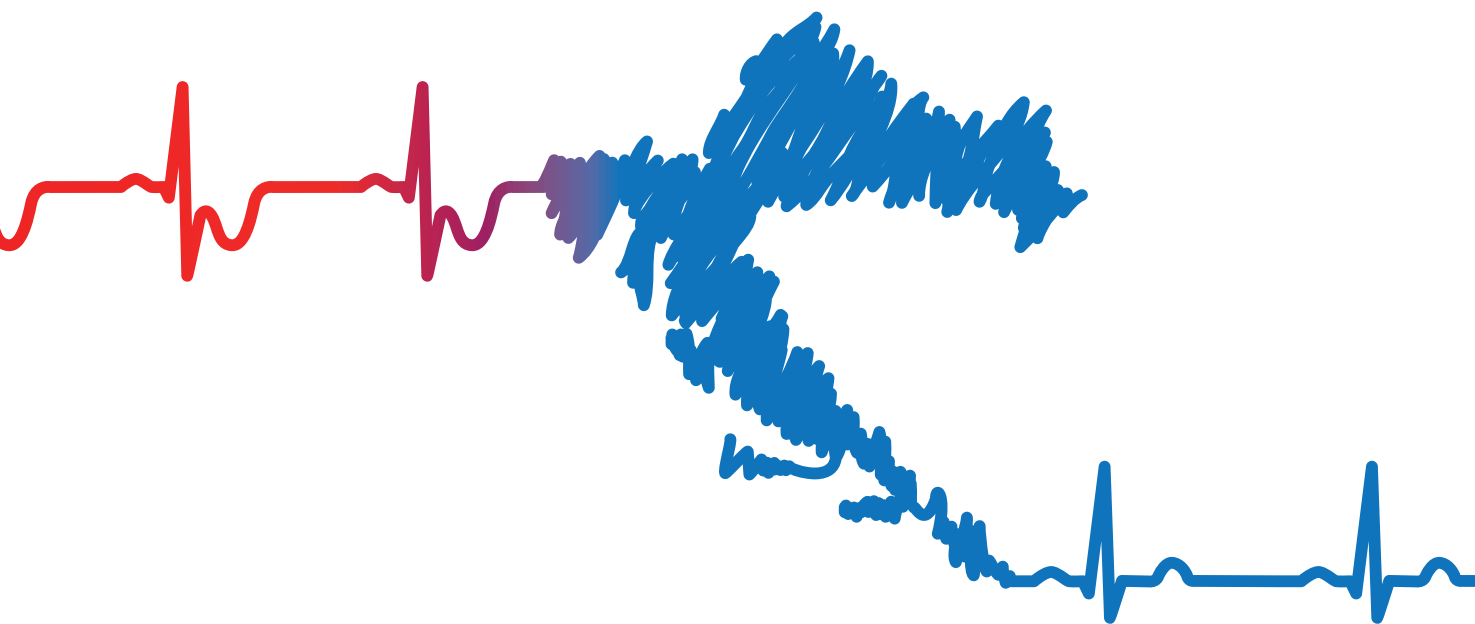




VLADA REPUBLIKE HRVATSKE
MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE HRVATSKE



NACIONALNA STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA

2012.-2020.

Skraćena inačica
RUJAN 2012.



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE
MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE HRVATSKE

NACIONALNA STRATEGIJA RAZVOJA ZDRAVSTVA

2012.-2020.

Skraćena inačica
RUJAN 2012.

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

- **za organizaciju sustava zdravstva:** Marijana Braš, Boris Brkljačić, Dijana Cimera, Andrija Golub, Maja Grba-Bujević, Sonja Grozić-Živolić, Boris Klaić, Danica Kramarić, Dragan Ljutić, Mario Malnar, Ratko Matijević, Ljiljana Oštrić-Anić, Tamara Poljičanin, Katica Vugrinčić-Tomičić, Marija Županović
- **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
- **za područja zdravstvene zaštite:** Nevenka Brkić, Nada Čikeš, Vida Demarin, Mensura Dražić, Nenad Ilić, Vesna Jureša, Branko Kolarić, Julije Meštrovic, Željko Metelko, Dunja Skoko-Poljak, Alan Šustić, Hrvoje Šušković, Milica Tikvić, Aleksandar Včev
- **za financiranje sustava zdravstva:** Spomenka Abveršek, Krunoslav Capak, Ružica Čuljak, Lidija Hrastić Novak, Tomislav Jadan, Katja Matijević, Dubravka Pezelj Duliba, Hrvoje Tiljak, Dubravko Tršinski
- **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, Martina Car, Ana Marija Crnić, Ivan Čipin, Tanja Ćorić, Vlasta Dečković-Vukres, Nikolina Domokuš, Velibor Drakulić, Darko Duplančić, Boris Filipović-Grčić, Iva Franelić-Pejnović, Zlatko Giljević, Ira Gjenero Margan, Marica Glamočanin, Biserka Gregurek, Irena Grković Zakarija, Jasminka Hlupić, Ivanka Hotko, Mirjana Huić, Ana Ivičević Uhernik, Romana Jerković, Antonio Juretić, Osman Kadić, Antoinette Kaić Rak, Bernard Kaić, Adis Karanović, Dragica Katalinić, Romana Katalinić, Davor Katavić, Jasminka Katić Bubaš, Dragan Korolija Marinić, Verica Kralj, Sanja Kurečić Filipović, Sven Kurbel, Marina Kuzman, Veronika Laušin, Mirjana Lerman, Jasna Lipozenčić, Zoran Lončar, Viola Macolić Šarinić, Dušan Mandac, Tamara Marinković Margetić, Ana Marušić, Matko Marušić, Ivan Medved, Sandra Mihel, Renato Mittermayer, Darko Modun, Romana Mrković, Jadranka Mustajbegović, Tatjana Nemeth Blažić,

Vanja Nikolac, Mladen Novosel, Nika Pavić, Ivana Pavić Šimetin, Jasmina Pavlić, Iva Pem Novosel, Stanko Perjan, Milena Peršić, Denis Petrović, Goranka Petrović, Leta Pilić, Ivan Pristaš, Ivan Radić, Urelija Rodin, Nadan Rustemović, Maja Silobrčić, Šime Smolić, Vesna Sokol, Ranko Stevanović, Mario Šekerija, Vesna Šerić, Aleksandar Šimunović, Zdravka Šindik, Dinko Škegro, Mirjana Tadić, Jasminka Tadin, Branimir Tomić, Hrvoje Tomljenović, Mario Trošelj, Slobodan Vukičević, Tea Vukušić Rukavina, Martina Zajec, Marija Zavalic, Joško Zekan, Ariana Znaor, Sibila Žabica.

Doprinos u javnoj raspravi o nacrtu Nacionalne strategije

Svjetlana Aničić-Birač, Božena Anić, Goran Arbanas, Ilonka Artuković, Alexander Baliko, Strahimir Banović, Nina Barišić, Ivan Begovac, Estela Belulović Vlašić, Denis Bičanić, Snježana Blaće, Vesna Bosanac, Andrija Petar Bošnjak, Velibor Božić, Dario Brdarić, Tamara Brežičević, Tonći Buble, Scarpa Bugarić, Nino Buić, Aleksandar Bulog, Diana Butković, Morena Butković, Tedi Cicvarić, Irena Colić Barić, Bruno Cvetković, Ante Cvitković, Pero Cvjetović, Janko Čičin-Šain, Ines Dominić Lisica, Ankica Džono Boban, Mira Fingler, Sanda Franković, Ševko Frkatović, Dolores Gall Sviderek, Josipa Glavaš, Hrvoje Gligora, Josip Golubar, Dražen Gorjanski, Ornela Grujić Cukon, Željko Gumzej, Vladimir Halavuk, Franko Haller, Janko Hančević, Jasna Hanić, Stjepan Heimer, Ljubica Hodak, Azra Huršidić Radulović, Lucijano Jakšić, Mirjana Jembrek Gostović, Vjekoslav Jerolimov, Renata Josipović, Branka Jurčević Zidar, Hrvoje Jurić, Irena Jurišić, Smilja Kalenić, Krešimir Kalman, Ivana Klepo, Branko Knežević, Ana Kolarević, Ernevaza Kopačin, Andrea Kostinčer Pojić, Milivoj Kramarić, Dragutin Kremzir, Mirjana Kučina, Renata Kutnjak Kiš, Mato Lakić, Hrvoje Lalić, Leda Lepri, Ines Lonja Funtak, Dražen Lušić, Miroslav Mađarić, Đulija Malatestinić, Marija Mašanović, Jasna Matić, Mato Matijević, Helena Medvedec, Zvonimira Medverec Knežević, Vladimir Mičović, Jasna Mihelić, Jagoda Milidrag Šmid, Gordana Miškulin, Senad Muslić, Branka Obersnel, Jadranka Pavić, Marina Payerl-Pal, Danijela Periš, Željka Perić Sekulić, Vjeran Perinović, Edi Perović, Tvrtko Pervan, Ozren Pestić, Magda Pletikosa-Pavić, Iva Podhorsky Štorek, Miroslav Prpić, Saša Radić, Tatjana Reić, Josipa Rodić, Stjepan Rudan, Željka Russo, Renata Sabljar Dračevac, Ivana Sikirica, Maša Smokrović, Jasminka Stepan, Asja Stipić Marković, Mihovil Strujić, Ivan Škes, Zoran Škrgatić, Selma Šogorić, Danijel Šota, Slađana Štrkalj Ivezic, Spomenka Tomek-Roksandić, Dražen Vadla, Miroslav Venus, Lora Vidović, Jadranka Vlatko.

Posebno zahvaljujemo Ani Stavljenić-Rukavini, bivšoj ministrici zdravstva i Andriji Hebrangu, bivšem potpredsjedniku Vlade Republike Hrvatske i ministru zdravstva, na njihovom vrijednom i konstruktivnom doprinosu javnoj raspravi i izradi konačne inačice nacionalne strategije.

Posebno zahvaljujemo akademikima Zvonku Kusiću, predsjedniku Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Pavlu Rudanu, glavnom tajniku Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti i Marku Pećini, tajniku Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, na suradnji i iznimnom doprinosu na izradi nacionalne strategije.

Ispričavamo se ako smo nehotice propustili ovdje navesti nekog sudionika javne rasprave.

Predgovor

Ne postoji osoba koja u životu nije ustrebala zdravstvenu pomoć, jer zdravlje i bolest među glavnim su odrednicama ljudske egzistencije i uvelike određuju društveni, gospodarski, kulturni i politički život svakog pojedinca. Svatko pronalazi svoj interes u zdravstvenom sustavu – ako ne uvijek zbog sebe sama, onda zato jer je netko od njegovih bližnjih osjetio breme bolesti ili narušenog zdravlja.

Velika je odgovornost upravljati sustavom koji se na tako neposredan način dotiče života svih ljudi. Izazov je još veći kada se uzme u obzir njegova složenost. No, razmjeri odgovornosti i izazova ne mogu biti zapreka u nastojanju da se sustav unaprijedi i poboljša. Jer, težnja boljem uvijek je moguća – u zdravstvenom, kao i u svakom drugom sustavu koji je tvorevina ljudskog roda.



»Teško je predviđati, osobito kad je riječ o budućnosti«, duhovito je primijetio danski fizičar Niels Bohr. Ipak, predviđanje je nezaobilazan element svake strategije razvoja, pa tako i ove, koja sustav hrvatskog zdravstva promatra u perspektivi osam predstojećih godina. Ozbiljno predviđanje moguće je jedino na temelju detaljnog prikaza i analize postojećeg stanja i dosadašnjih trendova, pa je upravo tim sadržajima u ovoj strategiji posvećen značajan prostor. Vizija je definirana tek nakon stjecanja jasnog uvida u stvarnost zdravstvenog sustava.

Neke od izazova s kojima će se zdravstvo u Republici Hrvatskoj susresti u idućim godinama nije bilo teško predvidjeti. Među njima su izazovi financijske održivosti, demografskog starenja stanovništva i nedovoljnog broja zdravstvenih djelatnika, te izazov – ali i velika prilika – pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji. Manje su očiti odgovori kako se suočiti s tim izazovima i u kojem pravcu usmjeriti razvoj zdravstva kako bi ih se prevladalo?

Smatram da najbolji odgovori proizlaze iz sinergije znanja, iskustva i promišljanja onih koji rade u sustavu zdravstva i onih koji taj sustav koriste. Stoga je ova Strategija izrađena participativnim pristupom kojim se progresivno povećavao krug suradnika i doprinosa, a koji je kulminirao pozivom svim zainteresiranim građanima i ustanovama da sudjeluju u javnoj raspravi o nacrtu Strategije.

Osobno sam uputio pismeni poziv svim bivšim ministrima zdravstva Republike Hrvatske i svim čelnicima hrvatskih parlamentarnih stranaka da se uključe u javnu raspravu, poštujući njihovo iskustvo i razumijevanje problema hrvatskog zdravstva i vjerujući da je razvoj zdravstva pitanje oko kojeg se mora pokušati stvoriti nacionalni konsenzus. U konačnici, aktivni doprinos izradi ove Strategije dalo je skoro 300 stručnjaka. Bez njih ove Strategije ne bi bilo, a samo uz pomoć njih, kao i mnogih drugih vrijednih ljudi, ostvarit ćemo zdravstvo kako uistinu želimo imati već danas – ili najkasnije do 2020. godine.

Za zdravlje. Zajedno.

prof. dr. Rajko Ostojić, dr. med.
Ministar zdravlja

SADRŽAJ

UVOD	8
Okvir, pojmovno određenje i važnost Strategije	8
Izrada i struktura Strategije	9
POKAZATELJI ZDRAVLJA	11
Demografska slika i očekivano trajanje života	11
Stope i vodeći uzroci smrtnosti	13
Rizična ponašanja	17
Mentalno zdravlje	17
Zarazne bolesti i bolničke infekcije	18
Zdravlje na radu	19
Zdravlje vulnerabilnih skupina	19
Zdravlje i okoliš	20
MAKROEKONOMSKI OKVIR	22
Bruto domaći proizvod	22
Stope nezaposlenosti	23
Plaće i rizik od siromaštva	24
Inflacija, cijene i zaduženost	25
ORGANIZACIJA I TEMELJNA ZAKONSKA REGULATIVA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	27

FINANCIRANJE ZDRAVSTVA	29
INFRASTRUKTURA I KORIŠTENJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	35
Primarna zdravstvena zaštita	35
Specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita	37
Bolnička zdravstvena zaštita	37
Ljekarnička djelatnost	39
Zaštita i liječenje zubi	39
Zaštita zdravlja starijih osoba	39
Zaštita zdravlja hrvatskih branitelja	40
Palijativna skrb	40
Transplantacijska medicina	40
Upravljanje kriznim stanjima	40
Nacionalni preventivni zdravstveni programi	41
LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVU	42
Doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije	43
Medicinske sestre i tehničari	44
Zdravstveni djelatnici medicinsko laboratorijske djelatnosti, zdravstvene radiološko tehnološke djelatnosti, djelatnosti sanitarnog inženjerstva i djelatnosti radne terapije	46
Sigurnost i zaštita zdravstvenih djelatnika	46
Izobrazba zdravstvenih djelatnika	47
PRAVA PACIJENATA I PROBLEM KORUPCIJE	48
LIJEKOVI I ORTOPEDSKA I DRUGA POMAGALA	49
UPRAVLJANJE KVALITETOM U ZDRAVSTVENOM SUSTAVU	50
INFORMATIZACIJA I eZDRAVSTVO	51

ZNANOST, ISTRAŽIVANJA I INOVACIJE U BIOMEDICINI	53
ZDRAVSTVO I TURIZAM	54
IMPLIKACIJE ULASKA REPUBLIKE HRVATSKE U EU NA HRVATSKI ZDRAVSTVENI SUSTAV	55
VIZIJA, VRIJEDNOSTI I NAČELA	57
Vizija zdravstvenog sustava Republike Hrvatske.....	57
Temeljne vrijednosti i načela.....	57
SWOT ANALIZA	59
STRATEŠKI PROBLEMI U HRVATSKOM ZDRAVSTVU	62
STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI, PRIORITETI I MJERE	66
Prioritet 1: Razvoj informatizacije i eZdravstva.....	67
Prioritet 2: Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu.....	71
Prioritet 3: Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu.....	74
Prioritet 4: Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova.....	76
Prioritet 5: Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti.....	79
Prioritet 6: Jačanje preventivnih aktivnosti.....	81
Prioritet 7: Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva.....	83
Prioritet 8: Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini.....	84
LITERATURA I IZVORI	88

UVOD

Okvir, pojmovno određenje i važnost Strategije

Ustav Republike Hrvatske svakome jamči »pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom«, a to pravo ostvaruje se kroz sustav zdravstva, za koje je odgovorno Ministarstvo zdravlja. Sustav zdravstva obuhvaća zdravstvenu djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije pri pružanju zdravstvene zaštite. Sustav zdravstva primarno je određen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, koji čini i temeljni okvir Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. (u daljnjem tekstu: Strategija).

