnim aktivnostima	+		+	+	+
6.4 Uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivoj uključenosti u preventivne aktivnosti		+	+	+	+
6.5 Razvoj analitičkih kapaciteta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo		+	+		
6.6 Jačanje sustava praćenja, nadzora i prevencije zdravstvenih rizika koji su određeni čimbenicima okoliša		+			+
6.7 Razvoj zdravstvene komponente sustava za rano uzbunjivanje i djelovanje na prijetnje zdravlju	+		+		

Prioritet 7: Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva

Jačanje tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja

U Hrvatskoj je trenutno udjel privatnih izdataka za zdravstvo jedan od najmanjih u Europi, no istodobno je udjel plaćanja »iz džepa« u ukupnim privatnim plaćanjima za zdravstvo jedan od najvećih u Europi. To je dijelom posljedica slabo razvijenog tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja koje je potrebno poticati razvojem zakonsko-regulatornog okvira. Privatna plaćanja kroz zdravstvenog osiguranja trebaju se povećati u dijelu stanovništva koji si to može priuštiti i koji želi proširiti opseg zdravstvenih usluga koje su mu dostupne iz osiguranja (npr. estetsko-kozmetički zahvati), razinu nezdravstvene usluge odnosno udobnosti pri liječenju (npr. jednokrevetne bolničke sobe) ili skratiti vrijeme čekanja do obavlja-

nja dijagnostičkog ili terapijskog postupka koji nije visokog stupnja hitnoće.

Dobrovoljna osiguranja bit će i dobar poticaj razvoju novih privatnih zdravstvenih usluga (npr. primaljske prakse). Privatne pružatelje zdravstvenih usluga treba poticati da dijelom prijeđu na plaćanje preko privatnih osiguranja.

Nadzor financijskog poslovanja

U sustavu zdravstva nužno je potrebno uvesti veći stupanj financijske discipline što se može postići boljim nadzorom financijskog poslovanja (pri čemu će informatizacija biti važan instrument), nagrađivanjem financijske uspješnosti i preuzimanjem osobne odgovornosti za loše financijsko poslovanje. Financiranje mora postati čvršće povezano s mjerljivim pokazateljima uspješnosti rada, što se može postići kroz odgovarajuće modele ugovaranja zdravstvenih usluga.

Strateška alokacija resursa prema prioritetima

Ni jedna zemlja svijeta nije toliko bogata da može jednako ulagati u sva moguća područja i projekte u zdravstvu. I Republika Hrvatska mora sredstva dostupna sustavu zdravstva ulagati prema utvrđenim potrebama te jasno definiranim i opravdanim prioritetima. To je osobito u važno u kontekstu pristupanja Hrvatske EU-u i mogućnosti financiranja iz strukturnih i kohezijskih fondova za koje je nužno nacionalno sufinanciranje pa stoga i strateško planiranje ulaganja.

Suzbijanje korupcije i neformalnih plaćanja

Jačanje dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja smanjit će potrebu za privatnim plaćanjima »iz džepa«, od kojih se dio odnosi i na neformalna plaćanja. Općenito, korupciju je potrebno sprječavati kroz primjenu objektivnih i mjerljivih kriterija (npr. za prijem u radni odnos ili odabir kandidata za specijalističko usavršavanje), povećanje transparentnosti u radu zdravstvenog sustava (npr. u listama čekanja i javnoj nabavi) i jačanje kontrolnih mehanizama (npr. praćenje rada zdravstvenih djelatnika i ustanova, poštivanje javno objavljenih listi čekanja).

Informatizacija će biti jedan od ključnih alata povećanja transparentnosti i kontrole u sustavu zdravstva. Jasan zakonski okvir drugi je važan preduvjet suzbijanja korupcije i neformalnih plaćanja u zdravstvu. Posebno je važno bolje i preciznije regulirati zakonske uvjete prema kojima liječnici zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama mogu pružiti zdravstvene usluge u okviru svoje privatne prakse. Također, u izobrazbi zdravstvenih djelatnika, u dijelu koji se financira donacijama farmaceutske industrije i drugih privrednih subjekata, potrebno je pravnim aktima osigurati ravnomjerne mogućnosti i transparentnost u dodjeli sredstava.

