



MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE HRVATSKE

**NACRT**

**NACIONALNE STRATEGIJE**

**RAZVOJA ZDRAVSTVA**

**2012.-2020.**

**Lipanj 2012.**

*Skraćena inačica*



U izradi nacрта Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. sudjelovali su:

**Glavni i odgovorni urednik**

Rajko Ostojić, ministar zdravlja

**Urednički odbor**

Marijan Cesarik, Ljubica Đukanović, Luka Vončina, Siniša Varga

**Koordinacijski odbor**

Dario Sambunjak, Aleksandar Džakula, Vlatka Bilas, Marijan Erceg, Tatjana Prenda Trupec, Dražen Pulanić, Karmen Lončarek, Ognjen Brborović, Marta Čivljak, Ozren Polašek, Sanja Franc, Vanja Pajić

**Povjerenstva**

**1) za organizaciju sustava zdravstva**

Marijana Braš, Boris Brkljačić, Dijana Cimera, Andrija Golub, Maja Grba-Bujević, Sonja Grozić-Živolić, Boris Klaić, Danica Kramarić, Zvonko Kusić, Dragan Ljutić, Mario Malnar, Ratko Matijević, Ljiljana Oštrić-Anić, Tamara Poljičanin, Katica Vugrinčić-Tomičić, Marija Županović

**2) za profesije i ljudske resurse**

Ivica Babić, Goran Bulatović, Jadranka Durević, Barbara Finderle, Adriano Friganović, Mirjana Grubišić, Mladen Havelka, Vlado Jukić, Mirko Kelava, Dragutin Komar, Davor Miličić, Hrvoje Minigo, Hrvoje Pezo, Mate Portolan, Anica Prašnjak, Sanja Predavec, Brankica Rimac, Marija Strnad-Pešikan, Dragica Šimunec

**3) za područja zdravstvene zaštite**

Nevenka Brkić, Nada Čikeš, Vida Demarin, Mensura Dražić, Nenad Ilić, Vesna Jureša, Branko Kolarić, Julije Meštrović, Željko Metelko, Dunja Skoko-Poljak, Alan Šustić, Hrvoje Šušković, Milica Tikvić, Aleksandar Včev

**4) za financiranje sustava zdravstva**

Krunoslav Capak, Ružica Čuljak, Lidija Hrastić Novak, Tomislav Jadan, Katja Matijević, Dubravka Pezelj Duliba, Hrvoje Tiljak, Dubravko Tršinski

**5) za pravna pitanja**

Ivo Afrić, Jadranka Brljak, Nikolina Budić, Marija Hrastinski, Mile Klepo, Vesna Lončar, Melinda Majksner, Jasna Mesarić, Sanja Ožić, Gordana Palajsa, Jasminka Polić, Katarina Sekelj-Kauzlarić, Tatjana Šimac-Bonačić

## **Suradnici**

Borislav Aleraj, Nataša Antoljak, Tomislav Benjak, Henrietta Benčević Striehl, Antoaneta Bilić, Ivana Biloš, Martina Bogut, Mirela Bušić, Ivan Čipin, Tanja Ćorić, Vlasta Dečković-Vukres, Nikolina Domokuš, Iva Franelić-Pejnović, Ira Gjenero Margan, Marica Glamočanin, Irena Grković Zakarija, Jasminka Hlupić, Ivanka Hotko, Ana Ivičević Uhernik, Bernard Kaić, Adis Karanović, Dragica Katalinić, Verica Kralj, Sanja Kurečić Filipović, Marina Kuzman, Ana Marušić, Matko Marušić, Ivan Medved, Sandra Mihel, Jadranka Mustajbegović, Tatjana Nemeth Blažić, Nika Pavić, Ivana Pavić Šimetin, Jasmina Pavlić, Iva Pem Novosel, Milena Peršić, Denis Petrović, Goranka Petrović, Leta Pilić, Ivan Pristaš, Ivan Radić, Urelija Rodin, Maja Silobrčić, Šime Smolić, Ranko Stevanović, Mario Šekerija, Aleksandar Šimunović, Branimir Tomić, Mario Trošelj, Tea Vukušić Rukavina, Martina Zajec, Ariana Znao, Sibila Žabica

**Zahvaljujemo se Zakladi Friedrich Ebert kao suorganizatoru konferencije održane 12. lipnja u okviru izrade Nacionalne strategije, svim sudionicima te konferencije i drugima koji su dali doprinos izradi ovog dokumenta.**

## SADRŽAJ

1. Uvod	4
2. Pokazatelji zdravlja u Republici Hrvatskoj	10
3. Stanje i trendovi u zdravstvu Republike Hrvatske	17
3.1 Makroekonomski okvir	17
3.2 Organizacija i temeljna zakonska regulativa zdravstvenog sustava	18
3.3 Društveno povijesni kontekst i dosadašnje reforme zdravstva	19
3.4 Politika financiranja	20
3.5 Infrastruktura i korištenje zdravstvenog sustava	27
3.6 Ljudski resursi u zdravstvu	33
3.7 Prava pacijenata	35
3.8 Lijekovi i ortopedska i druga pomagala	37
3.9 Upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvenom sustavu	39
3.10 Informatizacija i eZdravstvo	40
3.11 Znanost, istraživanja i inovacije u biomedicini	42
3.12 Zdravstvo i turizam	42
4. Implikacije pristupanja Hrvatske u EU na hrvatski zdravstveni sustav	43
5. Vizija, vrijednosti i načela	46
6. SWOT analiza i strateški problemi	48
6.1 SWOT analiza	48
6.2 Strateški problemi u hrvatskom zdravstvu	52
7. Strateški razvojni pravci, prioriteti i mjere	56

## 1. UVOD

### ***Obaveze Republike Hrvatske prema građanima***

Prema članku 58. 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 69. 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, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša”.

Prava i obaveze iz članka 69 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.

### ***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 obavljala 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, prosvjećivanje 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,
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.

### ***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 (WHO). 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 WHO-a, međunarodnog tijela koje usmjerava i koordinira zdravstvene politike zemalja članica Ujedinjenih naroda (UN). Ključni dokumenti EU-a i WHO-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 WHO-a, čije je službeno usvajanje predviđeno u rujnu 2012.

*Zajednički strateški okvir (engl. Common Strategic Framework) 2014.-2020.*, koji čini osnovu za programiranje fondova EU-a, a koji bi trebao biti usvojen u lipnju 2012. godine.

Prema paketu zakonodavnih prijedloga koji će oblikovati kohezijsku politiku EU-a u razdoblju od 2014.-2020., postojanje nacionalnog ili regionalnog 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 prioritetne potrebe zdravstvenog sustava. Sasvim je izvjesno da se sve potrebe u zdravstvenom sustavu ne mogu smatrati prioritetnima, stoga je i jedan od glavnih ciljeva ovog nacrtu Strategije omogućiti postizanje konsenzusa oko stvarnih prioriteta.