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

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

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

- *Europe 2020*, strategija EU-a za pametan, održiv i uključiv rast, usvojena u ožujku 2010.;
- *Health 2020*, nova zdravstvena politika Europske regije SZO-a, čije je službeno usvajanje predviđeno u rujnu 2012.
- *Zajednički strateški okvir* (engl. Common Strategic Framework) 2014.-2020. koji čini osnovu za financiranje iz fondova EU-a.

Prema paketu zakonodavnih prijedloga koji će oblikovati kohezijsku politiku EU-a u razdoblju od 2014.-2020., postojanje nacionalnog ili regionalnog strateškog okvira nužan je preduvjet (engl. ex-ante conditionality) za financiranje projekata u području zdravstva. Taj preduvjet ispunjava se donošenjem ove Strategije, te planskih i operativnih dokumenata koji proizlaze iz nje.

Izrada i struktura Strategije

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

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

Povjerenstva su činili stručnjaci iz različitih ustanova, društava i organizacija u sustavu zdravstva. Kroz radionice i u konzultacijama s Koordinacijskom skupinom, povjerenstva su pomagala u identificiranju prioritetnih problema u zdravstvu i mogućnosti utjecanja na te probleme, a bila su organizirana tako da svako od njih promatra cijeli sustav zdravstva, ali iz različitog motrišta. Na taj način nastojao se ostvariti holistički pristup promišljanju problema i strateškom planiranju u sustavu zdravstva.

Imenovano je pet Povjerenstava:

1. *Povjerenstvo za organizaciju sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive njegovih razina i oblika (primarna, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita, javno zdravstvo, palijativna skrb, znanost i istraživanja),
2. *Povjerenstvo za profesije i ljudske resurse*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive ljudi koji u njemu rade (liječnici, stomatolozi, medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, ostale zdravstvene profesije, ljekarnici, nezdravstveno osoblje u zdravstvenom sustavu, volonteri),
3. *Povjerenstvo za područja zdravstvene zaštite*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive pet osnovnih područja: 1) promicanje zdravlja, 2) prevencija, 3) dijagnostika i rano otkrivanje bolesti, 4) terapija i njega, te 5) rehabilitacija,
4. *Povjerenstvo za financiranje sustava zdravstva*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz perspektive financiranja, vlasništva, zdravstvenih osiguranja, odnosa javnog i privatnog u zdravstvu i sl.
5. *Povjerenstvo za pravna pitanja*, koje je sustav zdravstva analiziralo i promišljalo iz pravne perspektive, s obzirom na trenutno stanje zakonodavstva u Hrvatskoj i kontekst ulaska Hrvatske u EU.

Strategija se izrađivala uz progresivno povećavanje uključenosti stručne i opće javnosti. Prve podatke i analize obavio je Koordinacijski odbor, uz pomoć suradnika iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i drugih ustanova. Svako od Povjerenstava je na zasebnoj radionici krajem svibnja 2012. identificiralo prioritetne probleme. U suradnji sa Zakladom Friedrich Ebert 12. lipnja 2012. održana je konferencija

na kojoj su se članovima Povjerenstava pridružili i drugi predstavnici ključnih dionika u zdravstvu kako bi raspravljali o strateškim pitanjima. Na temelju prikupljenih podataka i partnerskih konzultacija izrađena je SWOT analiza, identificirani su strateški problemi hrvatskoga zdravstva te predloženi strateški razvojni pravci, prioriteti i mjere.

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

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

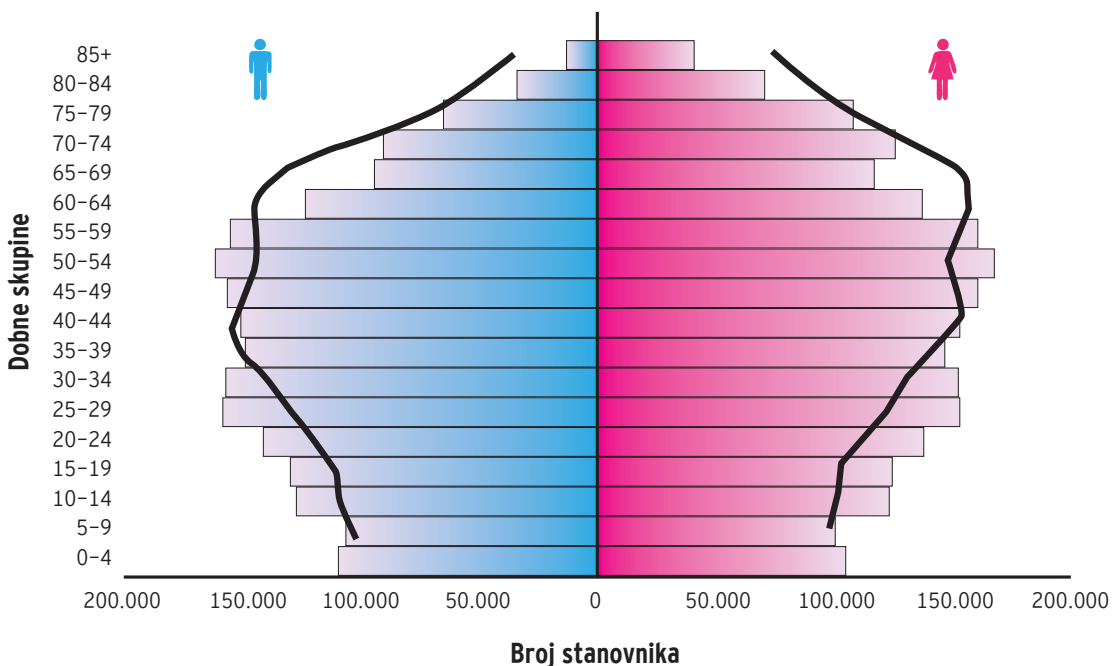
Cjelovita inačica Strategije usvojena je u Hrvatskom saboru, a Ministarstvo zdravlja objavilo ju je na svojim internetskim stranicama (www.zdravlje.hr) i u obliku tiskane publikacije. Skraćena inačica pripremljena je na temelju cjelovite, a dostupna je na internetskim stranicama Ministarstva zdravlja i u tiskanom izdanju, na hrvatskom i engleskom jeziku.

POKAZATELJI ZDRAVLJA

Demografska slika i očekivano trajanje života

Broj stanovnika Republike Hrvatske prema najnovijem popisu iz 2011. godine je 4.290.612. Od ukupnog broja stanovnika, 38% živi u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj, 33% u Panonskoj Hrvatskoj i 29% u Jadranskoj Hrvatskoj.

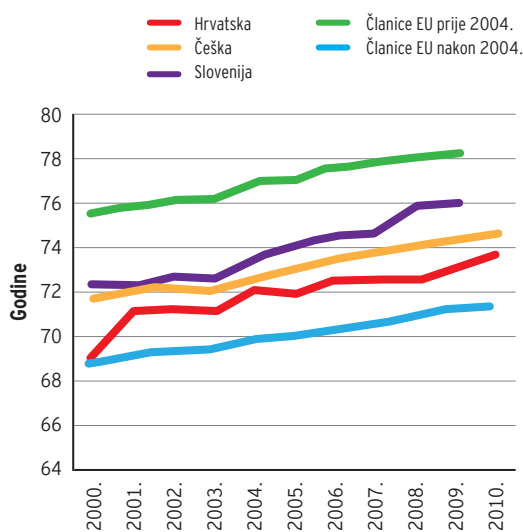
Stopa prirodnog prirasta u razdoblju 2001.-2010. u Hrvatskoj je bila negativna, za razliku od prosjeka EU 27 koji je bio pozitivan. Negativno prirodno kretanje pokazuje i vitalni indeks (živorođenih na 100 umrlih) koji je 2010. godine iznosio 83,2. Pozitivan prirodni prirast, odnosno vitalni indeks veći od 100, 2010. godine imale su samo Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska, Međimurska i Zadarska županija te Grad Zagreb. Što se tiče dobne strukture stanovništva, demografska piramida ukazuje na nezadovoljavajuću strukturu (Slika 1). Optimalni grafički prikaz trebao bi imati oblik piramide koja



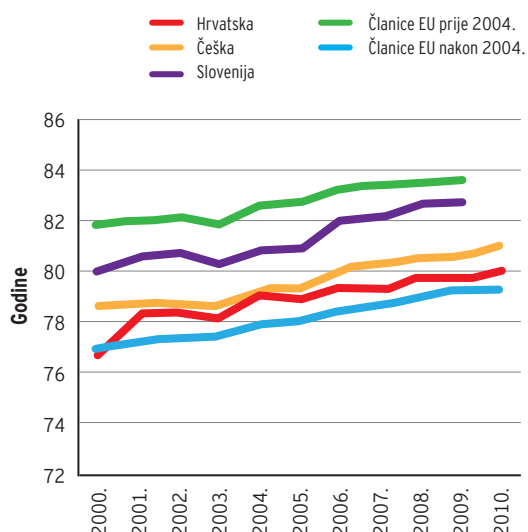
Slika 1. Demografska piramida Hrvatske za 2010. te projekcija za 2020. (crna linija). Izvor: Državni zavod za statistiku, izračun autora.

pokazuje najveći udio mladog i najmanji udio starog stanovništva što ovdje nije slučaj. Usporedbom Popisa stanovništva iz 2001. i 2011. godine, vidljivo je kako se povećao udio starog stanovništva (65+ godina) i to s 15,7 na 17,2 posto, a smanjio udio mladog stanovništva (0-14 godina) i to s 17,1 na 15,0% posto. S medijalnom starošću od 41,5 godina Hrvatska se svrstava među demografski najstarije zemlje u svijetu.

Produljenje očekivanog trajanja života pri rođenju u Hrvatskoj i drugim razvijenim zemljama za više od 30 godina jedno je od najvećih ekonomskih, zdravstvenih i socijalnih dostignuća u posljednjih stotinu godina. Razlog tom velikom postignuću ponajprije je smanjenje smrtnosti u mlađim dobnim skupinama, posebice u dojenačkoj i dječjoj dobi. U Hrvatskoj se u posljednjem desetljeću očekivano trajanje života pri rođenju za žene povećalo za oko 1,8 godina, tj. povećavalo se za nešto više od dva mjeseca svake godine. Istovremeno, očekivano trajanje života pri rođenju za muškarce se povećalo za oko 2,6 godina, tj. povećavalo se za nešto više od tri mjeseca svake godine. Razlika između očekivane životne dobi muškaraca i žena postupno se smanjuje. Očekivano trajanje života veće je od prosjeka novih članica Europske unije (EU 12), no ispod je prosjeka EU 27 i »starih članica« (EU 15) (Slika 2 i 3).



Slika 2. Očekivano trajanje života pri rođenju (muškarci) u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 3. Očekivano trajanje života pri rođenju (žene) u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database Database, 2012.

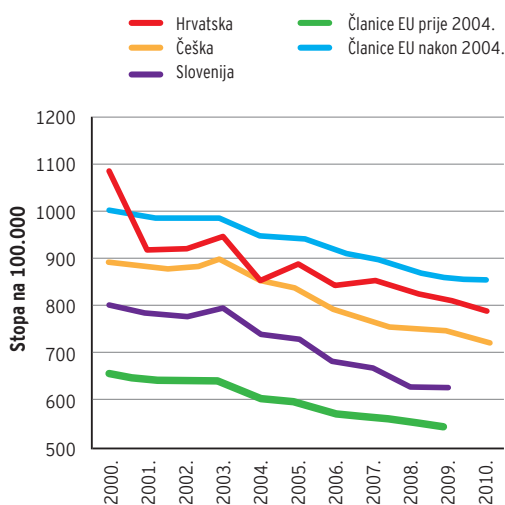
Stope i vodeći uzroci smrtnosti

U Hrvatskoj godišnje umire oko 50. 000 osoba, a **standardizirana stopa smrtnosti** u zadnjih 10 godina smanjila se s 1084,14/100.000 na 789,69/100.000. Unatoč očitom trendu smanjivanja, stope smrtnosti kako za odrasle osobe, tako i za dojenčad, veće su od europskih prosjeka (Slika 4 i 5). Te stope u Hrvatskoj su niže samo od prosjeka »novih« članica EU-a (EU 12).

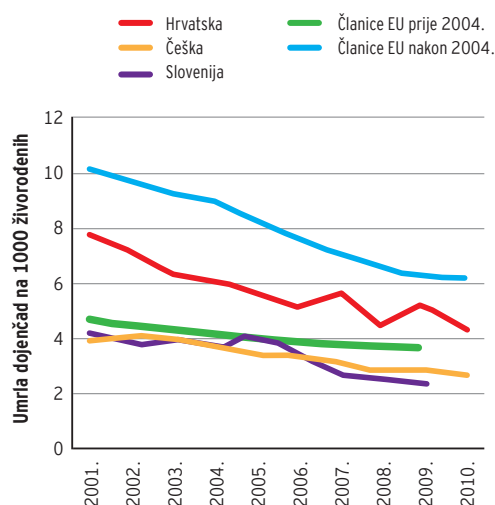
Podaci iz 2010. pokazuju da osam županija ima nižu standardiziranu stopu smrtnosti od hrvatskog prosjeka (1.179/100.000). Najnižu ima Dubrovačko-neretvanska (932/100.000), a najvišu Osječko-baranjska županija (1.393/100.000). Usporedba dobno standardiziranih stopa smrtnosti pokazuje da su više vrijednosti od hrvatskog prosjeka zabilježene u županijama kontinentalnog dijela Hrvatske (Slika 6).

U posljednjih 10 godina, poredak prvih pet **najčešćih uzroka smrti** prema skupinama bolesti nije se mijenjao (Slika 7). Vodeći uzrok smrtnosti su cirkulacijske bolesti, čiji se udio u ukupnom mortalitetu u promatranom razdoblju smanjio s 53% na 49%. Istodobno, udio novotvorina, kao drugog najčešćeg uzroka smrtnosti, povećao se s 24% na 26%. Treći su uzrok smrti ozljede i otrovanja, četvrti bolesti probavnog sustava, a peti bolesti dišnog sustava.