Tablica 7. Mjere predviđene u okviru prioriteta 7. Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
7.1 Razvoj regulatornog okvira za jačanje dopunskih i dodatnih zdravstvenih osiguranja kako bi se povećao udio privatnih financijskih plaćanja za stanovništvo koje si to može priuštiti			+	+	
7.2 Jača kontrola financijskog poslovanja			+		
7.3 Strateška alokacija resursa prema definiranim prioritetima i u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU-a			+	+	
7.4 Suzbijanje korupcije i neformalnih plaćanja u zdravstvu			+	+	

Prioritet 8: Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini

Krovna europska zdravstvena strategija »Zdravlje 2020« (engl. Health 2020) jasno ističe važnost zajedničkih napora, partnerstva i uključenosti svih dionika u zdravstvu i društvu u ostvarivanju ključnih ciljeva: unapređenja zdravlja i blagostanja ljudi, smanjivanja nejednakosti u zdravlju i osiguravanja zdravstvenih sustava koji su održivi i okrenuti ljudima. Pristup »zdravlja u svim politikama« (engl. health in all policies), »zdravlja kroz cijelu vladu« (engl. whole-of-government) i »zdravlja kroz cijelo društvo« (engl. whole-of-society) mora biti među prioritetima strateškog razvoja hrvatskog zdravstva u idućem razdoblju. Mogućnosti suradnje toliko su velike i brojne da ih nije moguće, a ni potrebno popisivati. U nastavku su navedeni samo neki od postojećih ili mogućih oblika suradnje koju je nužno jačati i koordinirati kako bi se u konačnici poboljšali zdravstveni pokazatelji stanovništva Republike Hrvatske.

Međuresorna suradnja

U Vladi Republike Hrvatske praktički ne postoji ministarstvo koje ne bi barem na posredan način bilo povezano sa zdravljem stanovništva. Ministarstvo zdravlja mora biti predvodnik u stvaranju konsenzusa o zdravlju kao ključnom preduvjetu cjelokupnog društvenog i gospodarskog života nacije. Svako ministarstvo trebalo bi postati svjesno svoje uloge i mogućnosti djelovanja na unapređenju zdravlja i sprečavanju bolesti, a Ministarstvo zdravlja mora poticati ili koordinirati takva djelovanja u drugim resorima.

S obzirom na kadrovske nedostatke u sustavu zdravstva i središnju ulogu istraživanja u suvremenoj medicini, sustav znanosti i visokog obrazovanja neposredno utječe na razvoj zdravstva u RH pa je u tom području međuresorna suradnja od presudne važnosti. Resorna ministarstva trebaju zajednički definirati i financijski podupirati istraživačke prioritete u biomedicini i zdravstvu, pri čemu se sredstva moraju koncentrirati u prioritetna područja i središta znanstvene izvrsnosti. Suradnja je potrebna i planiranju izobrazbe zdravstvenih djelatnika s obzirom na kadrovske potrebe u zdravstvu.

Suradnja sa sustavom odgoja i obrazovanja treba ići u smjeru zajedničkog razvoja promicanja zdravlja i zdravih oblika ponašanja u školama i vrtićima, potpore obiteljima za unapređenje roditeljskih vještina i rane interakcije te poticanje i jačanje sposobnosti djece pri suočavanju sa svakodnevicom i svladavanju kriznih situacija.

Djelovanje Ministarstva unutarnjih poslova proteklih godina u velikoj je mjeri pridonijelo smanjenju stope smrtnosti zbog prometnih nesreća što jasno potvrđuje ulogu drugih resora u poboljšanju pokazatelja zdravlja stanovništva. S obzirom da su stope ozljeda u Hrvatskoj još uvijek više od europskih prosjeka, potrebno je ojačati međuresornu suradnju s ciljem prevencije traumatizma i nasilja pri čemu je nužno uključiti i ministarstvo nadležno za obitelj i mlade. To ministarstvo ima osobito važnu ulogu u razvoju programa potpore obiteljima, kao i u provedbi Nacionalnog programa za mlade, koji obuhvaća i područje zdravstvene zaštite i reproduktivnog zdravlja mladih.

Sustav zdravstva je u mnogome povezan sa sustavom socijalne skrbi, a iz suradnje tih dvaju resora moraju proizaći programi potpore i skrbi u zajednici za ranjive skupine poput fizički i psihički kronično bolesnih i umirućih osoba te članova njihovih obitelji.