### ***Izrada i struktura Strategije***

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

Koordinacijski odbor prikuplja i uređuje statističke, epidemiološke i druge podatke koji služe kao osnova za Strategiju; organizira stručne i javne konzultacije (uključujući radionice s Povjerenstvima), te prikuplja i obrađuje rezultate tih konzultacija, priprema nacrt Strategije (engl. *White Paper*) i njezinu konačnu verziju.

Povjerenstva čine stručnjaci iz različitih ustanova, društava i organizacija u sustavu zdravstva. Kroz radionice i u konzultacijama sa Koordinacijskom skupinom, Povjerenstva pomažu u identificiranju prioriteta problema u zdravstvu i mogućnostima utjecanja na te probleme. S obzirom na njihov položaj u sustavu zdravstva, članovi Povjerenstava omogućuju protočnost ideja, prijedloga i primjedbi iz šire stručne zajednice prema Koordinacijskom i Uredničkom odboru, te Glavnome uredniku.

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

Imenovano je pet Povjerenstava:

1. *Povjerenstvo za organizaciju sustava zdravstva*, koje sustav zdravstva analizira i promišlja 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 sustav zdravstva analizira i promišlja 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 sustav zdravstva analizira i promišlja 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 sustav zdravstva analizira i promišlja iz perspektive financiranja, vlasništva, što uključuje zdravstvena osiguranja, odnos javnog i privatnog u zdravstvu i sl.
5. *Povjerenstvo za pravna pitanja*, koje sustav zdravstva analizira i promišlja iz pravne perspektive, s obzirom na trenutno stanje zakonodavstva u Hrvatskoj i kontekst ulaska Hrvatske u EU.

Izrada Strategije provodi se tako da se uključivanje stručne i opće javnosti progresivno povećava. 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 prioriteta probleme. U suradnji sa Zakladom Friedrich Ebert je 12. lipnja održana 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 je nacrt Strategije ili Bijela knjiga (engl. White paper), dokument koji služi kao osnova za javnu raspravu. Formalno mišljenje o nacrtu Strategije bit će zatraženo od ključnih dionika u sustavu zdravstva, a javnost je pozvana da do 20. srpnja komentira sadržaj dokumenta.

Nakon javne rasprave o Bijeloj knjizi, prikupljeni komentari i primjedbe bit će analizirani i uzeti u obzir pri izradi konačnog prijedloga Strategije. Rad Glavnoga urednika, Uredničkog i Koordinacijskog odbora, te Povjerenstava nastavlja se do usvajanja konačne verzije Strategije u Hrvatskom saboru. Krajnji rok za dovršetak i usvajanje Strategije je datum donošenja državnog proračuna za 2013. godinu.

Nacrt Strategije sadrži sljedeća poglavlja:

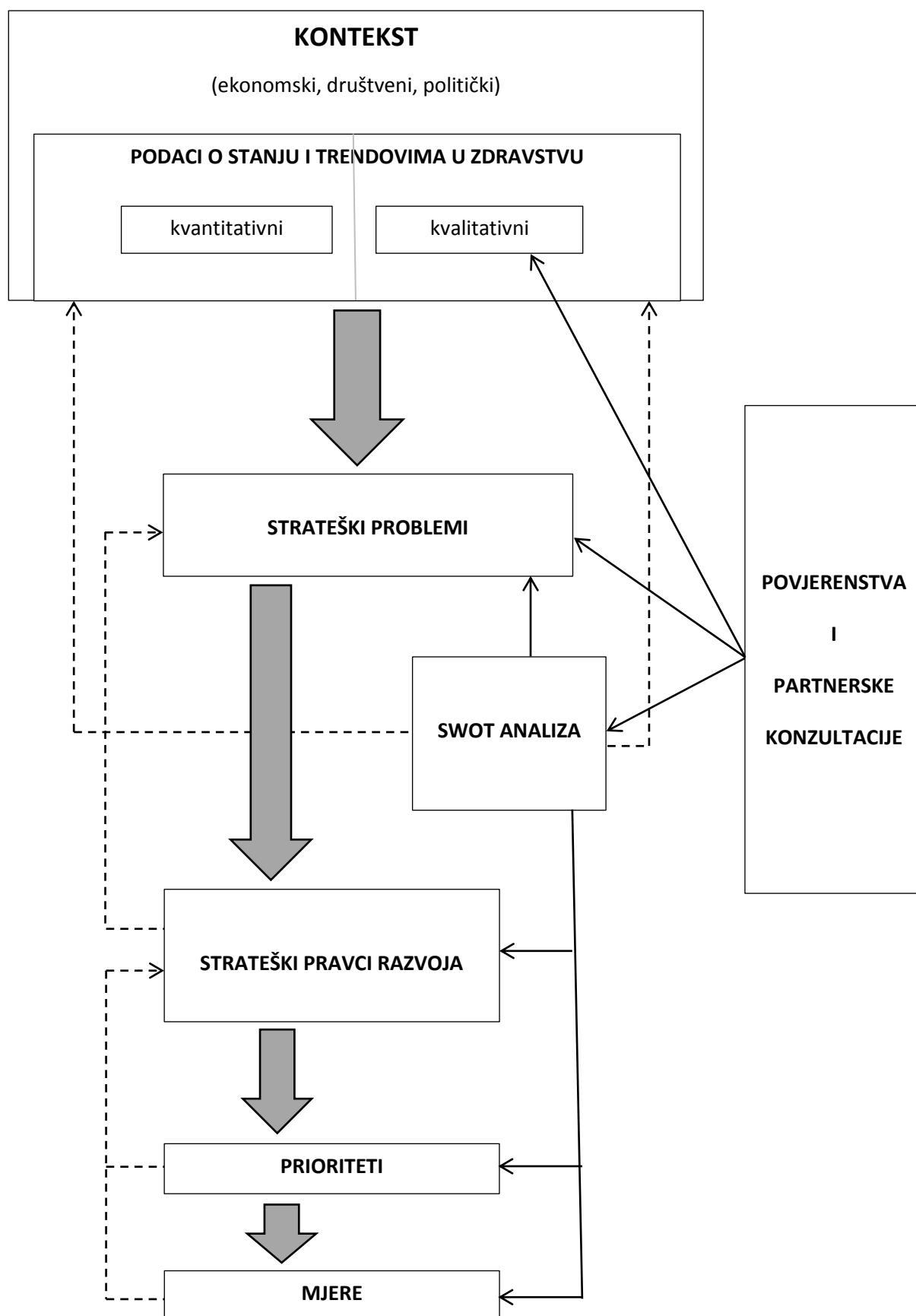
1. Uvod, koji opisuje okvir, svrhu, proces izrade i sadržaj dokumenta
2. Prikaz pokazatelja zdravlja u RH
3. Prikaz stanja i trendova u zdravstvu RH
4. Implikacije ulaska RH u EU
5. Vizija, vrijednosti i vodeća načela
6. SWOT analiza i strateški problemi
7. Prijedlog strateških pravaca razvoja, prioriteta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

U prikazu pokazatelja zdravlja, te stanja i trendova u zdravstvu RH (2. i 3. poglavlje) koriste se opisi i – gdje god je to moguće – brojčani 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 Češke i 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.