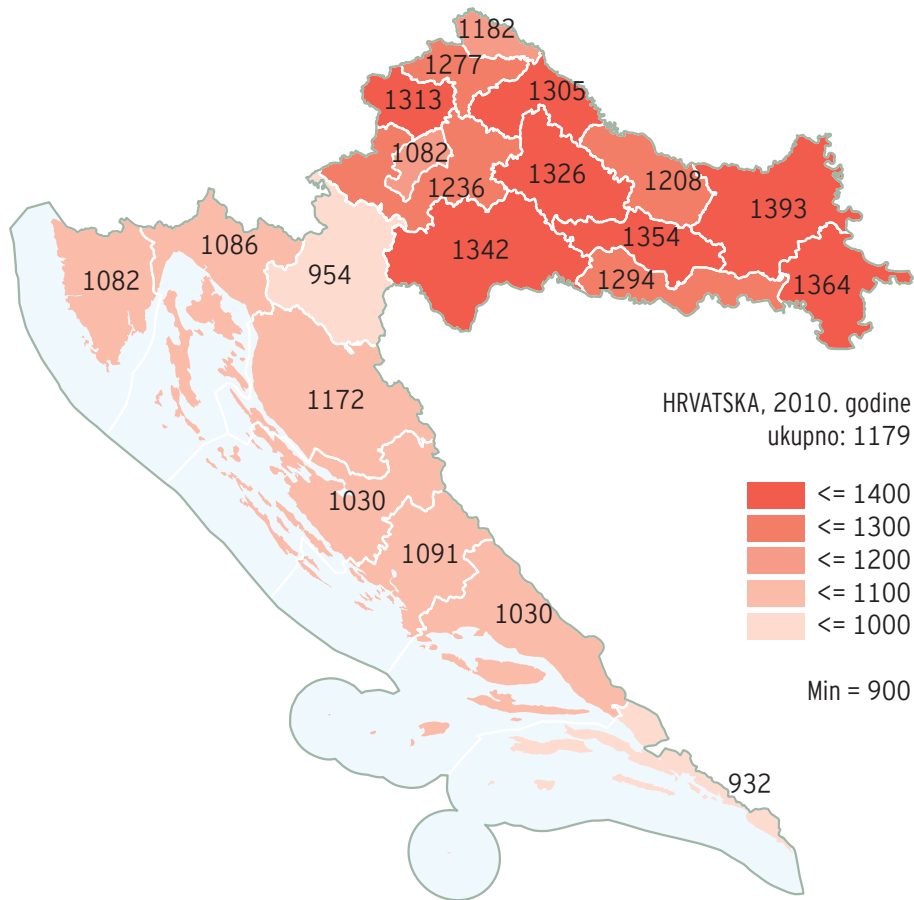
Općenito, stope smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorina i ozljeda u Hrvatskoj su veće od prosjeka »starih« članica EU-a (EU 15) (Slike 8-15). Hrvatska je među zemljama Europe s najvišim stopama smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti, raka traheje, bronha i pluća u muškaraca, te šećerne bolesti. Osobito zabrinjava trend povećanja smrtnosti od nekih oblika novotvorina u žena, te stopa smrtnosti od šećerne bolesti koja je među najvišima u Europi.



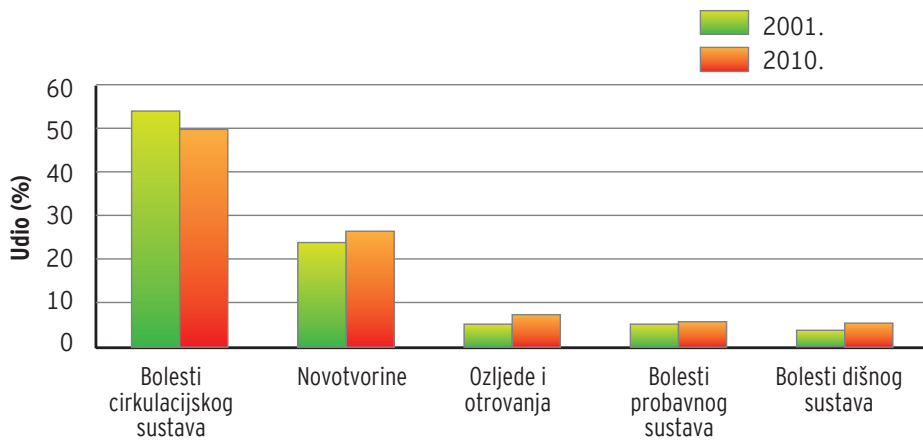
Slika 4. Standardizirana stopa smrtnosti u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



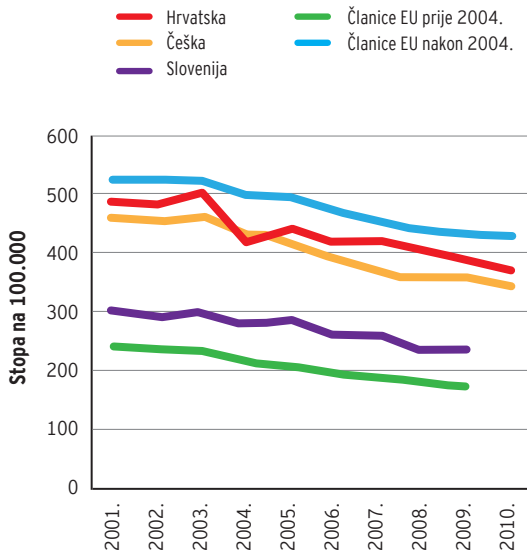
Slika 5. Dojenačka smrtnost u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



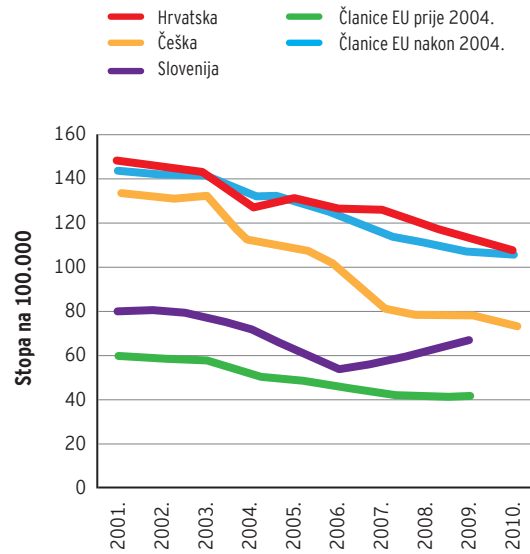
Slika 6. Standardizirane stope smrtnosti izračunate na stanovništvo Republike Hrvatske, Popis 2001. Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002 i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012.



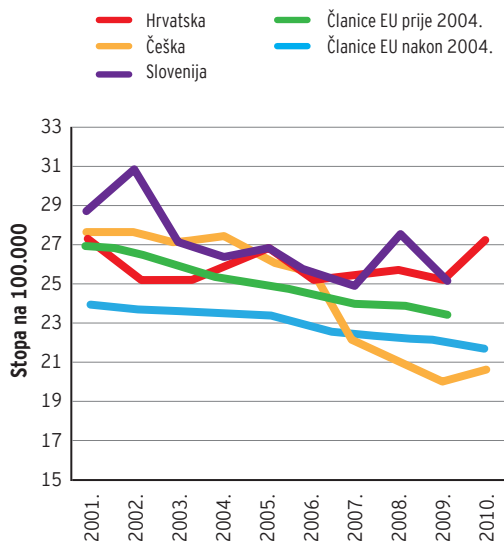
Slika 7. Udio pet vodećih uzroka smrti prema skupinama bolesti u Hrvatskoj (ukupno) u 2001. i 2010. godini. Izvor: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2002. i 2011. Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2011



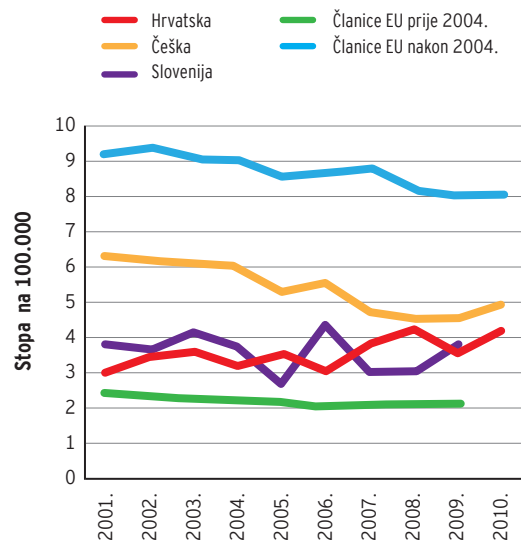
Slika 8. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od bolesti srca i krvnih žila za sve dobi u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



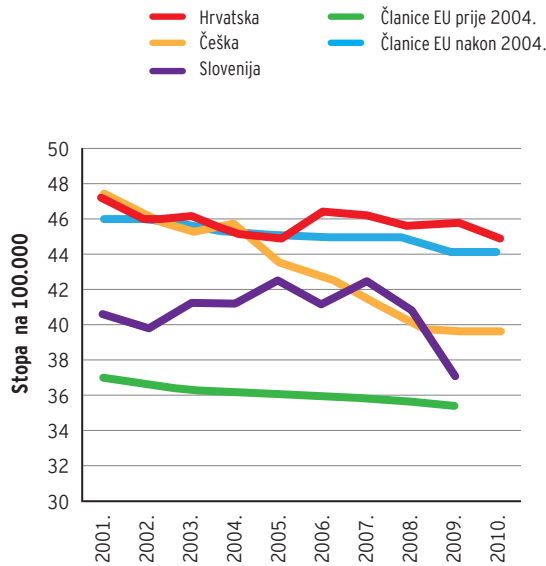
Slika 9. Dobno-standardizirane stope smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za sve dobi, u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



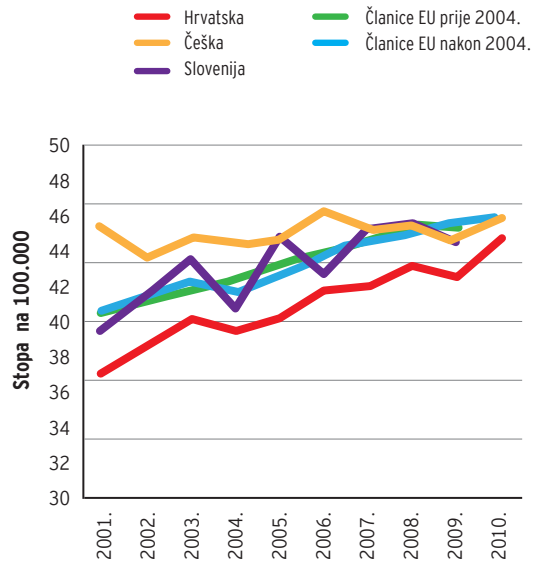
Slika 10. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope smrtnosti od raka dojke u Hrvatskoj i EU-u, stopa na 100 000 žena. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



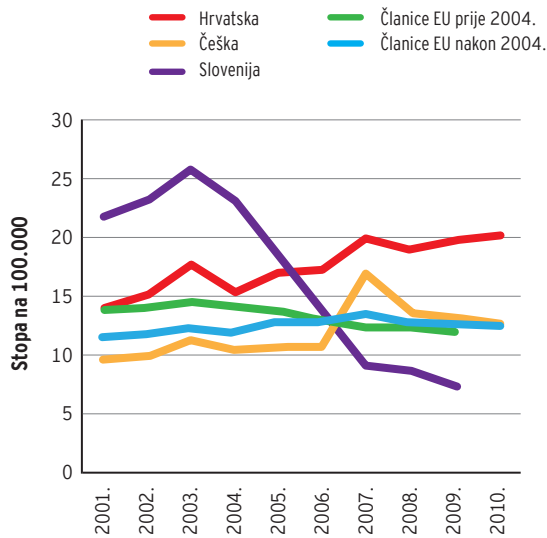
Slika 11. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope smrtnosti od raka vrata maternice u Hrvatskoj i EU-u, stopa na 100 000 žena. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



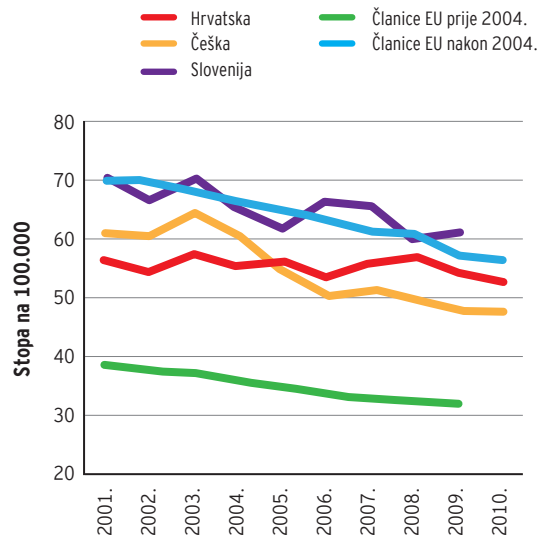
Slika 12. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća u Hrvatskoj i EU-u (muškarci). Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 13. Dobno-standardizirane (Standardno europsko stanovništvo) stope smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća u Hrvatskoj i EU-u (žene). Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 14. Dobno standardizirane stope smrtnosti od šećerne bolesti u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.



Slika 15. Standardizirane stope smrtnosti zbog ozljeda u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

Rizična ponašanja

Rezultati Hrvatske zdravstvene ankete (HZA) iz 2003. pokazali su da 15,9% odrasle populacije (20,2% muškaraca i 12,1% žena) ima loše **prehrambene navike**. Podaci istraživanja o zdravstvenom ponašanju djece školske dobi (engl. Health Behaviour in School-aged Children - HBSC) za 2010. godinu pokazuju da radnim danom uvijek doručkuje samo 59% učenika i 54% učenica. Porastom dobi sve se manje doručkuje, a djevojčice doručkuju rjeđe od dječaka. Podaci HZA-e iz 2003. pokazuju da se ukupno 30,5% hrvatskih građana starijih od 18 godina smatra **fizički neaktivnim**, s podjednakom prevalencijom u muškaraca (28,9%) i žena (31,9%). Prevalencija fizičke neaktivnosti 2008. je bila veća nego 2003. godine.

Loše prehrambene navike i nedovoljna fizička aktivnost uzroci su **prekomjerne tjelesne mase i pretilosti**, a rezultati HZA-e iz 2003. pokazuju da prekomjernu tjelesnu masu ima preko 60% muškaraca i 50% žena što Hrvatsku svrstava u skupinu zemalja s vrlo visokom prevalencijom prekomjerne tjelesne mase. Pretile osobe čine oko 20% odraslog stanovništva u Hrvatskoj, s otprilike podjednako zastupljenim spolovima (20,1% muškaraca i 20,6% žena).

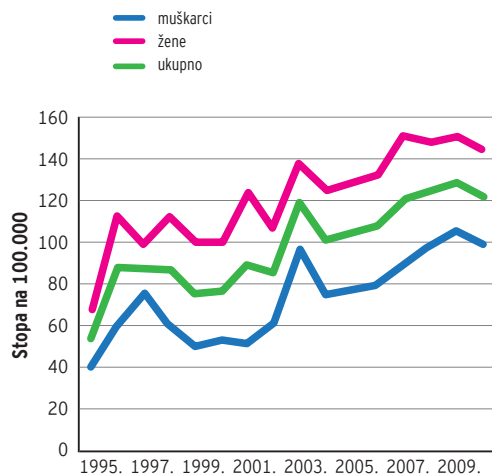
Prema procjenama SZO-a, **pušenje** je u Hrvatskoj vodeći uzrok opterećenja bolestima. Prema podacima HZA-e iz 2003., u Hrvatskoj je pušilo 27,4% osoba (33,8% muškaraca i 21,7% žena) u dobi 18 i više godina, što je više od prevalence pušenja u državama članicama EU-a prije 2004. godine (25,6%) kao i u novim članicama (25,4%). Prema podacima Svjetskog istraživanja o uporabi duhana u mladima (GYTS, 2007.) u Hrvatskoj je 67,1% učenika u dobi od 13-15 godina probalo pušiti ili je eksperimentiralo s cigaretama. Procjenjuje se da od bolesti vezanih uz pušenje u Hrvatskoj godišnje umire više od 9.000 ljudi ili svaka peta do šesta umrla osoba.