Ministarstvo zdravlja treba surađivati s ministarstvom nadležnim za rad radi uspostavljanja i provedbe preventivnih pregleda zaposlenih u okviru mjera prevencije kroničnih bolesti i bolesti

vezanih uz rad; ministarstvom nadležnim za zaštitu okoliša vezano uz zbrinjavanje medicinskog otpada; ministarstvom nadležnim za branitelje vezano uz praćenje i unaprjeđenje zdravlja te populacije; ministarstvom nadležnim za obranu vezano uz upravljanje kriznim stanjima i zdravstvenu zaštitu pripadnika oružanih snaga; ministarstvom nadležnim za regionalni razvoj i fondove Europske unije vezano uz zdravlje stanovništva na otocima, ruralno zdravlje te financiranje projekata i investicija u zdravstvu i zdravstvenom turizmu iz fondova Europske unije; ministarstvom nadležnim za poljoprivredu vezano uz nadzor sigurnosti hrane i otpornosti bakterija na antibiotike, te za osiguranje kakvoće vode za piće; ministarstvom nadležnim za pravosuđe vezano uz sudsko vještvost; ministarstvom nadležnim za graditeljstvo vezano uz povećanje energetske učinkovitosti objekata u zdravstvu; ministarstvom nadležnim za prostorno planiranje vezano uz utjecaj urbanizma, arhitekture i prostornog uređenja na zdravlje ljudi te ministarstvom financija vezano uz financiranje sustava zdravstva. Razvoj zdravstvenog turizma je primjer područja u kojem je međuresorska suradnja ne samo poželjna, nego i nužna, a u njemu bi trebala sudjelovati ministarstva nadležna za turizam, zdravstvo, gospodarstvo, te poduzetništvo i obrt. Iz perspektive ministarstva nadležnog za zdravlje, zdravstveni kapaciteti u javnom sektoru trebali bi biti primarno usmjereni na zdravstvene potrebe stanovništva, tj. na osiguranje u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, a u zdravstveni turizam mogli bi se usmjeriti viškovi tih kapaciteta. Privatnim investitorima treba omogućiti i pojednostaviti ulaganje u razvoj zdravstvenog turizma, kako u spomenutim viškovima zdravstvenih kapaciteta u javnom sektoru, tako i u gradnji novih kapaciteta, odnosno objekata.

Suradnja s područnom (regionalnom) i lokalnom samoupravom

Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave imaju važnu ulogu i velike mogućnosti u zaštiti i unaprjeđenju zdravlja stanovništva. Međusobna suradnja i povezivanje jedinica regionalne i lokalne samouprave mogu pridonijeti jačanju njihovih sposobnosti da ostvaruju svoja zakonom određena prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite. Područna (regionalna) i lokalna samouprava treba u vlastitoj sredini prepoznati zdravstvene prioritete te osmišljavati i provoditi programe promicanja zdravlja, prevencije bolesti i razvoja specifičnih zdravstvenih kapaciteta (npr. medicinski i zdravstveni turizam) u skladu s lokalnim potrebama i mogućnostima pri čemu ključnu ulogu imaju Savjeti za zdravlje. Koncept zaštite zdravlja u zajednici podrazumijeva uključenost područne (regionalne) i lokalne samouprave. Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave mogu imati važnu ulogu u privlačenju i poticanju zapošljavanja zdravstvenih djelatnika u ruralnim područjima, otocima i drugim sredinama gdje postoji slabiji interes za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (npr. kroz ustupanje prostora na korištenje radi otvaranja ordinacije opće/obiteljske medicine). Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave posebno su dobro pozicionirane da djeluju kao katalizator suradnje različitih dionika (npr. djelatnika u sustavu zdravstva, ustanova odgoja i obrazovanja, organizacija civilnog društva, medija) s ciljem promicanja zdravlja.

Suradnja s organizacijama civilnog društva i medijima

Organizacije civilnog društva od samog su osnutka hrvatske države davale veliki doprinos razvoju društvenog života, a mnoge

od njih postale su značajan partner sustavu zdravstva, posebice u području zaštite prava pacijenata, promicanju zdravlja, te prevenciji bolesti i ozljeda. Dvije organizacije civilnog društva – Hrvatski Crveni križ i Hrvatska gorska služba spašavanja – od tolike su nacionalne važnosti da su im posvećeni i posebni zakoni. Važno je predvidjeti suradnju hitne medicinske službe i Hrvatske gorske službe spašavanja u nabavci i korištenju helikoptera za hitan zračni prijevoz pacijenata.