Predviđeno je da se konačna inačica Strategije i njezina implementacija nakon usvajanja prate, provjeravaju i po potrebi revidiraju svake godine.

Nacrt Strategije pripremljen je u dvije inačice – integralnoj i skraćnoj. Integralna inačica sadrži detaljne opise, brojčane pokazatelje, grafičke i tablične prikaze podataka i usporedbi, dok skraćena inačica daje samo ključne podatke i zaključke u sažetom obliku.



**Slika 1.** Konceptualni okvir u izradi Strategije. Velike sive strelice označavaju središnju os razvoja dokumenta. Pune tanke strelice označavaju doprinose pojedinih elemenata u izradi drugih elemenata, a iscrtkane tanke strelice označavaju eksplicitno pozivanje pojedinih elemenata na prethodne elemente.

## 2. POKAZATELJI ZDRAVLJA U REPUBLICI HRVATSKOJ

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 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.

U Hrvatskoj godišnje umire približno 50. 000 osoba. Zadnjih deset godina 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 (546/100.000), a niže od prosjeka zemalja novih članica EU 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 zadnjih deset godina bilježe blago smanjenje udjela u ukupnom mortalitetu sa 53% na 49%, dok novotvorine kao drugi uzrok smrtnosti bilježe blago povećanje udjela sa 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 promjenio gore navedeni poredak, dok su se u žena na petom mjestu, umjesto bolesti dišnog sustava, pojavile 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 viokim 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, učinkovite su. U 2011. kao niti 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 higijensko 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, niti mogućnosti pojave i širenja novih zaraznih bolesti u svijetu zbog čega je i dalje potrebno kontinuirano provodi 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 lokalnih vodovoda i bunara važan je 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 sustavno analiziranje povezanosti razine i vrste onečišćenja zraka i njegovih posljedica po ljudsko zdravlje. Nije razvijeno niti 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 prošlih vremena u kojima su najveći teret za stanovništvo bile zarazne bolesti, u sadašnjost u kojoj su najznačajnije zastupljene 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 uglavnom su više u kontinentalnom, a niže u priobalnom dijelu Hrvatske, uz izuzetak Grada Zagreba i Međimurske županije koji imaju stope one u priobalnim županijama. Dobno standardizirana stopa smrtnosti od KVB 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 (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 zadnjih 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 sa 39,6/100.000 na 32,5/100.000 u 2010. godini). Taj trend nije prisutan kada se u analiziraju uključe podaci ukupno za sve dobi. Zabilježena standardizirana stopa IBS smrtnosti za Hrvatsku od 164,2/100.000 viša je od prosjeka za zemlje „stare“ 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 zadnjih 10 godina postoji pozitivan trend smanjenja ukupne stopa 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 koji nosi stanovništvo i s udjelom od 26% svrstava 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 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), bronh i pluća (708 bolesnica godišnje), te tijelo maternice (583 bolesnica 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 nego 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 da bi se uočili eventualni utjecaji na mortalitet.

**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 zadnjih desetak 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 zadnjem desetljeću više ne bilježimo značajano 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 iznosila je 59,9/100.000. Najniže dobnostandardizirane 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 (0-39g.) 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 EU članica, dok zemlje EU članice 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 skoro 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, Slovenije, Češke i prosjeka za članica EU 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 (PTSP), kao pojedinačne dijagnostičke kategorije, predstavljaju dvije trećine svih uzroka bolničkog pobola zbog mentalnih poremećaja. Procjenjena 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 uskleđenih 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 ukupnih DALY-a. Prema dostupnim podacima, procjenjena 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) imaju **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 su pokazali 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 školeske 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 dobnoj skupini 15-24 godine.

Ne čudi stoga da rezultati HZA pokazuju da **prekomjernu tjelesnu masu** ( $ITM \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) ima preko 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 ( $ITM \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) 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  $\geq 102$  cm kod muškaraca odnosno  $\geq 88$  cm kod žena, WHO kriteriji) koji je sam po sebi značajan rizik za razvoj endokrinih i KVB.

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 prehranjeno (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 u muškaraca bila je 45,6%, a u žena 43% (kriteriji: uzima terapiju ili sistolički tlak  $\geq 140$  mmHg ili dijastolički tlak  $\geq 90$  mmHg). Prevalencija AH povećava se s dobi i najveća je u onih iznad 65 godina. Prema rezultatima istraživanja provedenih u Hrvatskoj, svega 58,6 % ispitanika svjesno je svoje AH, 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 ciljane vrijednosti najznačajnijih metaboličkih parametara, rizičnih čimbenika za razvoj kasnih komplikacija bolesti. U 56% bolesnika sa 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 svih DALY-a. Prema podacima HZA 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 (*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 mladima (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 ukupnim 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. 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 pilo je u posljednjih mjesec dana 59% dječaka i 48% djevojčica. Za oba pokazatelja trendovi su u porastu.

U zdravstvenim ustanovama Hrvatske, bilo u bolničkom bilo izvanbolničkom sustavu, godišnje se zbog **zlouporabe droga** liječi oko 7.500 osoba. Ukupan broj osoba u tretmanu je uglavnom u posljednjim godinama 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, gdje se također opaža stagnacija odnosno smanjenje novih ovisnika o heroinu. Za čitavu Hrvatsku stopa liječenih ovisnika bila je 253,0/100.000; najviša 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.

### 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. 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 su nedvojbene 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/km<sup>2</sup>. 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 ubranu konvergenciju. Regionalne disproporcije u Hrvatskoj postoje i u pogledu razine razvoja i stopa 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 zdravstvenom osiguranju, te Zakon o pravima 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, 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 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 i sanitetski prijevoz.

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. 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 drugo.

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**

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. Neadekvatna infrastruktura, zastarjela tehnologija, neefikasno upravljanje, neiskorištenost osoblja i resursa doprinijele su neravnotežama i neefikasnostima u pružanju zdravstvene zaštite kao i visokim troškovima sustava.

Slijedom navedenog bile su potrebne reforme zdravstvenog sustava koje traju već niz godina, a s ciljem stvaranja efikasnog, 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 neefikasnosti 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 izdatci 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 sredstva koja se izdvajaju za financiranje zdravstva. Neznatan 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 te je nužno pronaći konzistentan skup mjera kojima bi se navedeni problem riješio. U skladu s navedenim, potrebna je izrada strategije zdravstva koja se temelji na sveobuhvatnim i kvalitetnim aktivnostima istraživanja i razvoja sektora zdravstva i njihovim rezultatima te ponuditi rješenja za dugoročne financijske probleme i organizacijske izazove hrvatskog zdravstvenog sustava.

### **3.4 Politika financiranja**

Održivost sustava financiranja zdravstva ugrožena je uslijed rasta izdataka, oskudnih resursa te nepovoljnih demografskih i ekonomskih trendova. Ključni 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 zakonodavni prioriteti 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 njejoj opskrbljenosti kapitalom.