Prema 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. S obzirom na smrtnost od kronične bolesti jetre i ciroze u muškaraca, Hrvatska ima veću stopu od prosjeka »starijih« članica EU-a. Prema podacima Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske, broj nesreća koje su počinili vozači pod utjecajem alkohola se smanjuje, kao i broj osoba poginulih u tim nesrećama. Broj ozlijeđenih, međutim, ne smanjuje se u istoj mjeri. U populaciji mladih, prvi rezultati istraživanja ESPAD-a (engl. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) iz 2011. godine ukazuju da postoji trend povećanja osobito rizičnog pijenja, definiranog kao pijenje 40 i više puta u životu te »ekscenog« (engl. binge) pijenja.

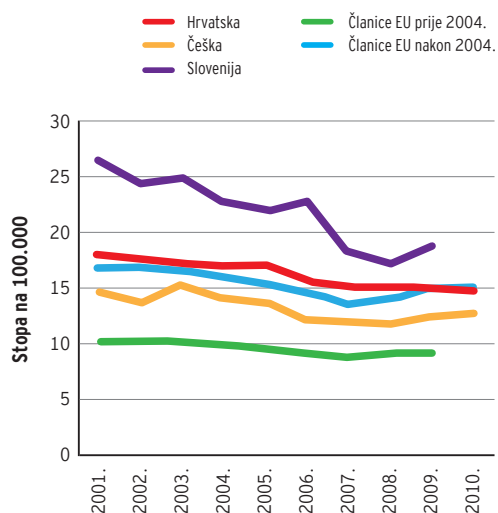
U proteklih 5 godina više od 150 osoba godišnje umrlo je zbog stanja povezanih s ovisnošću. U zdravstvenim ustanovama Hrvatske, bilo u bolničkom bilo izvanbolničkom sustavu, godišnje se zbog **zlouporabe droga** liječi oko 7.500 osoba. Ukupan broj osoba u tretmanu uglavnom je posljednjih godina stabilan, no broj novih osoba u sustavu se smanjuje. Osobito je uočljivo smanjenje broja novih ovisnika o heroinu: od 2000. godine kada je novih heroinskih ovisnika bilo više od 1000, u 2010. godini ih je prvi put bilo manje od 500.

Mentalno zdravlje

Mentalni poremećaji sudjeluju s udjelom oko 7% u ukupnom bolničkom pobolu u Hrvatskoj. Svaki četvrti ili peti dan bolničkog liječenja koristi se za mentalne poremećaje. **Mentalni/duševni poremećaji** uzrokovani alkoholom, shizofrenija, depresivni poremećaji i reakcije na teški stres uključujući posttra-



Slika 16. Stopa hospitalizacija zbog depresivnih poremećaja po spolu u razdoblju 1995.–2010. godine u Hrvatskoj. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



Slika 17. Dobno-standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi u Hrvatskoj i EU-u. Izvor: WHO Health for All Database, 2012.

umatski stresni poremećaj (PTSP), kao pojedinačne dijagnostičke kategorije, predstavljaju gotovo dvije trećine svih uzroka bolničkog pobola zbog mentalnih poremećaja. Prema korištenju dana bolničkog liječenja izrazito prednjači shizofrenija s udjelom od oko 30%. U bolničkom pobolu bilježi se trend povećanja stopa hospitalizacija na 100.000 stanovnika, osobito u pogledu depresivnih poremećaja (Slika 16). Stope smrtnosti zbog **samoubojstava** u Hrvatskoj se od 1998. kontinuirano smanjuju, no i dalje su veće nego u »starim« članicama EU-a (EU 15) (Slika 17). Županije priobalnog dijela bilježe značajno niže stope od pojedinih županija kontinentalnog dijela.

Zarazne bolesti i bolničke infekcije

Epidemiološka situacija u Hrvatskoj u pogledu zaraznih bolesti u 2011. godini, može se kao i prethodnih godina 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 ne postoje (*trbušni tifus, bacilarna dizenterija, hepatitis A*). Bolesti protiv kojih se provodi sustavno cijepljenje potisnute su, a neke i eliminirane ili iskorištenjene (*poliomijelitis, difterija*). Obuhvati za sva **cijepljenja** proteklih su godina iznad zadanog minimuma (95 % za ospice, 90% za ostala cjepiva). Rijetke i pod kontrolom su klasične spolne bolesti, gonoreja i sifilis, a intenzitet HIV/AIDS-a je nizak (22 novootkrivena slučaja AIDS-a i 76 novoinficiranih HIV-om u 2011. godini). Preventivne zdravstvene mjere za osiguranje sigurne javne vodoopskrbe i sigurne prehrane su učinkovite. U 2011. kao ni prethodnih godina nije bilo epidemija uzrokovanih industrijski pripravljenim prehrambenim proizvodima ili jelima. Hidrične epidemije posve su rijetke i iznimne, u 2011. nije bilo ni jedne.

Sprečavanje i kontrola **bolničkih infekcija** u Hrvatskoj provodi se već dugo, međutim još je uvijek nedovoljno razvijena infrastruktura za kontrolu bolničkih infekcija (ispravna je u oko 60% bolničkih

ustanova), kao i specifična educiranost osoblja koje provodi sprečavanje, suzbijanje i kontrolu bolničkih infekcija (svega oko 45% specifično educiranog osoblja). Prevalencija bolničkih infekcija utvrđena u pilot projektu Europskog centra za prevenciju i nadzor bolesti (ECDC) u 2010. godini bila je 5,2% i 9,2% u dvije bolnice koje su u projektu sudjelovale, dok je prosječno u svim bolnicama (66 bolnica iz 22 zemlje EU i Republike Hrvatske) prevalencija bila 7,1%, što znači da je stanje s bolničkim infekcijama u Hrvatskoj usporedivo sa stanjem u razvijenim zemljama Europe.

Zdravlje na radu

U razdoblju od 1990. do 2010. godine prijavljeno je ukupno 2.973 **profesionalnih bolesti**. Ukupna stopa obolijevanja u 2010. je 7,1/100.000 aktivnih osiguranika, a u promatranom razdoblju kretala se od najmanje 6,2 (1999.) do najviše 26,2 (1995.). Od svih prijavljenih profesionalnih bolesti u Hrvatskoj najčešće su: oštećenje sluha uzrokovano štetnim djelovanjem buke (22%), pneumokonioze (19%), oštećenja uzrokovana vibracijama (16%), zarazne bolesti (14%) i bolesti kože (11%).

U Hrvatskoj se na godinu zabilježi više od 20.000 **ozljeda na radu**, odnosno na 1.000 zaposlenih godišnje se ozljedi njih 15-17. Ove vrijednosti stope su više-manje konstantne u posljednjih desetak godina. Prema tim vrijednostima Hrvatska se svrstava među zemlje s niskom stopom prijavljenih ozljeda na radu, što bi moglo biti posljedica neprijavlivanja ozljeda i nedovoljno uređenog sustava zaštite zdravlja radnika, prije nego dobre zaštite zdravlja i sigurnosti na radu. S obzirom na spol, ozlijeđeni na poslu 2010. godine u 64% slučajeva bili su muškarci, a u 36% žene. U 2010. godini smrtno je stradalo 38 osoba što je isti broj kao i prethodne 2009. godine. **Nesreće sa smrtnim ishodom** bile su najčešće u građevinarstvu s udjelom od 39,5%, slijedi poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo s udjelom od 23,7% te prerađivačka industrija s 18,4%. U svim ostalim djelatnostima smrtno je stradalo još 7 radnika (18,4%).

Zdravlje vulnerabilnih skupina

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

Među bolestima zbog kojih djeca i mladi najčešće traže pomoć u ambulantama primarne zdravstvene zaštite prevladavaju bolesti dišnog sustava, najčešće obične prehlade, bronhitis, gripa i pneumonije. Slijedi skupina zaraznih i parazitarne bolesti, a među njima su najučestalije zarazne bolesti probavnog sustava, osobito u ljetnim mjesecima. Pojava alergijskih bolesti koje se očituju kao alergije dišnog sustava ili kožne alergije sve je učestalija u posljednjim godinama. Bolničko liječenje najčešće je potrebno zbog bolesti dišnog sustava, a među njima zbog kroničnih bolesti tonzila i adenoida. Slijede, a kako se povećava dob sve su učestalije (osobito kod dječaka) hospitalizacije zbog ozljeda.

Perinatalna smrtnost u Hrvatskoj je najvećim dijelom uvjetovana umiranjem djece niskih težinskih skupina, posebice onih izrazito niske porodne težine (<1000 g) i vrlo niske porodne težine (1000-1499

g). U dobi 1-19 godina prevladavaju smrti od nesreća, malignomi, kongenitalne anomalije i neurološke bolesti i oštećenja. Posljednjih godina bilježi se smanjenje smrtnosti zbog ozljeda: dok je u 2000. godini stradalo 97 dječaka i 21 djevojka u dobi 15-19 godina, u 2010. godini su zbog ozljeda umrla 33 dječaka, odnosno 19 djevojaka.

Bremenu bolesti **starijih** najviše doprinose kronične nezarazne bolesti, povezane s djelovanjem rizičnih čimbenika nezdravog načina života. Od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja zabilježenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine, oko 30% je zabilježeno u dobi 65 i više godina. Najučestalije zabilježene bolesti u starijih osoba su: hipertenzivna bolest, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, srčane bolesti, akutna infekcija gornjih dišnih sustava i šećerna bolest. Udio hospitaliziranih u dobi 65 i više godina iznosi oko 30% ukupno liječenih u bolnicama Hrvatske.

Prema podacima iz Hrvatskog registra o osobama s invaliditetom, u Hrvatskoj ima više od 519 tisuća **osoba s invaliditetom**, što je oko 12% ukupnog stanovništva. Najčešća oštećenja koja uzrokuju invaliditet ili kao komorbiditetne dijagnoze utječu na funkcionalno oštećenje osobe su oštećenje lokomotornog sustava, duševni poremećaji, oštećenja drugih organa i organskih sustava te oštećenja središnjeg živčanog sustava. Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, u Republici Hrvatskoj je u ožujku 2011. godine broj radnika koji su ostvarili invalidsku mirovinu iznosio 255.358 (bez pripadnika Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske, Hrvatskog vijeća obrane i hrvatskih branitelja) što je 9348 na 100.000 stanovnika ili 21% svih mirovina ostvarenih prema Zakonu o mirovinskom osiguranju (ZOMO). U razdoblju od 2005. do 2010. godine broj svih invalidskih mirovina ostvarenih prema ZOMO-u povećao se za 8%. U ožujku 2011. je prosječna dob pri umirovljenju bila 52 godine i 6 mjeseci, a 43% svih korisnika invalidskih mirovina bilo je mlađe od 59 godina. U 2005. godini udio izdataka za invalidske mirovine u ukupnim mirovinskim izdacima u Republici Hrvatskoj iznosio je 26,2%, dok je taj udio u zemljama EU 27 bio 15,9%.

Dostupni podaci o zdravlju **hrvatskih branitelja** pokazuju da su najčešći uzorci hospitalizacije u stacionarnom dijelu bolnica, prema skupinama bolesti branitelja i članova njihove obitelji, bili duševni poremećaji (76,6%), za kojima slijede bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (6,9%) te ozljede, otrovanja i druge posljedice vanjskih uzroka (4%). Među braniteljima su pušenje i zlouporaba alkohola značajno učestaliji nego među civilima. Ukupno ima 61.594 hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata koji status ostvaruju temeljem ranjavanja, ozljeda ili oboljenja.

Ne postoje rutinska zdravstveno-statistička istraživanja o zdravstvenom stanju i zaštiti **Roma**, pa se procjene daju na temelju pojedinih terenskih istraživanja. Zbog visoke stope nezaposlenosti vrlo mali broj radno sposobne romske populacije je aktivno osiguran. Posredovanjem županija određeni broj zdravstveno neosiguranih Roma ostvaruje zdravstvenu zaštitu na teret proračunskih sredstava. Podaci o dojenačkoj smrtnosti Roma, čak i nepotpuni, pokazuju velike razlike u odnosu na neromsko stanovništvo, a stopa smrtnosti je 3-4 puta viša u romskoj u odnosu na neromsku populaciju.

Zdravlje i okoliš

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

Na području Republike Hrvatske trenutno ne postoji sustavno prikupljanje podataka o **stanju tla**. Agencija za zaštitu okoliša je izradila Program trajnog motrenja tla kao polazni dokument za osiguranje prikupljanja podataka o stanju tla.

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

Kritična stanja u opskrbi vodom za piće su u ruralnim područjima gdje su naselja raspršena i na nepogodnom reljefu te na otocima. U ruralnim područjima ispitivanja zdravstvene ispravnosti vode za piće iz zdenaca pokazuju da je u oko trećine ispitanih uzoraka prisutno mikrobiološko onečišćenje. Zdravstvena ispravnost **rekreacijskih voda u bazenima** prati se primjenom nejedinstvene, nestandardizirane metodologije, a podaci se ne prikupljaju sustavno na nacionalnoj razini. Rezultati ispitivanja **kakvoće mora** na plažama pokazuju da je naše more visoke kakvoće.

Analizu **hrane domaćeg podrijetla i iz uvoza** u svrhu utvrđivanja zdravstvene ispravnosti obavljaju ovlašteni službeni i referentni laboratoriji u Republici Hrvatskoj. Tijekom 2009. godine je službenim uzorkovanjem provedenim na temelju plana nadziranja pošiljaka hrane životinjskog podrijetla iz uvoza utvrđeno da 12 pošiljaka nije udovoljavalo mikrobiološkim standardima za hranu. Tijekom 2010. godine utvrđeno je 12, a tijekom 2011. godine 10 takvih pošiljaka. Na temelju ukupnih rezultata analiza službeno uzorkovanih pošiljaka iz uvoza i domaćeg podrijetla, analiziranih u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo i mreži zavoda za javno zdravstvo, mikrobiološki zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica je u 2010. godini bilo 7%, a taj se udio u posljednjih sedam godina smanjuje. Kemijski zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica bilo je manje od 5%.

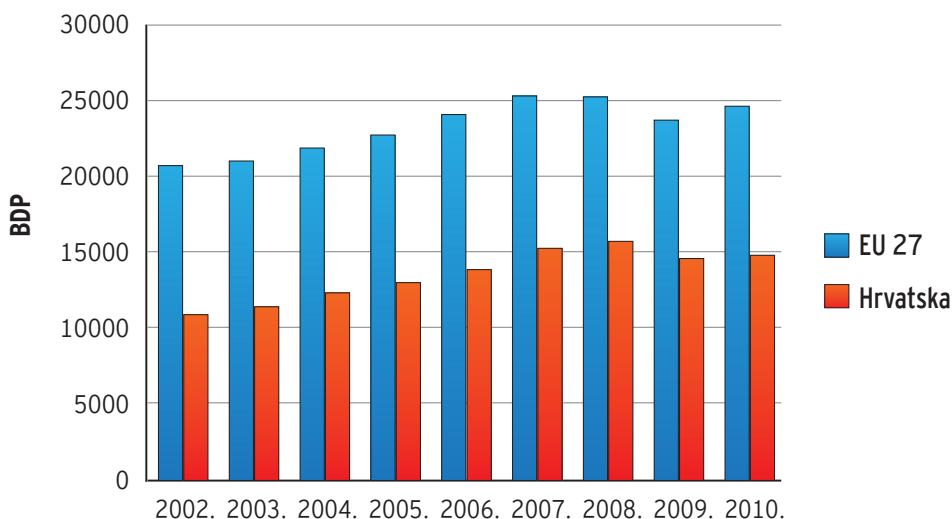
Prema Zakonu o zaštiti od buke, gradovi s više od 100.000 stanovnika te vlasnici i koncesionari industrijskih područja, glavnih cesta, željezničkih pruga i zračnih luka obvezni su izraditi stratešku **kartu buke** koja je namijenjena cjelovitom ocjenjivanju izloženosti stanovništva buci iz različitih izvora. U Republici Hrvatskoj među obveznicima izrade strateških karata buke, karte su do svibnja 2012. izradili Grad Rijeka, Grad Split i Autocesta Zagreb Macelj d.o.o.. Od jedinica lokalne samouprave koje nisu u obvezi izrade strateških karata buke, karte buke su izradili Varaždin, Sisak, Mali Lošinj, Bjelovar, Pula, Kutina, Delnice, Velika Gorica, Viškovo, Popovača, Ivanić-Grad, Lipik, Sveti Ivan Zelina, Kastav i Makarska. Stratešku kartu buke je izradila i Zračna luka Dubrovnik, iako nije u obvezi.

Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost je zadužen za nadzor i praćenje svih djelatnosti s **izvorima ionizirajućeg zračenja**. U Hrvatskoj nema sustavnog istraživanja o utjecaju neionizirajućeg zračenja na zdravlje ljudi. Nisu dostupni podaci koliko se godišnje osoba otruje kao posljedica rukovanja/izloženosti **kemikalijama**, prema vrsti, uzrocima i okolnostima trovanja, kao ni ishodu trovanja. Ne postoji ni zadovoljavajuća intersektorska suradnja koja bi omogućila sustavno bavljenje utjecajem **klime i klimatskih promjena** na zdravlje ljudi.

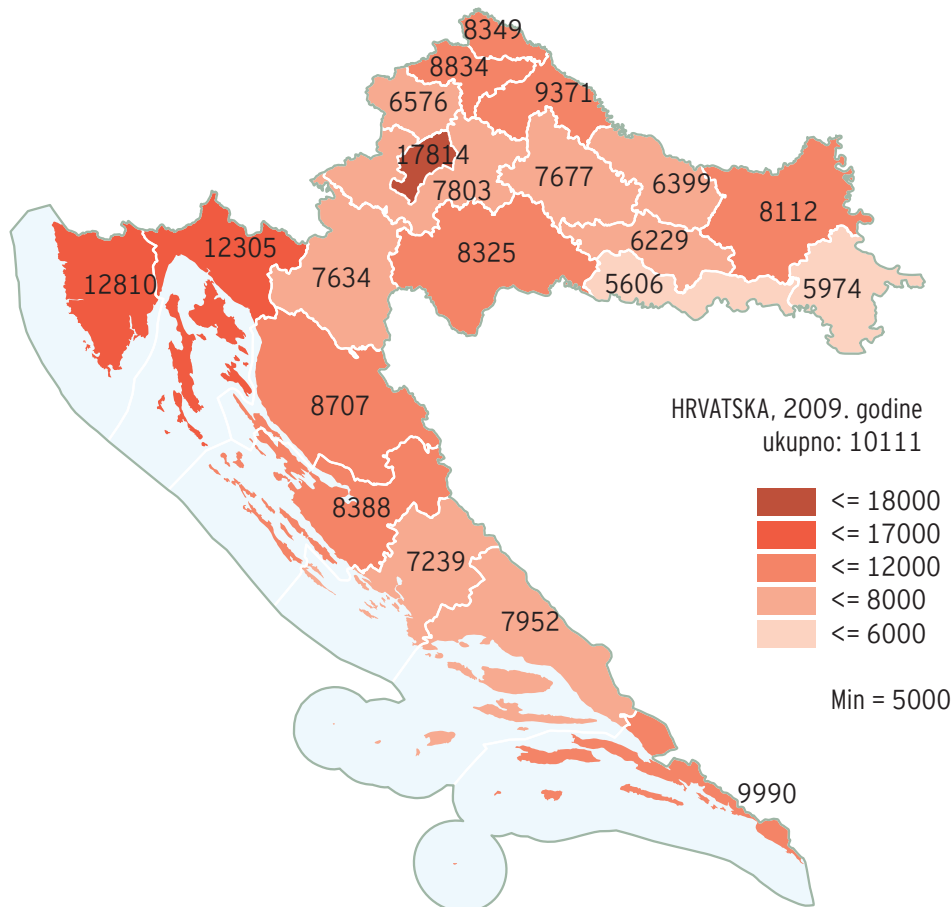
MAKROEKONOMSKI OKVIR

Bruto domaći proizvod

Bruto domaći proizvod Republike Hrvatske je 2011. iznosio 341.206 milijuna HRK (tržišne cijene), što je povećanje u odnosu na 2010. godinu kada je iznosio 334.564 milijuna HRK (tržišne cijene). Prema bruto domaćem proizvodu (BDP) *per capita*, Hrvatska značajno zaostaje za zemljama članicama EU-a (Slika 18). Važno je istaknuti regionalne disproporcije Hrvatske što se tiče razine razvijenosti. Najslabije su razvijene županije Središnje i Istočne Hrvatske, a daleko najviši BDP *per capita* bilježi se u Gradu Zagrebu (Slika 19). BDP *per capita* iznad prosjeka Hrvatske imaju još Primorsko-goranska i Istarska županija. Na Grad Zagreb otpada više od trećine ostvarenog BDP-a, a sljedeće su Splitsko-dalmatinska (9%), Primorsko-goranska (8%) te Istarska, Osječko-Baranjska i Zagrebačka županija (s po 6%). Najmanje, s po 1% u ukupnoj strukturi BDP-a sudjeluju Ličko-senjska, Virovitičko-podravska i Požeško-slavonska županija.



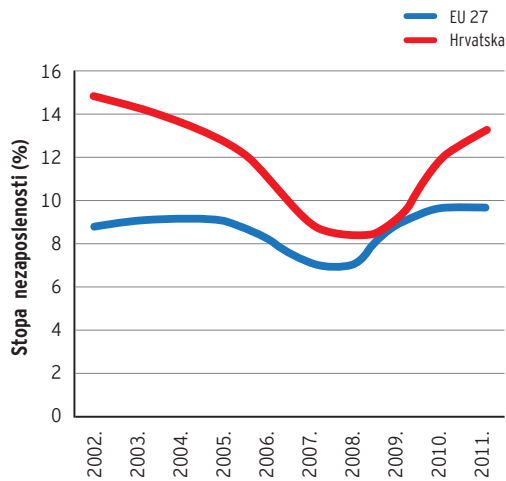
Slika 18. Bruto domaći proizvod (BDP) per capita (po paritetu kupovne moći) u EU 27 i Hrvatskoj 2002.–2010. godine. Izvor: Eurostat.



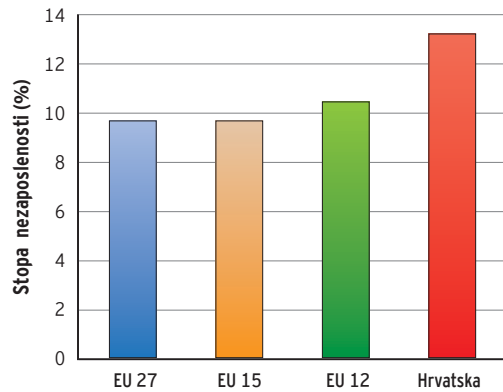
Slika 19. Bruto domaći proizvod (BDP) per capita (u EUR) po županijama 2009. Izvor: Državni zavod za statistiku (2012). Priopćenje od 14. ožujka 2012. Broj 12.1.2.

Stope nezaposlenosti

U Hrvatskoj su prosječne stope nezaposlenosti više nego u zemljama EU 27, EU 15 ili EU 12 (Slika 20 i 21). Najviše nezaposlenih u veljači 2012. bilo je bez škole, s osnovnom školom ili srednjom školom, a 10% ukupno nezaposlenih bilo je s višom školom, fakultetom, akademijom, magisterijem ili doktoratom. Stopa nezaposlenih među mladima u 2011. se kretala u rasponu 30-40%. Regionalne disproporcije u Hrvatskoj postoje i u pogledu stopa nezaposlenosti, te je većina županija 2010. godine imala više stope nezaposlenosti od prosječne stope za Hrvatsku. Grad Zagreb imao je najnižu stopu registrirane nezaposlenosti, a Brodsko-posavska, Vukovarsko-srijemska, Virovitičko-podravska i Sisačko-moslavačka županija najviše.



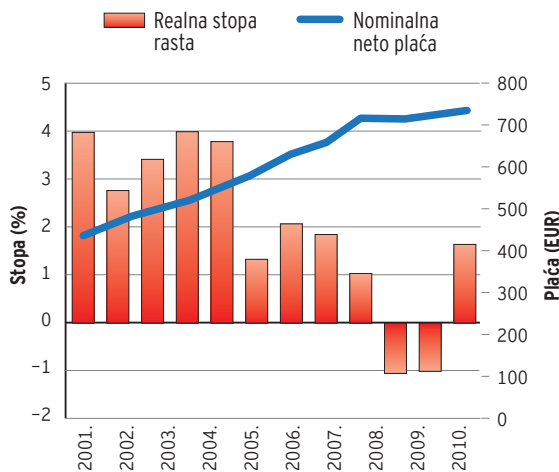
Slika 20. Stopa nezaposlenosti u EU 27 i Hrvatskoj 2002.-2011. godine. Izvor: Eurostat



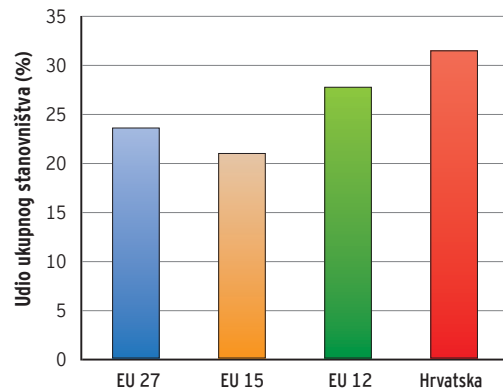
Slika 21. Stopa nezaposlenosti u EU 27, EU 15, EU 12 i Hrvatskoj 2011. godine. Izvor: Eurostat.

Plaće i rizik od siromaštva

Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenome u pravnim osobama u Hrvatskoj za 2011. godinu je iznosila 5.441 HRK (Slika 22). U djelatnosti zdravstvene zaštite prosječna mjesečna isplaćena neto plaća bila je 6.170 HRK, što je 0,8% više nego u 2010. godini. Iako su se prosječne nominalne plaće u razdoblju 2000.-2011. povećavale, plaće su se realno smanjivale 2009. i 2010. godine. U Hrvatskoj je u veljači 2012. godine bilo 1.214.715 umirovljenika s prosječnom mirovinom (umanjenom za porez i prizrez) od 2.341,26 HRK. Čak 31,3% ukupnog stanovništva Hrvatske je 2010. bilo u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti (Slika 23).



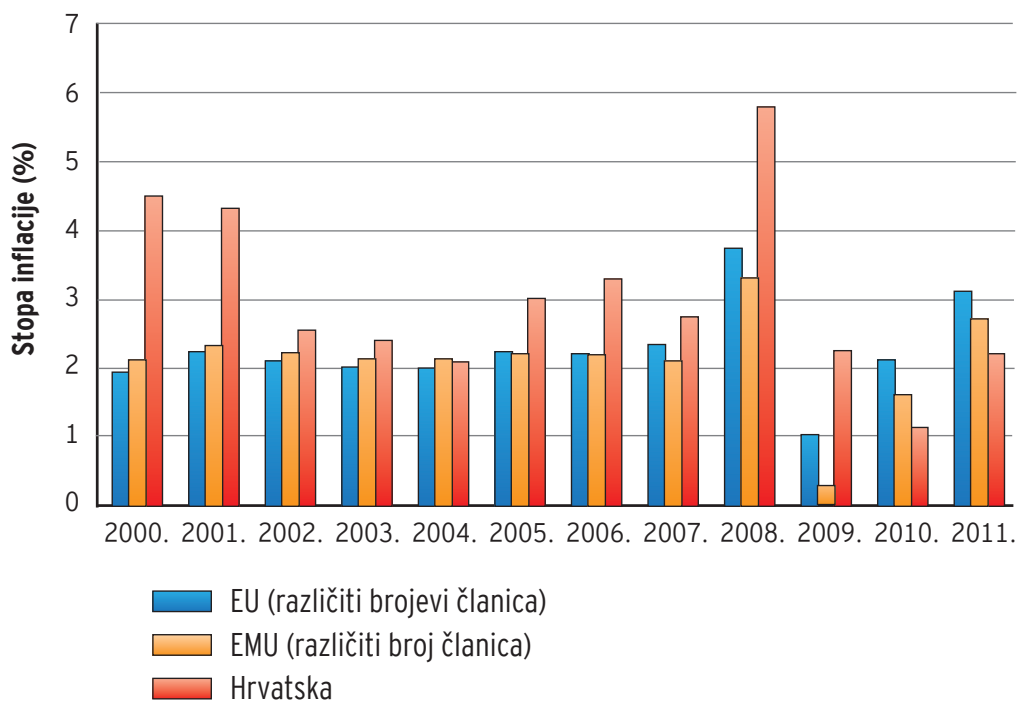
Slika 22. Prosječne nominalne plaće (EUR) i realna stopa rasta plaća (%) u Hrvatskoj 2000.-2011. godine. Izvor: Hrvatska narodna banka, baza podataka.



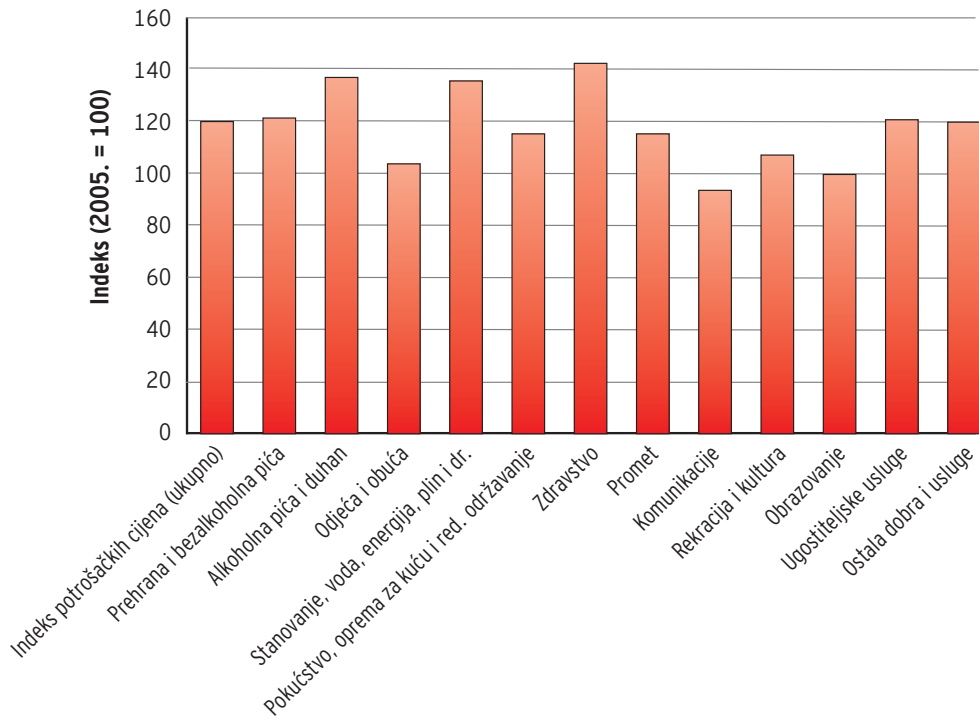
Slika 23. Građani u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti u EU 27, EU 15, EU 12 i Hrvatskoj 2010. godine. Izvor: Eurostat.