Drugo važno područje suradnje civilnog društva s hitnom medicinskom službom, ali i Hrvatskim društvom za reanimatologiju Hrvatskog liječničkog zbora, jest korištenje automatskih vanjskih defibrilatora. Kako bi se uspostavio program javne dostupnosti defibrilatora u RH potrebno je donijeti odgovarajuću zakonsku regulativu te educirati što veći broj građana laika, odnosno nezdravstvenog osoblja u korištenju tih uređaja. Uvođenje i primjena defibrilatora trebali bi se potaknuti od strane lokalne zajednice (npr. na glavnim gradskim trgovima, bazenima i sl.), tvrtki (npr. u velikim trgovačkim centrima, zračnim lukama pod koncesijom i sl.) te vladinih i nevladinih organizacija (npr. Hrvatski Crveni križ, udruge građana). Općenito, potrebno je jačanje vještina pružanja prve pomoći među građanima za što su potrebni trajni programi izobrazbe i odgovarajuće poticaji za pohađanje takvih programa.

Organizacije civilnog društva mogu pružiti značajnu pomoć u rješavanju strateškog problema nedovoljnog broja i neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva. Kratkoročno i srednjoročno, ta se pomoć može ostvariti kroz sustav volontiranja koji uz odgovarajuće zakonsko reguliranje i izobrazbu volontera može ublažiti manjak zdravstvenog kadra, osobito u nekim segmentima (npr. palijativna skrb ili pružanje hitne pomoći na otocima). Veliki potencijal civilnog društva u promicanju zdravlja i prevenciji bolesti i ozljeda trebao bi se iskoristiti kroz multifunkcionalna savjetovaništa koja bi se uspostavljala u domovima zdravlja, županijskim zavodima za javno zdravstvo, u prostorima područne (regionalne) i lokalne samouprave ili na drugim odgovarajućim mjestima, a gdje bi educirani volonteri, uz potporu zdravstvenih profesionalaca, pružali najrazličitije oblike zdravstvene potpore i savjeta građanima. Pri tome je važno koristiti suvremene komunikacijsko-informacijske i mobilne tehnologije koje mogu pomoći u osnaživanju pacijenata, osobito onih s kroničnim bolestima te im pomoći da se lakše nose sa svojim zdravstvenim tegobama. Organizacije civilnog društva, a među njima posebice udruge mladih i za mlade, mogu imati važnu ulogu u prevenciji bolesti i promicanju zdravlja kroz neformalno obrazovanje i organizaciju slobodnog vremena mladih. To se naročito odnosi na prevenciju zlorabe sredstava ovisnosti, ali i na prevenciju u području seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava.

U dugoročnoj perspektivi, organizacije civilnog društva mogu pomoći u prevladavanju problema manjka zdravstvenog kadra kroz zagovaranje i promicanje atraktivnosti zdravstvenih struka među mladima, pri čemu presudnu ulogu imaju i mediji, osobito državna javna televizija koja treba preuzeti i aktivnu ulogu u edukaciji stanovništva za zdravo ponašanje.

Konačno, organizacije civilnog društva i mediji, ali i svi savjesni i odgovorni građani Republike Hrvatske, moraju zagovarati i promicati preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje i odgovorno korištenje zdravstvene zaštite. Istina je da svi građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu i mogućnost ostvarivanja najviše moguće razine zdravlja u skladu sa zakonskim propisima, no građani su istodobno

dužni voditi brigu o vlastitu zdravlju, sudjelovati u zdravstveno-preventivnim aktivnostima i ne ugrožavati zdravlje drugih. Briga o vlastitu zdravlju podrazumijeva ponašanje koje smanjuje rizik od bolesti i podiže kvalitetu života.

Odgovorno korištenje zdravstvene zaštite znači da građani moraju poštovati ograničenja ulaza u sustav zdravstva, tj. poštovati pravilo prema kojemu se u sustav javnog zdravstva ulazi preko liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ne neposredno na razinu specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

Kada svi sudionici u sustavu zdravstva – pružatelji i korisnici zdravstvene zaštite – preuzmu odgovornost za svoje djelovanje i ponašanje, stvorit će se ključan preduvjet da do 2020. godine ostvarimo viziju zdravstva kakvo uistinu želimo.

Tablica 8. Mjere predviđene u okviru prioriteta 8. Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
8.1 Jačanje međuresorne suradnje (među ministarstvima)	+	+	+	+	+
8.2 Jačanje suradnje s lokalnom samoupravom	+	+	+	+	+
8.3 Suradnja s civilnim društvom i medijima	+	+	+	+	+

Klasa: 500-01/12-01/05

Zagreb, 28. rujna 2012.

HRVATSKI SABOR

Potpredsjednik
Hrvatskoga sabora
Josip Leko, v. r.