Analiza politika financiranja zdravstvenih sustava u zemljama članicama EU 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 osiguravateljni 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, kao i s nekoliko međunarodnih povelja i konvencija kojima je i EU potpisnik.
- Zemlje EU, 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 efikasnosti 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 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.
- Financijske reforme koje su zemlje članice EU 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 osigurateljima, povećanje kvalitete i efikasnosti 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 sredstava kojima raspolažu. Kolaboracija između javnog i privatnog sektora uznapredovala je zadnjih 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 za 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

dodatan izazov financiranju zdravstvenog sustava budući da će po toj osnovi manje sredstava pritjecati u proračun i dalje se alocirati u zdravstveni sektor.

Komparativna analiza izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj, EU, Europskoj monetarnoj uniji (EMU), Češkoj i Sloveniji u razdoblju 2000.-2011. ukazuje na sljedeće:

- **Izdatci za zdravstvo per capita** u Hrvatskoj su 2010. godine značajno niži nego u zemljama EU, EMU, 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 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 zadnju dostupnu, 2009. godinu, niže nego za prosjek EU (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, EMU, 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, EMU i Sloveniji bio preko 2% BDP-a.
- U Hrvatskoj 2010. godine **javni izdatci** sudjeluju s oko 85% **u ukupnim izdancima za zdravstvo** (udjel je nepromijenjen od 2008. godine), što je više nego iste godine u EU (77%), EMU (76%), Sloveniji (74%), dok je Češka s 84% blizu Hrvatske prema ovom pokazatelju.
- **Javni izdatci za zdravstvo** u Hrvatskoj imaju veći udjel **u ukupnim javnim izdancima** nego u zemljama EU, EMU, Češkoj i Sloveniji te su 2010. godine u Hrvatskoj činili 17,7% ukupnih javnih izdataka.
- **Udjel plaćanja iz džepa građana u ukupnim izdancima za zdravstvo** u Hrvatskoj, EU, EMU 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 iznosi 14,2%, EMU 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% te EMU 69,3%.
- **Udjel izdataka za prevenciju u ukupnim izdancima za zdravstvo** je 2010. godine niži u Hrvatskoj no u zemljama EU te iznosi svega 0,68% ukupnih izdataka za zdravstvo, dok je u zemljama EU taj udjel bio 2,68%.
- **Vanjski izvori izdataka za zdravstvo u ukupnim izdancima 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, EMU i Sloveniji, a dok ih u Češkoj nije ni bilo.

Iz navedenog je moguće zaključiti da javni izdatci za zdravstvo dominiraju u Hrvatskoj, dok je uloga privatnih izdataka marginalna i manja nego u EU. Iako su javni izdatci za zdravstvo kao udjel u ukupnim javnim izdancima viši u Hrvatskoj nego u zemljama EU, u apsolutnom smislu ti su izdatci 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.

Izdatci 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 gubitci 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 EU zemalja.

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 приходima 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. Izdatci 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 izdancima 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. izdatci za bolničku zdravstvenu zaštitu i lijekove na recept opadaju, a od 2011. i izdatci 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 roditeljske 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. Na dan 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 s 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 podatcima 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 porasli su 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-izdatcima 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. Nadalje, HZZO će u 2012. i u 2013. godini morati planirati povećanje sredstava po osnovu primjene novodonesenog Kolektivnog ugovora za zdravstvo kojim se utvrđuju veća i drugačija prava zaposlenika u zdravstvu. Prema postojećim procjenama, po osnovu evidentiranja dežurstva kao prekovremenog rada u 2012. godini trebat će osigurati dodatnih 70 milijuna HRK, dok će 2013. godine trebati osigurati oko 205 milijuna HRK za dežurstva i pripravnosti (puna primjena Kolektivnog ugovora) i nepoznati iznos sredstava po osnovu povećanja dodataka (nije vršen izračun povećanja sredstava). HZZO će prilikom utvrđivanja cijena usluga i programa iste povećati u dijelu koji se odnosi na cijenu rada.

Analiza rezultata poslovanja javnih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj u razdoblju 2000.-2011. ukazuje na sljedeće:

- **Financijski rezultat poslovanja:** utvrđen je porast prihoda i rashoda javnih 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 javnih 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 javnih 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 javnih zdravstvenih ustanova, najveći su izdatci za bruto plaće i naknade te materijalni izdatci. Zabilježen je trend rasta izdataka za bruto plaće i naknade te materijalnih izdataka, ali i sporiji rast nematerijalnih izdataka javnih zdravstvenih ustanova u razdoblju 2000.-2011. Godine 2011. izdatci za bruto plaće i naknade iznose oko 44%, a materijalni izdatci čine preko 30% ukupnih izdataka (2000. godine su iznosili 25%).

Nematerijalni izdatci sudjeluju s 12% u ukupnim izdatcima. U strukturi izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu, smanjili su se izdatci 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 kliničko 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 pojasniti 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 prolongacije ugovorenih rokova plaćanja, što je i učinjeno krajem 2010. godine, ovi podatci 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 potraživanja 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.

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. Na dan 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 dospijeća 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 preko 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 efikasnosti
- problema distribucije sredstava
- predugih rokova 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 efikasnog sustava zdravstva, a bez efikasnog i pravilno postavljenog sustava nadzora ne mogu se primijetiti, izmjeriti ili prevenirati neke neuobičajene pojave.

### **3.5 Infrastruktura i korištenje zdravstvenog sustava**

#### ***Primarna zdravstvena zaštita***

U djelatnostima primarne zdravstvene zaštite (PZZ) u najužem smislu, koju čine djelatnost opće/obiteljske medicine i djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece, u Republici Hrvatskoj (RH) u 2010. g. je radio 2.540 tim na 2.544 lokacije. U 2010. g. bilježi se nastavak trenda povećanja broja liječnika specijalista obiteljske medicine u PZZ, dok broj zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme ima negativan trend. U skrbi PZZ u 2010. g. zabilježeno je 4.510.328 osiguranika od kojih je 3.417.855 korisnika. Redosljed i udio prvih 5 skupina bolesti i stanja utvrđenih u djelatnostima PZZ u najužem smislu 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 radnika manji za 95%. Godine 2010. zabilježeno je 7.198.924 upućivanja na specijalističke preglede

od strane PZZ, 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.

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). Neki od pokazatelja funkcioniranja PZZ – poput i dalje nedostatnog broja kućnih posjeta i pregleda u kući, malog broja sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda, te neprimjereno velikog upućivanja na specijalističke preglede – ukazuju na dijelove organizacije i funkcioniranja rada PZZ koji se trebaju unaprijediti kako bi se popravila sveobuhvatna primarna zdravstvena zaštita pučanstva.