Inflacija, cijene i zaduženost

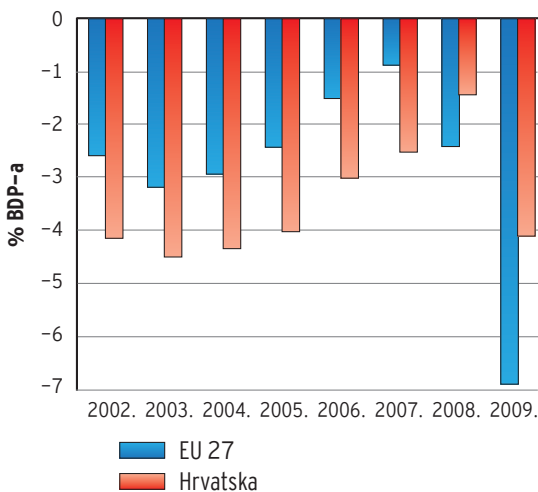
Stopa inflacije u Hrvatskoj je niža 2010. i 2011. godine nego u zemljama EU-a i europske monetarne unije (EMU) (Slika 24). Indeksi potrošačkih cijena 2011. (2005.=100) pokazuju značajan porast cijena u zdravstvu – 42% u odnosu na 2005. godinu, 36% porasta cijena alkoholnih pića i duhana te 35% porasta cijena stanovanja, vode, energije, plina i drugih goriva (Slika 25). Saldo konsolidirane opće države u razdoblju 2002.-2009. je negativan, odnosno u deficitu (Slika 26). Udio duga opće države u BDP-u je u cijelom promatranom razdoblju veći u zemljama članicama EU 27 nego u Hrvatskoj (Slika 27).



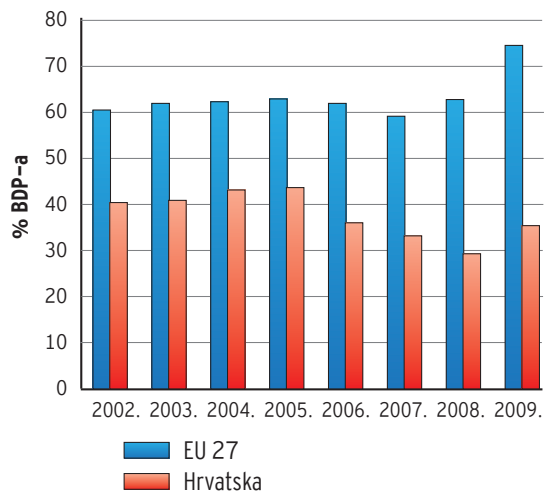
Slika 24. Inflacija mjerena harmoniziranim indeksom potrošačkih cijena u EU-u, EMU-u i Hrvatskoj 2000.-2011. godine. Izvor: Eurostat.



Slika 25. Indeksi potrošačkih cijena 2011. godine (2005.=100). Izvor: Državni zavod za statistiku (2012) Mjesečno statističko izvješće 2.



Slika 26. Saldo konsolidirane opće države EU 27 i Hrvatske 2002.-2009. godine. Izvor: Eurostat.



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

ORGANIZACIJA I TEMELJNA ZAKONSKA REGULATIVA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

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

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

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

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

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

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

Prema **Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju**, osigurane osobe imaju prava i obveze u korištenju zdravstvene zaštite, kao i druga prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje dijeli se na osnovno, dopunsko i privatno. Osnovno je zdravstveno osiguranje

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

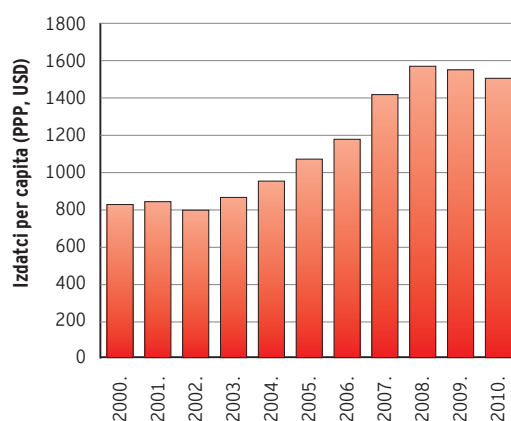
Osnovno zdravstvo financira se doprinosima osiguranika, doprinosima poslodavaca, doprinosima drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonima, posebnim doprinosima za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, posebnim doprinosima za slučaj ozljede na radu, prihodima iz državnog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

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

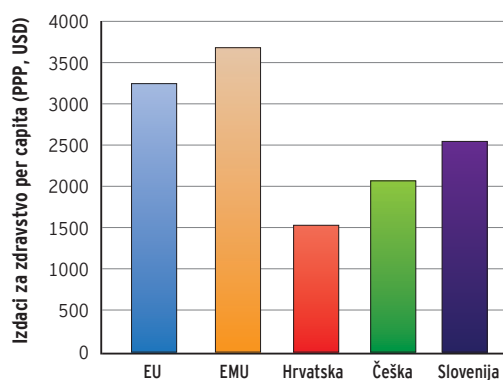
FINANCIRANJE ZDRAVSTVA

Izdaci za zdravstvo per capita u Hrvatskoj 2010. godine su značajno niži nego u zemljama EU-u, EMU-u (zemljama europske monetarne unije), Češkoj i Sloveniji, a pokazuju trend rasta u razdoblju 2000.-2008. i blagog pada 2009. i 2010. godine (Slika 28 i 29). U usporedbi s europskim prosjecima, u Hrvatskoj je niži i udjel ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u (Slika 30). Udjel **javnih izdataka za zdravstvo** u BDP-u u Hrvatskoj (6,6%) viši je nego u Češkoj (6,1%) i Sloveniji (6,4%), no niži je nego ukupan udjel javnih izdataka u BDP-u EU-a koji je 2009. godine iznosio 7,8% BDP-a i koji pokazuje trend rasta (Slika 31). Udjel **izdataka za prevenciju** je 2010. godine bio niži u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a, te je iznosio samo 0,68% ukupnih izdataka za zdravstvo, dok je u zemljama EU-a taj udjel bio 2,68%.

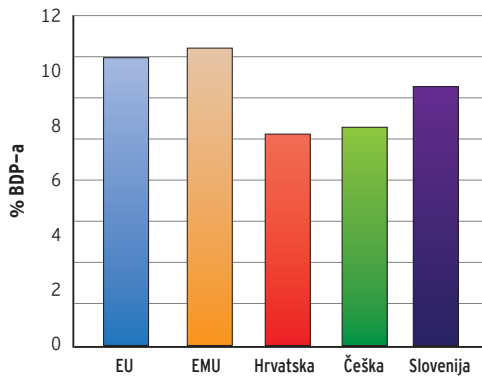
Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj u razdoblju 2008.-2010. bili su nepromijenjeni (Slika 32). Njihov udjel u ukupnim javnim izdacima u tom razdoblju iznosio je 17,7% što je više nego u zemljama EU-a, EMU-a, Češkoj i Sloveniji gdje su izdaci za zdravstvo imali najmanji udjel u ukupnim javnim izdacima među promatranim zemljama te su 2010. godine činili 13,8% (Slika 33). Iako su javni izdaci za zdravstvo kao udio u ukupnim javnim izdacima viši u Hrvatskoj nego u zemljama EU-a, u apsolutnom smislu ti su izdaci manji s obzirom na ukupan BDP Hrvatske, kao i iznos ukupnih javnih izdataka.



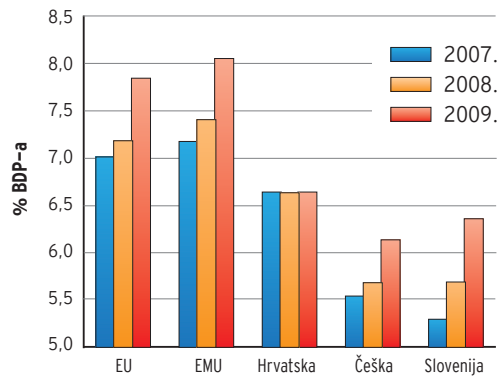
Slika 28. Izdaci za zdravstvo per capita (PPP, USD) u Hrvatskoj, 2000.-2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



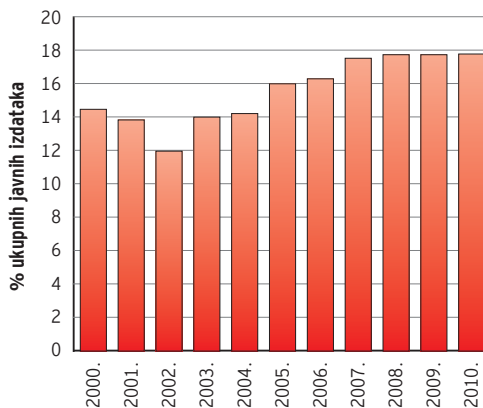
Slika 29. Izdaci za zdravstvo per capita (PPP, USD) u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji 2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



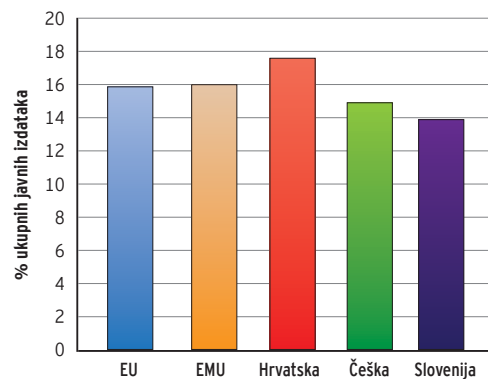
Slika 30. Ukupni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% BDP-a), 2010. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 31. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% BDP-a). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



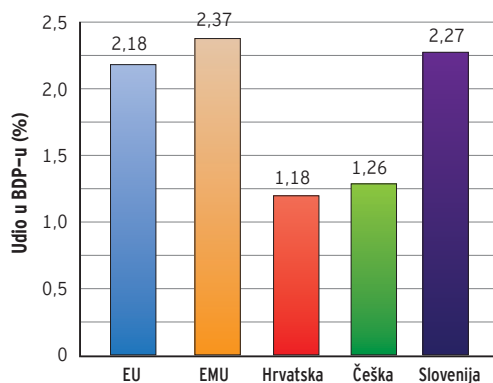
Slika 32. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj (% ukupnih javnih izdataka). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



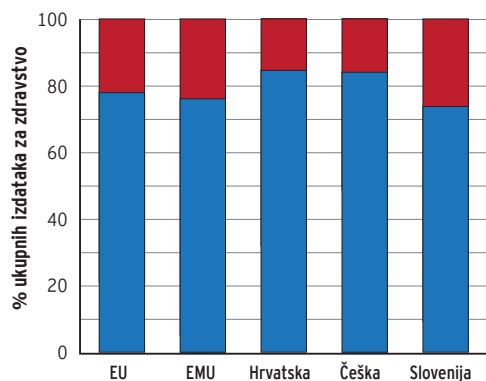
Slika 33. Javni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih javnih izdataka). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

Udjel **privatnih izdataka za zdravstvo** u BDP-u u Hrvatskoj je niži nego u zemljama EU-a, EMU-a, Sloveniji i Češkoj te je 2008. i 2009. godine iznosio 1,18% BDP-a, u Češkoj je 2009. bio 1,26% BDP-a, dok je u zemljama EU-a, EMU-a i Slovenije bio više od 2% BDP-a. Nadalje, u Hrvatskoj javni izdaci sudjeluju s oko 85% u ukupnim izdacima za zdravstvo što je više nego 2010. godine u EU-u (77%), EMU-u (76%), Sloveniji (74%), dok je Češka s 84% blizu Hrvatske prema ovom pokazatelju (Slika 34 i 35).

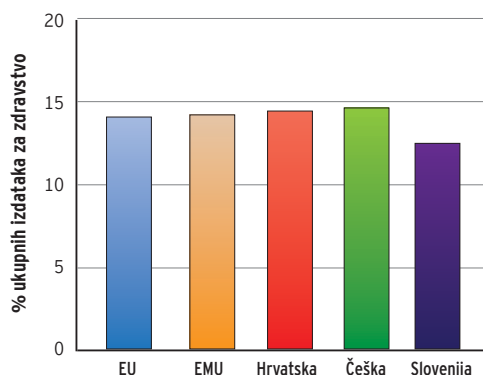
Pacijenti moraju plaćati iz džepa pružateljima zdravstvenih usluga u privatnom vlasništvu (koji nisu pod ugovorom s HZZO-om) te, ako nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje, pružateljima usluga pod ugovorom s HZZO-om za usluge koje nisu potpuno pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Udjeli **plaćanja iz džepa građana** u ukupnim izdacima za zdravstvo u 2010. u Hrvatskoj su bili vrlo slični onima u EU-u, EMU-u i Češkoj, a nešto viši od onog u Sloveniji (Slika 36). Ipak, u ukupnim privatnim



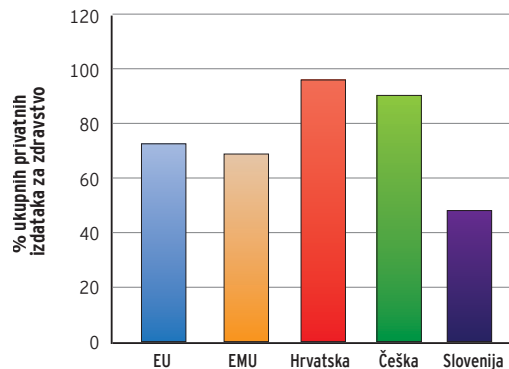
Slika 34. Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 35. Javni i ostali izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Plavo - javni izdaci; crveno - ostali izdaci. Izvor: Svjetska banka, baza podataka.



Slika 36. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% ukupnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

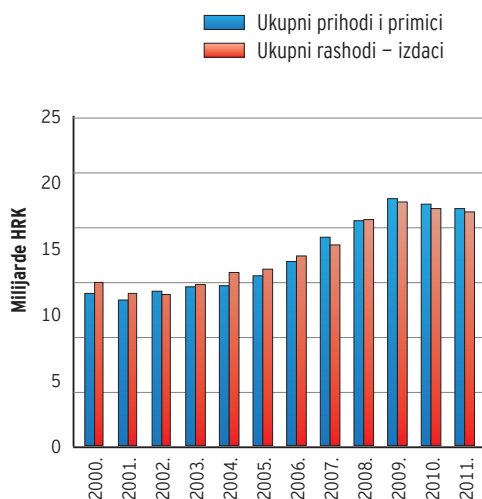


Slika 37. Plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj, EU-u, EMU-u, Češkoj i Sloveniji (% privatnih izdataka za zdravstvo). Izvor: Svjetska banka, baza podataka.

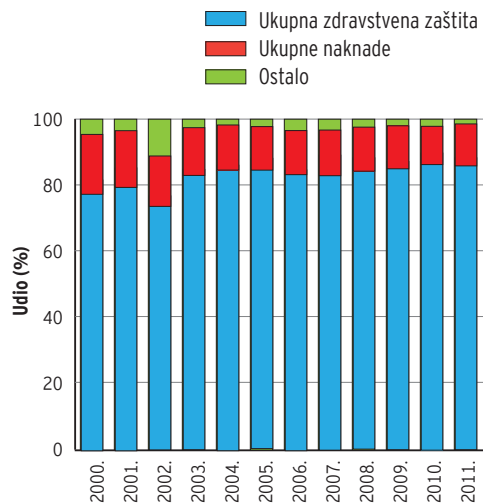
izdacima za zdravstvo, udio plaćanja iz džepa građana u Hrvatskoj (95,9%) znatno je veći nego u EU-u, EMU-u i Sloveniji (Slika 37).