U 2010. godini u skrbi ginekologa u PZZ bila je 1.534.621 žena, od kojih je 41,1% koristilo usluge ginekologa u PZZ. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2010. godini je ugovorno s HZZO radilo 219 timova puno i 21 tim djelomično radno vrijeme, a u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO 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 u PZZ žena u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava; u ordinaciji ginekologa u PZZ žena 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 u PZZ žena (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 koristile usluge PZZ žena 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 zdjeličnih organa i kandidijaza (po 6,8%), te displazija vrata maternice (4,8%).

### ***Hitna medicinska pomoć***

Procjena je da je oko 4/5 stanovništva pokriveno radom posebnih stručnih jedinica hitne medicinske pomoći (HMP), dok je preostala 1/5 pokrivena dežurstvima ili stalnom pripravnošću drugih medicinskih timova. U 2010. g. je ukupno 477 liječnika stalno radilo u djelatnosti HMP u RH (povećanje za 4,6% u odnosu na 2009. g.), od toga 34 liječnika specijalista svih specijalnosti, te među ostalim zdravstvenim djelatnicima 44 s višom a 881 sa srednjom stručnom spremom, kao i 1.004 vozača. U 2010. zabilježeni broj intervencija u ordinacijama HMP 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 HMP (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 HMP iznosi 1.137 godišnje i manji je za 0,9% u odnosu na 2009. Broj sanitetskih prijevoza na 100 stanovnika u skrbi timova HMP iznosi 11 i isti je u odnosu na 2009.

Za pružanje hitne medicinske pomoći na cestama, otocima i teško dostupnim teritorijima RH, u slučajevima masovnih nesreća, te za prijevoz organa za transplantaciju i medicinskog osoblja u hitnim situacijama nužna je služba za hitne medicinske letove i brze prijevoze brodom. Hitan medicinski zračni, odnosno pomorski prijevoz trenutno se obavlja raspoloživim kapacitetima vojnih helikoptera provodi sa raspoloživim kapacitetima vojnih helikoptera, te neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima Ministarstva unutrašnjih poslova. U 2011. godini helikopterom je prevezno ukupno 478 pacijenata, od toga 57% u razdoblju od lipnja do rujna, a više od 80% hitnih medicinskih letova obavlja se na ili prema području srednje Dalmacije.

### ***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, a 602.591 (7%) bez ugovora s HZZO. 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 sa 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. došlo je prema 2009. g. do porasta broja kreveta u KBC, 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 desetak 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. je prosječno trajanje liječenja bilo 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 EU članicama prije i poslije 2004. godine. Uz ukupnu godišnju iskorištenost kreveta od 77,24 % u 2010. godini najveća je iskorištenost specijalnih bolnica (79,50%), KBC, 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 je 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 parazitarnih 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, velikom broju djelatnika i korisnika, te nerijetko cjelodnevnom režimu rada. Prema Trećem godišnjem izvještaju programa Vlade RH „Dovesti svoju kuću u red“ iz 2011., samo bolnice u nadležnosti Ministarstva zdravlja (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 zdravlja oko 630 kWh/m<sup>2</sup>, 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 podatci 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.

### ***Zaštita i liječenje zubi***

U djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite u 2010. g. radilo je ukupno 1.748 timova s ugovorom HZZO-a. Ovi timovi skrbili 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.

### ***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 zadnjih 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. Više od 30% od svih umrlih, odnosno više od 15.000 ljudi umire kod svoje kuće.

### ***Visoko-sofisticirana medicinska oprema***

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 zabilježeno 1,6 CT na 100.000 stanovnika, a ako se uzmu u obzir samo oni u ustanovama u vlasništvu države 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 zdravlja (71). Zabilježeno je 23 gama kamera (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 je 2 bilo 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. Bilo je ukupno 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 raspolaže s dovoljnim brojem MR-a, CT-a i mamografa, a potrebe za daljnje ulaganje postoje u području opreme za radioterapiju.

### ***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 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.

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.

### ***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
- prevencija i liječenje ovisnosti i zaštita mentalnog zdravlja u županijskim zavodima za javno zdravstvo
- zdravstvena knjižica od rođenja do punoljetnosti
- program promicanja dojenja u hrvatskoj
- program zaštite od nasilja u obitelji
- prevencija ozljeda kod djece
- 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**

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%.

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 26,5%, a u privatnim ordinacijama i ustanovama 10% liječnika. 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 djelatnosti i dr.) tj. u privatnom sektoru zdravstva, krajem 2011. godine bilo oko 16% zaposlenih.

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 farmaceuta 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 (782/100.000). Među sestrama je 19% onih sa 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).

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.

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**

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 udruga pacijenata i nevladinih organizacija. U rijetkim primjerima sustavnijeg prikaza prava pacijenata koristio se kvalitativni pristup, kroz prikaze slučajeva.

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 gluhoonijemi 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 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 da li u sustavu prevladava paternalistički pristup prema pacijentu, ili se poštuje njegova autonomija i prihvaća ga se kao ravnopravnog partnera koji je sposoban i zainteresiran za učestvovanje 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.

U pogledu sigurnosti pacijenata, jedan od temeljnih uzroka medicinskih grešaka jest loša komunikacija. Istraživanja uzroka medicinskih pogrešaka pokazala su da više od 60 posto ozbiljnih događaja pripada komunikacijskim smetnjama na relaciji liječnik – medicinska sestra.

#### ***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: prava 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 položaj daje. 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 siromašnima 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 činioca; 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 činilac 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 uloženi 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.

Korupcija liječnika nije 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.

### **3.8 Lijekovi i ortopedska i druga pomagala**

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, 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. Cijena lijeka ovakvog nisu smjele biti veće od prosječne usporedne cijene navedenog lijeka, pod uvjetom da u Osnovnoj, odnosno Dopunskoj listi lijekova Zavoda nema uvrštenih usporednih lijekova sa 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 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 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. Pri tom po prvi puta uvedeni su 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 01. 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* u 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, prebačeni su na Dopunsku listu. Naizgled, 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 pokrivena 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 *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 veledrogerijama 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 povećala se gotovo dvostruko financijska potrošnja na ortopedska i druga pomagala (2007.g iznosila je 95 milijuna kuna a 2011. čak 182 milijuna kuna na teret HZZO). Razliku između cijene pomagala na Popisu i iznosa koji ide na teret obveznog osiguranja, plaća osiguranik. Ukoliko osigurana osoba ima važeću policu dopunskog osiguranja HZZOa, iznos razlike snosi dopunsko osiguranje HZZOa.

### **3.9 Upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvenom sustavu**

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 edukacije na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete usluga socijalne skrbi. Do ožujka 2012. godine proces akreditacije zdravstvenih ustanova još nije započet, a tek je neznatan broj medicinskih laboratorija akreditiran. Pravilnik o akreditacijskom postupku nije donesen, a akreditacijski standardi nisu validirani. Situaciju otežava i dvostruki sustav standarda (obvezatni i akreditacijski). Postojeći kadrovi i kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete te procjenu zdravstvenih tehnologija su nedovoljni. Kultura kvalitete u cjelokupnom sustavu zdravstva je na niskoj razini. U većini bolnica uspostavljena je struktura kvalitete (pomoćnik ravnatelja za kvalitetu, jedinica za kvalitetu, povjerenstvo za kvalitetu ..), ali zbog nejasno definiranih odgovornosti struktura u praksi ne obavlja aktivnosti iz sustava kvalitete. U Hrvatskoj je dosad objavljeno 60 kliničkih smjernica (31 u Liječničkom vjesnik u 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. Postojeće aktivnosti, poput provedene ankete o zadovoljstvu sustavom zdravstva su ograničene, metodološki neprimjerene i nažalost nedovoljno iskorištene u svakodnevnom radu. Postoje i metodološki problemi sustava prikupljanja podataka, koji dodatno otežavaju provedbu analize i završetak procesa akreditacije. Unatoč problemima Agencija je uključena u rad međunarodnih tijela i aktivno sudjeluje u nekoliko projekata.

### 3.10 Informatizacija i eZdravstvo

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 (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 eRecepata. 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: 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 opismenjavanja zdravstvenih djelatnika, što je značajan preduvjet budućeg razvoja i primjene informatičkih sustava. Od 2006. godine 17.000 zdravstvenih djelatnika steklo je osnovnu informatičku edukaciju 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 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. Integracija bolničkih informacijskih sustava sa sustavom CEZIH u velikom dijelu je moguća kroz već razvijene mehanizme odnosno definicije podataka (uputnica/otpusno pismo/eNaručivanje). 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. Bolnice dnevno šalju fakture u HZZO, a s CEZIH portala uzimaju datoteke o dnevno važećim osiguranicima, no ne postoji međusobna informatička povezanost bolnica niti jedinstveni set podataka koji se prate i šalju, te nema sustava izvješćivanja koji bi uključivao i bolničke podatke. Trenutno su u tijeku pripreme za uvođenje e-Listi čekanja kao prvog koraka u integraciji bolničkog sustava.

Javnozdravstveni informatički sustav upravlja s više od 33 registra, koji, međutim, nisu ni povezani niti ujednačeni prema modelu podataka i zajedničkim dijelom informacija. Poruke poslane u CEZIH – pompidou obrazac, prijave maligne neoplazme, prijava zarazne bolesti i prijava neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije – zbog nerazvijenog sustava izvješćivanja koriste se sa zakašnjenjem. Zdravstveni sustav u cijelosti ima preko 60 registara. 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, izrađen 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.

Sljedeći koraci informatizacije zdravstva u Hrvatskoj osnose se na ujednačavanje modela podataka i standarda prijenosa podataka, povezivanje, integracija i centralizacija svih sudionika sustava – izgradnja komponenti informacijskog sustava koje će pružiti podršku svim poslovnim procesima u zdravstvu, te omogućiti liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima da pomoću informacijske infrastrukture i informacijskog sustava neprekidno uče, rutinski se savjetuju (telemedicina) s kolegama, pregledavaju i pune nacionalne baze podataka, te komuniciraju izravno s pacijentom putem informacijskih i komunikacijskih sustava.

Konačni cilj informatizacije zdravstva je omogućiti pacijentima cjelovitu dostupnost 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), povezivanje svih zdravstvenih registara, te izgradnja naprednog izvještajnog sustava nad svim podacima u sustavu zdravstva koji bi bio snažna podrška odlučivanju upravljačkim tijelima zdravstva, kako bi se povećala kvaliteta pružanja zdravstvene skrbi, podigla sigurnost pacijenta, te smanjili troškovi.

### **3.11 Znanost, istraživanja i inovacije u biomedicini**

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 s zemljama iz okruženja i prosjekom Europske unije ukazuje na izraženo manji udio proračunskog novca koji se ulaže u znanost, koji usporedna s manjim bruto nacionalnim dohotkom 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 športa, 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. Provođenje kliničkih istraživanja potrebno je osnažiti i primjereno nadgledati, pri čemu važnu ulogu ima i daljnji razvoj Registra kliničkih pokusa.

### **3.12 Zdravstvo i turizam**

Liječenje prirodnim činiteljima poznato je od davnina. 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.

Vrlo složene interakcije turizma, zdravlja i zdravstvene kulture kroz gotovo dva stoljeća evidentna su i na prostoru Hrvatske, a posebice na Jadranu gdje je turizam i začet kao prvenstveno fenomen zaštite zdravlja čiji se koncept razvijao kroz selektivne vidove 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.

Međutim, zasada Hrvatska još uvijek nema čvrsto utvrđenu i razrađenu koncepciju razvoja turizma u cjelini, pa tako ni zdravstvenog turizma. 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 hotelijerske i zdravstvene suprastrukture sukladno zahtjevima suvremene svjetske turističke potražnje što podrazumijeva obrazovanje kadra i povećanje konkurentnosti u međunarodnom tržištu.

#### **4. IMPLIKACIJE PRISTUPANJA HRVATSKE U EU NA HRVATSKI ZDRAVSTVENI SUSTAV**

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 kohezijskih 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 prijava 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. Sporazuma o Europskoj zajednici. 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 mogli 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/EC 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 se odnose na: informiranje pacijenata i njihovo uključivanje u proces razvoja sigurnosti pacijenata; poticanje sigurnosti kroz edukaciju i usavršavanje zdravstvenih djelatnika; praćenje nastanka različitih štetnih događaja kako bi se moglo otkriti način njihova sprečavanja; razvoj komunikacijskih i tehnoloških alata i sustava kojima bi se povećala sigurnost pacijenata i olakšalo prikupljanje informacija; razvoj usporedivih i značajnih indikatora 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 o uspostavi postupka za provedbu Uredbe 883/2004. Veliki izazov za države članice EU predstavlja Direktiva 2011/24 od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnom zdravstvenom osiguranju, 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.
- novim pravilima o javnoj nabavi.
- 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 zakonima 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

### ***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. Na djelotvoran i racionalan način provodit će 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.

### ***Temeljne vrijednosti***

Vrijednosti se mogu definirati kao orijentacijski standardi i predodžbe 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 temelji 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
- 

### ***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.

### ***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 poštuje 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 pacijenta. 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 cjelovitoj inačici nacрта 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 cjelovitoj inačici nacрта 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. 3.5.9
	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. 3.5.8
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 izdatcima 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
Zdravstvena infrastruktura	Broj bolničkih kreveta i trend njegova opadanja u RH u skladu su s prosjekom EU	Pogl. 3.5.4.2, Sl. 5 i 6
	Ukupna godišnja iskorištenost akutnih kreveta u bolnicama viša je od prosjeka EU 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. 3.5.7, Tabl. 23
	Postoji mreža izgrađenih helidroma za potrebe hitnih medicinskih letova	Pogl. 3.5.2
	Započeta je analiza energetske učinkovitosti objekata u zdravstvenom sustavu	Pogl. 3.5.4.5
	Ljudski resursi u zdravstvu	Trend povećanja broja specijalista obiteljske medicine
	Trend povećanja broja liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći	Pogl. 3.5.2
	Broj stomatologa je zadovoljavajuć 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 indikatorima	Pogl. 3.9
Informatizacija i eZdravstvo	Zdravstveni sustav u velikoj je mjeri informatiziran	Pogl. 3.10
	Postoji centralni sustav primarne zdravstvene zaštite s naprednim funkcijama (eRecept, eUputnica za laboratorije)	Pogl. 3.10