Prema veličini udjela javne zdravstvene potrošnje u ukupnoj potrošnji zdravstva Hrvatska je vodeća među tranzicijskim zemljama i među prvima u usporedbi s razvijenim europskim zemljama. Izdaci za zdravstvenu zaštitu i činjenica da se kompenzacije i naknade kao što su bolovanja i porodiljni dopusti te kompenzacije transportnih troškova plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja dovele su **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** (HZZO) do akumulacije gubitaka. Navedeni su gubici djelomično pokriveni zajmovima i državnim subvencijama.

Veći dio razdoblja od 2000. do 2011. godine HZZO je poslovao s gubitkom. Višak prihoda nad rashodima ostvaren je 2002. i 2007. godine te u razdoblju 2009.-2011. godine, dok je najveći manjak ostvaren 2004. godine (1,17 milijardi HRK) (Slika 38). Najznačajniji **izvori prihoda** su prihodi od prora-



Slika 38. Ukupni prihodi i rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) 2000.-2011. Izvor: HZZO.

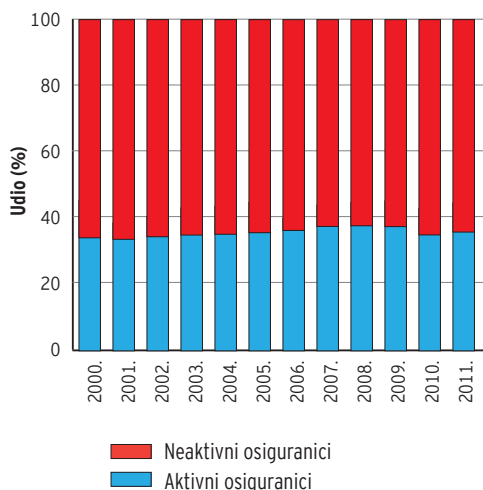


Slika 39. Struktura izdataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) 2000.-2011. Izvor: HZZO.

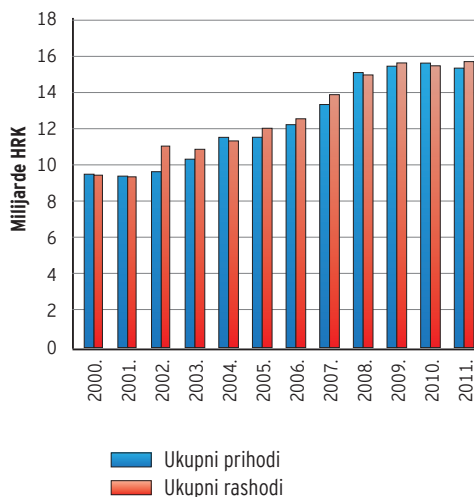
čuna za redovnu djelatnost koji uključuju prihode od doprinosa i transfera iz proračuna. U razdoblju 2000.-2011. prihodi iz proračuna pokazuju trend rasta, a njihov udjel u ukupnim prihodima je 2011. bio 92,2%. S druge strane, najveći dio **rashoda** HZZO-a čine zdravstvena zaštita i naknade (Slika 39). Izdaci za ukupnu zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2000.-2011. pokazuju trend rasta, ali se isti smanjuju u 2010. i 2011. godini u odnosu na 2009. godinu. Zdravstvena zaštita je 2011. sudjelovala u ukupnim izdacima s 86,2% (18.425 milijuna HRK), 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%). 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 rodiljne naknade koje su iste godine iznosile 896 milijuna HRK, mada se od 2009. godine smanjuju obje vrste naknada, kao i ukupne naknade.

Ukupne **obveze HZZO-a** su se u razdoblju 2000.-2011. povećale. Dana 31.12.2011. ukupne su obveze iznosile gotovo 4,662 milijuna HRK, od čega je dospjelih obveza iz djelatnosti 154 milijuna HRK, a nedospjelih obveza oko 4.335 milijuna HRK. U odnosu na prethodnu, 2010. godinu ovakvo stanje predstavlja povećanje obveza. Za ocjenu stanja obveza HZZO-a važan 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.

Za razumijevanje financijskog poslovanja HZZO-a važan je i podatak o **broju osiguranika**. Podaci iz 2011. godine pokazuju da je oko 35% aktivnih osiguranika (aktivnih radnika i aktivnih poljoprivrednika), a 65% neaktivnih osiguranika (umirovljenika, članova obitelji i ostalih) (Slika 40).



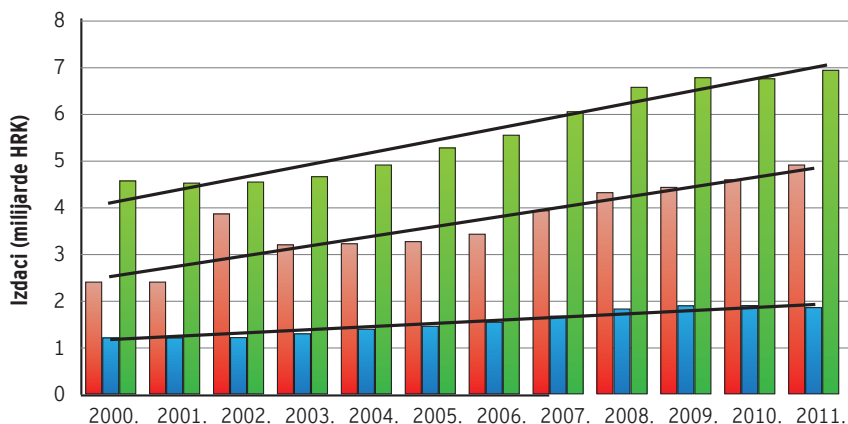
Slika 40. Udjel aktivnih i neaktivnih osiguranika 2000.–2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.



Slika 41. Ukupni prihodi i rashodi zdravstvenih ustanova 2000.–2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Sustav plaćanja primarne i bolničke zdravstvene zaštite uključuje nekoliko mehanizama. Plaćanje zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja se putem glavarine, a uveden je i mehanizam plaćanja cijena za uslugu, odnosno mehanizam plaćanja po terapijskom postupku. Bolničke zdravstvene ustanove ugovaraju proračun s HZZO-om na razdoblje od godine dana. Središnja država i županije skupljaju dodatna sredstva za zdravstvenu zaštitu iz općih poreza i troše ih neovisno o HZZO-u za investicije u infrastrukturu i tehničku opremljenost te održavanje javnih pružatelja zdravstvenih usluga. Ministarstvo zdravlja ima manji udjel u izdacima za zdravstvenu zaštitu, godišnje potroši oko 0,2-0,3% BDP-a na programe, planiranje te regulaciju javnog zdravstva i slično. Središnja vlada financira kliničke bolnice i kliničke bolničke centre, županije financiraju opće i specijalne bolnice i primarne

■ Materijalni izdaci
 ■ Nematerijalni izdaci
 ■ Bruto plaće i naknade



Slika 42. Izdaci za bruto plaće i naknade, materijalni i nematerijalni izdaci zdravstvenih ustanova 2000.–2011. Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

centre zdravstvene zaštite u svom vlasništvu. Svake godine središnja vlada distribuira minimalni iznos po županijama za kapitalne investicije primarno temeljeno na veličini pokrivenog stanovništva, ali i na temelju ustanova i broja kreveta u svakoj županiji.

Prihodi i rashodi zdravstvenih ustanova pokazuju trend porasta, s time da su se 2011. godine prihodi smanjili u odnosu na 2010. godinu (Slika 41). Podaci o strukturi izdataka zdravstvenih ustanova u 2011. godini pokazuju da su najveći izdaci za bruto plaće i naknade, te materijalni izdaci (Slika 42).

Prosječne **neto i bruto plaće** povećale su se u razdoblju 2000.-2011., iako nominalni rast plaća ne znači ujedno i realni rast plaća. Prosječan broj zaposlenih na osnovi ukalkuliranih sati rada je porastao 2011. godine u odnosu na 2010. godinu za 457 radnika, a vidljiv je i porast broja zaposlenih u čitavom razdoblju 2000.-2011.

U strukturi **materijalnih izdataka** 2011. godine najviše otpada na lijekove i potrošne medicinske materijale (gotovo 60% ukupnih materijalnih izdataka). Primjetan je značajan rast izdataka za utrošenu energiju u promatranom razdoblju od 2000. do 2011. godine, što se može pojasniti i porastom cijena energenata. Uočljivo je da 2011. godine nije bilo izdataka za **investicijsko održavanje** koji su u razdoblju 2000.-2010. prosječno iznosili 96,5 milijuna HRK godišnje.

INFRASTRUKTURA I KORIŠTENJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Primarna zdravstvena zaštita

U djelatnostima **opće/obiteljske medicine** i **zdravstvene zaštite predškolske djece**, u Republici Hrvatskoj (RH) u 2010. godini ukupno je radilo 2.540 timova na 2.544 lokacije. Od 2.540 liječnika, 1.505 je bilo specijalista, od čega 1.072 specijalisti opće/obiteljske medicine, 255 specijalisti pedijatrije, 88 specijalisti medicine rada, 71 specijalist školske medicine i 19 specijalista ostalih specijalnosti. U odnosu na 2009. godinu, u 2010. godini se broj specijalista obiteljske medicine povećao za 3,4%.

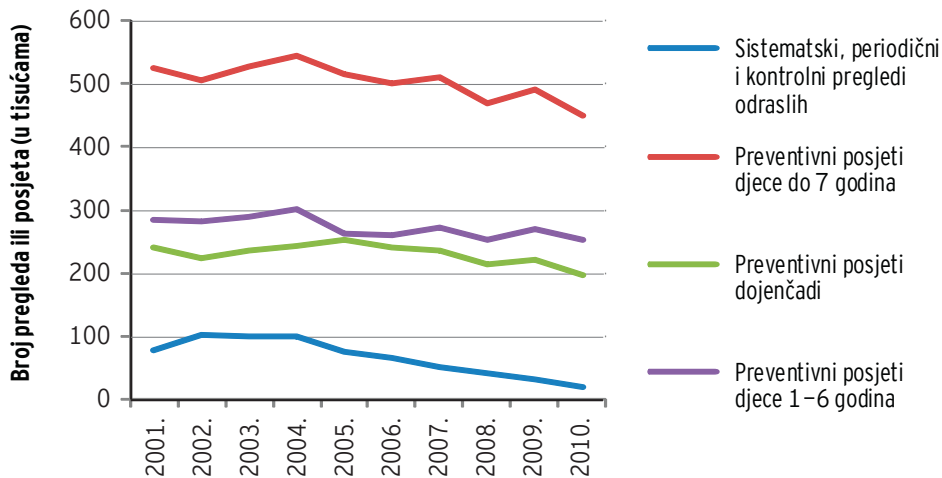
Među ostalim zdravstvenim djelatnicima, 37 ih je bilo više stručne spreme, a 2.498 srednje stručne spreme. Broj posjeta u ordinacijama opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece u 2010. bio je 28.626.050, što je 0,5% manje nego 2009. godine. Broj pregleda u kući tijekom 2010. godine bio je 332.369 što je za 2,5% više nego u 2009. godini, no za 39% manje nego 1990. godine.

Od 1995. godine prati se broj upućivanja na specijalističke preglede. Godine 2010. zabilježeno je 7.198.924 upućivanja na specijalističke preglede od strane timova PZZ-a, što je za 0,4% manje nego u 2009. godini, no za 43% više nego 1995. godine. To povećanje može se djelomično objasniti i činjenicom da suvremeni algoritmi i načini liječenja katkad zahtijevaju i veći broj dijagnostičkih pretraga i kontrola. Osim toga, u pravilnom tumačenju toga povećanja valja uzeti u obzir da dio upućivanja (na kontrolne preglede) indiciraju liječnici iz specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite što liječnici u PZZ-u samo izvršavaju.

U djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece vidljiv je trend smanjivanja broja preventivnih pregleda i posjeta u proteklih 10 godina (Slika 43).

Redosljed i udio prvih pet skupina bolesti i stanja utvrđenih u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, u Republici Hrvatskoj od 2001. do 2010. godine nije se značajnije mijenjao u posljednjih 10 godina. Najčešće su bolesti dišnog sustava, s udjelom od 20-25%, za kojima slijede bolesti srca i krvnih žila (9-11%), bolesti mišićno-koštanog sustava (9-10%), bolesti mokraćnih i spolnih organa (5-6%), te bolesti kože i potkožnoga tkiva (5-5,5%).

U djelatnosti **zdravstvene zaštite žena** u 2010. godini je ugovorno s HZZO-om radilo 219 timova s punim radnim vremenom i 21 tim s djelomičnim radnim vremenom, dok je u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om u 2010. godini radilo 60 timova s punim te 10 timova s djelomičnim radnim vremenom.



Slika 43. Broj sistematskih, periodičnih, kontrolnih i preventivnih posjeta i pregleda u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u RH od 2001.–2010. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

U proteklih 10 godina povećao se ukupni broj žena u skrbi – s 1.410.107 u 2001. godini na 1.535.626 u 2010. godini – dok se istodobno smanjio udio žena koje koriste skrb u ginekološkim ordinacijama primarne zdravstvene zaštite žena s ugovorom s HZZO-om – s 56,1% u 2001. na 41,1% u 2010. Tijekom 2010. godine zabilježeno je 1.585.235 posjeta i 867.474 pregleda, što je za 192.433 pregleda manje nego u 2001. godini. Prosjek broja pregleda po trudnici na razini cijele RH 2010. godine bio je 8,5 pregleda po trudnici.

U 2010. godini zabilježeno je 77.623 posjeta žena u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava; u ordinaciji ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u samo 7,5% žena fertile dobi propisano je jedno od kontracepcijskih sredstava, najčešće oralni kontraceptivi (75,5%) i intrauterini ulošci (12,9%). U 2010. godini obavljeno je 486.581 preventivnih pregleda žena (473,3/1.000 žena fertile dobi), a najveći broj preventivnih pregleda odnosio se na sistematske ginekološke preglede (65,8%), dok je obavljeno 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.

U djelatnosti **medicine rada**, u 2010. godini je obavljen ukupno 403.231 pregled (povećanje od 12,7% u odnosu na prethodnu godinu). Stopa preventivnih pregleda je najviša u posljednjih pet godina i iznosila je 281,5 na 1.000 zaposlenih. Stopa periodičkih pregleda također se povećala u odnosu na prethodne godine te je u 2010. bila 113,1 na 1.000 zaposlenika.

U **patronažnoj zaštiti** je u 2010. godini radilo 838 viših medicinskih sestara (712 u 2001. godini) i 123 medicinske sestre srednje stručne spreme (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).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu, u **hitnoj medicinskoj službi** se u 2011. godini nastavio trend povećanja broja timova (s 445 u 2009. na 794 u 2011.), broja doktora medicine (s 456 u 2009. na 564 u 2011.), broja medicinskih sestara i medicinskih tehničara (s 897 – uključujući sanitetski prijevoz - u 2009. na 1254 u 2011.) te smanjenja broja vozača (s 1014 – uključujući sanitetski prijevoz – u 2009. na 539 u 2011.). U 2010. zabilježeni broj intervencija u ordinacijama HMS-a bio je 1.025.980 (smanjenje za 5,2% u odnosu na 2009.). Broj intervencija u kući pacijenata bio je 186.914 (veći za 0,2% u odnosu na 2009.), a na terenu 68.914 (7,4% manje u odnosu na 2009. godinu). Sanitetskih prijevoza je bilo 542.461, uz povećanje za 3,7% u odnosu na 2009. godinu.