### **SLABOSTI:** unutarnji čimbenici s negativnim predznakom ili utjecajem

<b>Područje</b>	<b>Slabosti:</b> unutarnji čimbenici s negativnim utjecajem	<b>Opis u cjelovitoj inačici nacрта Strategije (ako postoji)</b>
Pokazatelji zdravlja	Očekivano trajanje života manje od prosjeka EU 15, stopa smrtnosti veća od prosjeka EU15	Pogl. 2.3.1, 2.3.4
	Očekivano trajanje zdravog života i samoprocjenjeno zdravlje niži 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 samoubojstva 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	Pogl. 2.1

	utjecaja na zdravlje; nedovoljna međuresorska suradnja	
	Značajne regionalne razlike u pokazateljima zdravlja	Pogl. 2, Tabl. 1, 3, Sl. 23, 31, 53, 56, 61
Ljudski resursi	Relativni manjak i nepovoljna starosna struktura zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika i medicinskih sestara	Pogl. 3.6.1
	Ograničene mogućnosti nagrađivanja kvalitetnog rada ili sankcioniranja nekvalitetnog rada	
Kvaliteta	Manjkavo 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 povećanja broja upućivanja na specijalističke preglede od strane timova primarne zdr. zaštite	Pogl. 3.5.1, Tabl. 4
	Trend smanjenja broja preventivnih pregleda i kućnih posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Pogl. 3.5.1, Tabl. 3, 5
	Nedovoljno razvijena zaštita mentalnog zdravlja u zajednici i rehabilitacija u zajednici	
Infrastruktura	Infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara potrebama	Pogl. 3.5.6
	Neprikladno 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 izdvajanja 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 izdatcima za zdravstvo u RH je veći nego u EU, Češkoj i Sloveniji	Pogl. 3.4.6, Sl. 10; 3.4.7, Sl. 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

	<b>Prilike:</b> vanjski trendovi koji bi mogli imati pozitivan utjecaj	<b>Opis u cjelovitoj inačici nacrta Strategije (ako postoji)</b>
Pristupanje EU	Mogućnost unaprjeđenja infrastrukture uporabom strukturnih i kohezijskih fondova EU	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

<b>Područja</b>	<b>PRIJETNJE</b>	<b>Opis u cjelovitoj inačici nacrta Strategije (ako postoji)</b>
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	
	Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora uslijed percipirane korupcije	Pogl. 3.7.5
Ekonomski trendovi	Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva	3.1.3.4
	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
	Globalna ekonomska kriza	3.4.5
Ostalo	Pandemije zaraznih bolesti, katastrofe i druga kriza stanja	Pogl. 3.5.8
	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 EU 27	Pogl. 3.11

## 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 šalju 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 preko 60 registara, koji također nisu povezani niti ujednačeni prema modelu podataka.

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 (24h/7dana), te u pronalaženju zamjena za zdravstvene djelatnike tijekom godišnjeg odmora ili bolovanja.

Nejasan je i kontinuitet zdravstvene zaštite na trima razinama - pacijenti često „preskaču“ primarnu razinu i traže zdravstvene usluge direktno 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 niti jedna ustanova nije akreditirana, a tek je neznatan broj medicinskih laboratorija akreditiran. Postojeći kadrovi i kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete su u većini slučajeva nedovoljno razvijeni čak i za najosnovnije prikupljanje podataka i ciljane pokušaje povećavanja kvalitete. Kultura kvalitete je na niskoj razini, među ostalim i zato što 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 zbog nejasno definiranih odgovornosti struktura u praksi se aktivnosti iz sustava kvalitete ne provode. Pravilnik o akreditacijskom postupku nije donesen. 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 nisu validirani, što je uobičajeni postupak u svim zemljama koje su provele i/ili provode akreditaciju. 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. Nacionalni akreditacijski standardi su razvijeni na nejasan i međunarodno nesukladan način. 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. Akreditacijski standardi ne postoje ni u obrazovnim 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 najavljeni ukidanje staža, tj. rada pod nadzorom po pristupanju Hrvatske u EU.

## **3. Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava**

Postoji veliki prostor za poboljšanje učinkovitosti (stupnja ostvarivanja rezultata s obzirom na postavljeni cilj) i djelotvornosti (stupnja ostvarivanja rezultata u odnosu na uložene resurse) u hrvatskom zdravstvu, a takvo poboljšanje postaje nužnost ako se uzme u obzir nepovoljna ekonomska situacija i fiskalni deficit Republike Hrvatske.

Visoki i rastući izdatci 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. Izdatci za lijekove su neproporcionalno visoki i često neopravdani, među ostalim jer ne postoji funkcionalni proces procjene zdravstvenih tehnologija niti 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, niti 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. Služba hitne medicinske pomoći često se koristi za prijevoz pacijenata. Napori u prevenciji bolesti su nedostatni, iako bi učinkovita prevencija mogla pridonijeti zadržavanju troškova i povećanju djelotvornosti 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 koje 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 stope 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. Sve teže socio-ekonomsko stanje dodatno ugrožava zdravstveno stanje stanovništva. Ne postoji kultura preuzimanja osobne odgovornosti za vlastito zdravlje, niti 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. moraju se uzeti u obzir 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 Pretpristupni 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.

Predloženi strateški razvojni pravci i prioritete trebali bi osigurati da se razvoj sustava zdravstva ostvaruje postupno i kontinuirano, bez radikalnih reformskih zahvata 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“) dozvoljava trajno praćenje učinka provedenih mjera i njihovo daljnje podešavanje i modificiranje u skladu s ostvarenim rezultatima i novim okolnostima.

Strateški razvojni pravci proizlaze neposredno iz strateških problema prikazanih u prethodnom poglavlju. Kako bi se razvojni pravci ostvarili, predložena su prioritetna područja djelovanja i odgovarajuće mjere, od kojih svaka ima za cilj ostvarivanje jednog ili više razvojnih pravaca, što je grafički prikazano oznakom „+“ u tablicama.

### **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: Informatizacija i eZdravstvo

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
integriranje zdravstvenih informacija i uspostavljanje komunikacije između svih razina zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), te između zdravstvenog sustava i pacijenata	+	+	+		
uspostavljanje informacijskih sustava za praćenje zdravstvene statistike i pokazatelja kvalitete rada, te za analizu podataka i izradu izvješća koji služe kao potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu ( <i>engl. business intelligence</i> )	+	+	+		
funkcionalno unapređenje postojećih informacijskih sustava (eLista čekanja, eNaručivanje, eDoznake za ortopedska pomagala, eLista lijekova, eSmjernice propisivanja, eKliničke smjernice, elektronički zdravstveni zapis, ePreventiva, eUpravljanje kroničnim bolestima, ePatronaža, eTransplantacije, informacijski sustav za sanitarne inspektore, povezivanje s privatnim pružateljima medicinskih usluga)	+	+	+	+	+
modernizacija postojećih aplikacija u zdravstvu (promjena tehnologija, optimizacija programskog koda, unapređenje prijenosa poruka i sigurnosti)	+				
izgradnja sustava za podršku objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolničkog i čitavog zdravstvenog sustava	+		+		
integracija telemedicine u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti	+	+	+	+	
normizacija i certifikacija informacijskih sustava u zdravstvu, uz kontinuiranu provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava, te interoperabilnosti	+		+		
objedinjavanje nabave i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku	+		+		
izobrazba zdravstvenih djelatnika i upravljanje promjenama pri uvođenju informacijsko-komunikacijskih tehnologija	+		+		
povećanje sredstava za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom budžetu, u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU	+				
zakonsko reguliranje eZdravstva	+				

## Prioritet 2: Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
izrada Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu		+	+	+	
jačanje zaštite od osobne odgovornosti zdravstvenih djelatnika				+	
omogućavanje ostvarivanja viših razina obrazovanja za sve zdravstvene djelatnike	+			+	
definiranje kompetencija i omogućavanje preuzimanje zadataka u skladu s višom razinom postignutog obrazovanja zdravstvenih djelatnika ( <i>engl. task shifting</i> )	+	+	+	+	
povećanje horizontalne i vertikalne mobilnosti zdravstvenih djelatnika unutar hrvatskog zdravstvenog sustava	+		+	+	
odobravanje specijalizacija prema jasno dokumentiranim potrebama u mreži javne zdravstvene službe				+	
omogućavanje rada zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje postoji potreba				+	
uvođenje obveze do dvije godine rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao uvjet za samostalni rad liječnika	+	+		+	

### Prioritet 3: Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvenim ustanovama

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
izobrazba upravljačkog kadra		+	+		
razdvajanje organizacijsko-financijskog i medicinskog upravljanja		+	+		
obveza organizacijsko-financijskih upravitelja da puno radno vrijeme posvećuju upravljačkim aktivnostima			+		
jačanje upravljačkih ovlasti Domova zdravlja kroz razrađeniije i ujednačeniije koncesijske ugovore	+		+	+	
uspostavljanje odjela za analitiku, planiranje i EU projekte	+	+	+		

### Prioritet 4: Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
poticanje otvaranja i opremanja grupnih praksi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	+		+	+	
jačanje interdisciplinarnе suradnje u zdravstvu (timovi za rehabilitaciju u zajednici, timovi za palijativnu skrb)	+		+	+	
zakonski preciznije definiranje koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe	+		+	+	
izrada i implementacija „master plana“ bolnica (MPB)	+		+	+	
MPB: udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova	+		+	+	
MPB: preraspodjela i koncentriranje bolničkih usluga unutar regionalnih bolničkih mreža ili zajednica ustanova	+	+	+	+	
MPB: povezivanje bolnica sekundarne i tercijarne razine u obrazovne mreže	+	+	+	+	
MPB: funkcionalno povezivanje Domova zdravlja, liječnika obiteljske medicine u koncesiji, dnevnih bolnica i specijalističko-konzilijarne zdr. zaštite u bolnicama	+	+	+	+	
MPB: povećanje kapaciteta dnevnih bolnica i kapaciteta za kronično liječenje i palijativnu skrb		+	+	+	
MPB: funkcionalne i građevinske preinake bolnica, uz povećanje energetske učinkovitosti			+		
MPB: izdvajanje određenih nezdravstvenih djelatnosti iz nadležnosti bolnice u posebnu tvrtku u vlasništvu države ( <i>engl.</i> spin-off) ili prepuštanje tih djelatnosti privatnih tvrtkama ( <i>engl.</i> outsourcing)			+		
MPB: podizanje određenih specijalnih bolnica sa županijske na državnu razinu financiranja i upravljanja			+	+	
objedinjavanje bolničke nabave za bolnice u vlasništvu RH kroz okvirne sporazume	+		+	+	
objedinjavanje izvanbolničke i bolničke djelatnosti hitne medicine	+		+	+	

### Prioritet 5: Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
definiranje i trajno praćenje pokazatelja kvalitete na svim razinama zdr. zaštite nacionalna i međunarodna akreditacija zdravstvenih ustanova	+	+	+		
izrada kliničkih smjernica i algoritama postupanja utemeljenih na znanstvenim dokazima i najboljoj kliničkoj praksi		+	+		
uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete		+	+		
uspostava modela plaćanja zdravstvenih djelatnika kojim bi se nagrađivao kvalitetan, a sankcionirao nekvalitetan rad		+	+	+	
uvođenje sadržaja iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti bolesnika na svim razinama izobrazbe zdravstvenih djelatnika		+			

### Prioritet 6: Jačanje preventivnih aktivnosti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
povećanje udjela izdvajanja za preventivne programe i aktivnosti		+		+	+
uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivoj uključenosti u preventivne aktivnosti		+	+	+	+
poticanje preventivnih aktivnosti u svim područjima zdravstvene zaštite	+			+	+
razvoj analitičkih kapaciteta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo		+	+		

### Prioritet 7: Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
razvoj regulatornog okvira za jačanje privatnih-dopunskih zdravstvenih osiguranja kako bi se povećao udio privatnih financijskih plaćanja za stanovništvo koje si to može priuštiti			+	+	
strateška alokacija resursa prema definiranim prioritetima i u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU			+	+	
suzbijanje korupcije i neformalnih plaćanja u zdravstvu			+	+	

### Prioritet 8: Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
suradnja sa sustavom odgoja i obrazovanja (jačanje ljudskih resursa, promicanje zdravlja u školama i vrtićima)	+				+
suradnja sa sustavom znanosti (jačanje ljudskih resursa, definiranje istraživačkih prioriteta u biomedicini i zdravstvu, koncentriranje sredstava u prioritetna područja i središta znanstvene izvrsnosti)	+	+	+		
suradnja s ministarstvom unutarnjih poslova, ministarstvom pravosuđa i ministarstvom nadležnim za obitelj i mlade (promicanje zdravlja, prevencija nasilja)	+				+
suradnja s ministarstvom turizma i ministarstvom gospodarstva (razvoj zdravstvenog i medicinskog turizma)	+		+		
suradnja sa sustavom socijalne skrbi (rasterećenje bolničkih kapaciteta u skrbi za kronične i umiruće bolesnike)	+		+		+
suradnja s lokalnom samoupravom (poticanje zapošljavanja liječnika u ruralnim i manje atraktivnim sredinama, promicanje zdravlja)	+			+	
suradnja s civilnim društvom (preuzimanje odgovornosti građana za vlastito zdravlje i poticanje odgovornog korištenja zdravstvenih usluga, promicanje zdravlja, palijativna skrb, volonterstvo, povećanje atraktivnosti zdravstvenih struka među mladima)	+		+	+	+