Za pružanje hitne medicinske skrbi na cestama, otocima i teško dostupnim područjima RH, u slučajevima masovnih nesreća te za prijevoz organa za transplantaciju i medicinskog osoblja u hitnim situacijama nužan je hitan medicinski zračni prijevoz i brzi prijevoz brodom. Hitan medicinski zračni prijevoz trenutno se obavlja raspoloživim vojnim kapacitetima. Hitan zračni medicinski prijevoz skraćuje vrijeme transporta čime se osigurava jednakost pružanja hitne medicinske skrbi na teško dostupnim lokacijama i otocima u odnosu na kopnene urbane dijelove županije. Prosječno vrijeme trajanja hitnog medicinskog prijevoza u 2012. godini bilo je 49 minuta i 45 sekundi, što ispunjava cilj uspješne reorganizacije hitne medicinske službe osiguravajući zbrinjavanje hitnog pacijenta u okviru »zlatnog sata«. Tijekom 2011. je za potrebe zdravstvenog sustava obavljeno ukupno 1.387 medicinskih letova. Helikopterskih letova bilo je 437, pri čemu je prevezeno 478 pacijenata. Svaki naseljeni otok ima osiguran najmanje jedan interventni helidrom. Za potrebe hitnih medicinskih zbrinjavanja, osigurano je i pružanje usluga prijevoza morem, no hitan pomorski prijevoz pacijenata obavlja se neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima Ministarstva unutarnjih poslova.

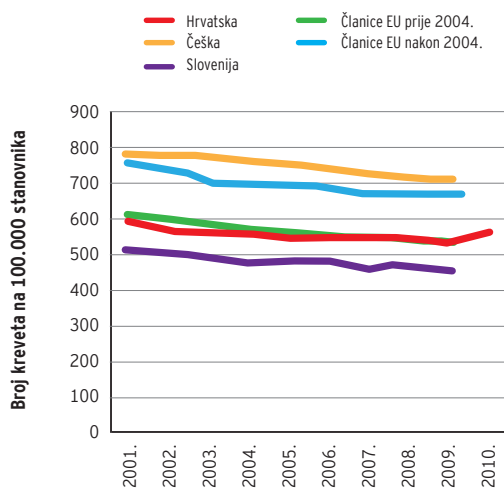
Specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita

U bolnicama i lječilištima u 2011. godini bilo je ukupno 3.364 specijalističko-konzilijarnih jedinica, od toga 1.839 u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama, 1.327 u općim bolnicama, 51 u psihijatrijskim bolnicama, 143 u specijalnim bolnicama, a 4 u lječilištima. Specijalističko-konzilijarna djelatnost provodi se i u 352 samostalne poliklinike, 513 privatnih specijalističkih ordinacija te 264 trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

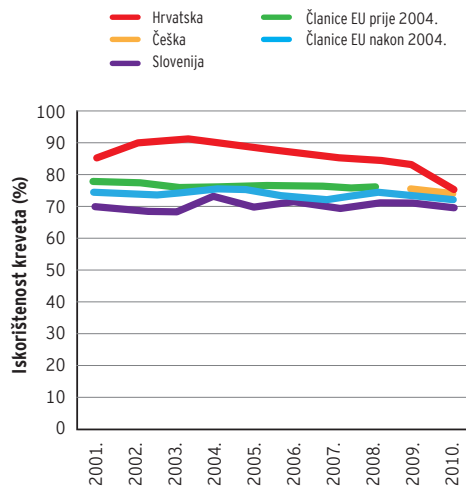
Broj pregleda u ordinacijama i ustanovama s ugovorom s HZZO-om u 2010. godini bio je za 17% veći nego 2000. godine kad je zabilježeno 6.598.913 pregleda. U odnosu na 2000. godinu kada je jedan specijalistički pregled obavljen na svakih 2,7 pregleda u djelatnosti opće/obiteljske medicine, u 2010. godini zabilježen je pad tog omjera: jedan specijalistički pregled dolazi na svakih 1,9 pregleda u djelatnosti opće/obiteljske medicine.

Bolnička zdravstvena zaštita

U svibnju 2012. u Mreži javne zdravstvene službe u Hrvatskoj je bilo pet kliničkih bolničkih centara, tri kliničke bolnice, pet klinika, 22 opće bolnice, 26 specijalnih bolnica i tri lječilišta. Prema procjenama objavljenim u Nacionalnoj strategiji razvitka zdravstva 2006.-2011., u Hrvatskoj je manje od 10% stanovnika živjelo udaljeno više od 40 km zračne linije do najbliže bolnice.



Slika 44. Broj bolničkih kreveta u bolnicama na 100.000 stanovnika (SZO) 2001. do 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database.



Slika 45. Postotak iskorištenosti kreveta u akutnim bolnicama (SZO) 2001. do 2010. godine. Izvor: WHO Health for All Database.

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika smanjio se od 6,00 u 2001. godini na 5,66 u 2010. godini (Slika 44). Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika, u 2001. godini je bilo 3,97 (4,07 u 2010. g.) kreveta za akutno liječenje te 2,03 (1,59 u 2010. g.) kreveta za subakutno i kronično liječenje. U 2010., broj kreveta u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama bio je 9.789, u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima 7.049, a u specijalnim bolnicama i lječilištima 8.179. U Hrvatskoj, kao i u većini europskih zemalja, postoji trend smanjenja broja bolničkih kreveta, iako se izmjenama Mreže javne zdravstvene službe 2010. u odnosu na 2009. povećao broj kreveta u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama (za 13,8%) i u specijalnim bolnicama i lječilištima (za 2,6%). Ukupna godišnja **iskorištenost akutnih kreveta** je 2010. godine bila 75,19% (2001. godine bila je 85,5%) što je više od vrijednosti u Češkoj, Sloveniji i članicama EU prije i poslije 2004. godine (Slika 45).

Najčešće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju 2001., 2005., 2009. i 2010. godine bile su bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti dišnog sustava, bolesti genitourinarnog sustava te ozljede i trovanja. **Najveće prosječno trajanje bolničkog liječenja**, kako akutnih, tako i subakutnih i kroničnih bolesnika, zabilježeno je u specijalnosti psihijatrije. U 2010., ukupan broj ispisanih bolesnika na stacionarnim bolničkim odjelima u Hrvatskoj bio je 745.692, što je tri puta više nego na odjelima dnevnih bolnica i hemodijalize, gdje je ispisan ukupno 244.562 bolesnika.

Prema anketi iz 2011. godine, **struktura soba** je najpovoljnija u specijalnim bolnicama i lječilištima, gdje većina soba ima svoj sanitarni čvor, dok je najlošija situacija zabilježena u psihijatrijskim bolnicama. Dostupnost invalidnim osobama osigurana je u 80% promatranih osnovnih djelatnosti u bolnicama Hrvatske, a nešto je bolja u općim bolnicama (84%), u odnosu na one kliničke (70%). Oko 40% operacijskih sala nije obnavljano u razdoblju od 2000. godine.

Objekti u sustavu zdravstva veliki su **potrošači energenata i vode** što proizlazi iz njihove specifičnosti po vrsti djelatnosti, kompleksnosti sustava grijanja, hlađenja i ventilacije, velikog broja djelatnika i korisnika te nerijetko cjelodnevnog režima rada. Prema Trećem godišnjem izvještaju programa Vlade RH »Dovesti svoju kuću u red« iz 2011., bolnički objekti u nadležnosti Ministarstva zdravlja obuhvaćeni tim projektom (14 energetske cjeline u kliničkim bolničkim centrima, tri u kliničkim bolnicama, jedan u općoj bolnici, 17 u specijalnim bolnicama i sedam u klinikama) sami godišnje troše oko 482 milijuna kWh. Izračun na temelju podataka iz toga Izvještaja pokazuje da je ukupna potrošnja energije u navedenim bolničkim objektima oko 630 kWh/m² što je više od dva puta veća potrošnja u odnosu na prosjeke europskih zemalja s najboljom energetskom učinkovitošću u bolničkim objektima

Podaci o **visoko-sofisticiranoj bolničkoj opremi**, prikupljeni anketom 2010. godine, pokazuju da u usporedbi s većinom europskih zemalja, Hrvatska raspolaže zadovoljavajućim brojem uređaja za kompjutersku tomografiju (CT), uređaja za magnetsku rezonanciju i mamografa, dok potrebe za daljnjim ulaganjem postoje u pogledu opreme za radioterapiju.

Ljekarnička djelatnost

Ljekarničku djelatnost su u ožujku 2012. obavljale 1082 ugovorne javne ljekarničke jedinice (1063 ljekarne i 19 depoa lijekova) i 46 bolničkih ljekarni. U privatnom vlasništvu je 66,5% ljekarni, u zakupu je 11,9% ljekarni, a 21,6% ljekarni je u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Prema statističkim pokazateljima, u Hrvatskoj danas na jednu ljekarnu dolazi 4000 stanovnika, dok u EU-u na jednu ljekarnu dolazi prosječno 3000 stanovnika. Najveći broj novih ljekarni osnovan je u područjima najvećih gradova, dok su ruralna područja i slabo razvijena područja od posebne državne skrbi i dalje sa slabo razvijenom mrežom ljekarni.

Zaštita i liječenje zubi

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

Zaštita zdravlja starijih osoba

Nacionalni i županijski Centri za gerontologiju djeluju pri županijskim Zavodima za javno zdravstvo, grada Zagreba i Hrvatske. Osim Centara za gerontologiju, u Hrvatskoj postoje i Gerontološki centri kao multifunkcijski centri neposredne i integralne multidisciplinarnе izvaninstitucijske skrbi starijih osoba u lokalnoj zajednici. U Hrvatskoj djeluje ukupno 79 Gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi za starije s dnevnim boravcima za starije, a u Zagrebu ih, gdje je i najveći broj starijih, ima ukupno 12.

Zaštita zdravlja hrvatskih branitelja

U 2011. godini medicinsku rehabilitaciju koristilo je 80 hrvatskih ratnih vojnih invalida (HRVI). U razdoblju od 2005. do 2011. godine pravo na medicinsku rehabilitaciju ostvarilo je ukupno 811 HRVI-a. Trenutno ima 485 hrvatskih ratnih vojnih invalida iz Domovinskog rata s 100% oštećenja organizma I. skupine, kojima je zakonskih propisana mogućnost korištenja usluge osobe za pružanje njege i pomoći, a osoba u statusu njegovatelja je 441. Ministarstvo branitelja provodi Nacionalni program psihosocijalne i zdravstvene pomoći sudionicima i stradalnicima iz Domovinskog rata koji se provodi na području cijele Republike Hrvatske. Ta skrb pruža se kroz rad Regionalnih centara za psihotraumu i Centra za krizna stanja, koji su 2011. godine pružili ukupno 225.974 intervencija za 59.642 korisnika.

Palijativna skrb

U RH još uvijek ne postoji razrađeni sustav palijativne skrbi i tek su u nekoliko ustanova osnovani i otpočeli s radom pojedini oblici i dijelovi sustava palijativne skrbi. U posljednjih pet godina smanjuje se broj umrlih kod kuće i povećava se broj umrlih u bolnicama i ustanovama za smještaj. Najveće povećanje udjela sa 6% u 2005. na 10% u 2010. odnosi se na ustanove za smještaj. Oko 40% umrlih umire izvan bolnica. Riječ je o više od 21.000 umrlih, od čega nekoliko tisuća ljudi pogine ili umre izvan kuće, odnosno u nekoj socijalnoj ustanovi ili ustanovi za smještaj starih i nemoćnih. Više od 30% od svih umrlih, odnosno više od 15.000 ljudi umire kod svoje kuće. Od rujna 2011. u Mreži javne zdravstvene službe predviđeno je 608 postelja za dugotrajno liječenje i 185 postelja u djelatnosti palijativne skrbi.

Transplantacijska medicina

Od 2004. do 2011. godine ostvareno je višestruko povećanje ukupnog broja darivatelja organa te broja transplantacija organa, kao i pojedinačnog broja transplantacija bubrega, jetre i srca. Ukupan broj transplantiranih organa u razdoblju od 2004. do kraja 2011. godine povećan je za 205%. Hrvatska je danas prema stopi realiziranih darivatelja prva u svijetu i najuspješnija članica Eurotransplanta te vodeća po broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika. Prema broju transplantacija srca te ukupnom broju transplantiranih organa na milijun stanovnika zauzima također jedno od vodećih mjesta u svijetu (u 2010. godini druga u svijetu po broju transplantacija srca na milijun stanovnika te treća u svijetu po broju ukupno transplantiranih organa na milijun stanovnika). Ukupna lista čekanja na presađivanje organa u razdoblju od 2007. do 2011. godine smanjena je za 36%. Medijan vremena čekanja na presađivanje bubrega u tom razdoblju smanjen je s 48 mjeseci na 24 mjeseca.

Upravljanje kriznim stanjima

Krizna stanja u zdravstvu odnose se na prijetnje zdravlju povezane s novim ili novonastalim bolestima, slučajnim oslobađanjem ili namjernim korištenjem bioloških, kemijskih ili radio-nuklearnih sredstava, prirodnim katastrofama, katastrofama, uzrokovanim ljudskim djelovanjem, složenim hitnim slučajevima, sukobima i drugim događajima s mogućim katastrofalnim učincima na ljudsko zdravlje.

Integrirani sustav medicine kriznih stanja u Republici Hrvatskoj ima za cilj povećati vjerojatnost preživljavanja u većim incidentima ili kriznim stanjima s masovnim žrtvama. U slučaju složenih i značajnih incidenata širokih razmjera, bilo na teritoriju Republike Hrvatske ili izvan njege, 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

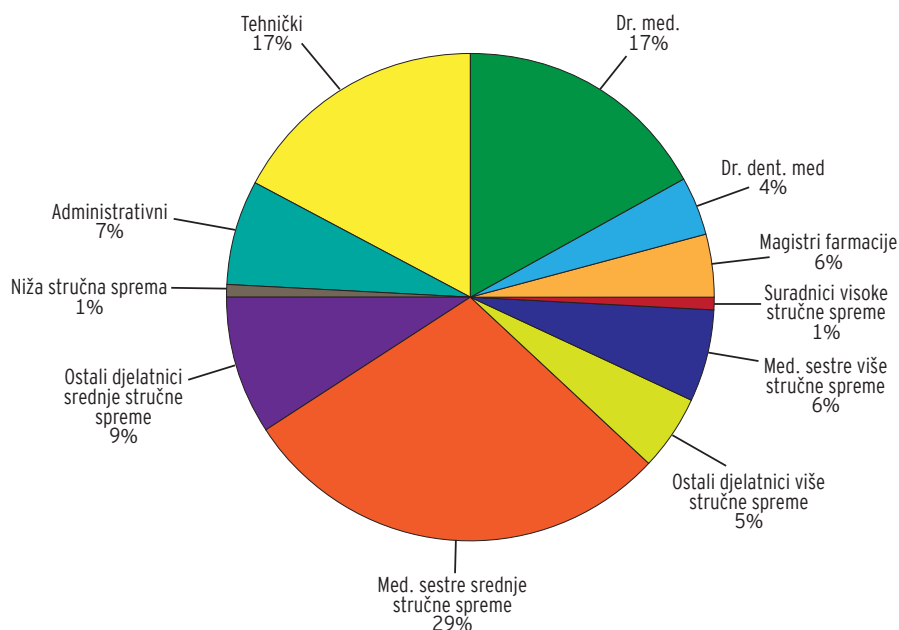
Nacionalni preventivni zdravstveni programi usmjereni su na rano otkrivanje različitih bolesti i/ili rano otkrivanje komplikacija pojedinih bolesti s ciljem osiguranja veće kvalitete života pojedinca i produženja životne dobi. Ključni preventivni programi u Hrvatskoj su:

- preventivne aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite
- prevencija i rano otkrivanje raka dojke
- nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva
- nacionalni program ranog otkrivanja raka vrata maternice
- program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj
- hrvatski nacionalni program za prevenciju HIV/AIDS-a 2011. – 2015.
- nacionalni program za kontrolu otpornosti bakterija na antibiotike u razdoblju od 2009-2014. godine
- nacionalni plan pripremljenosti za pandemiju gripe
- suzbijanje tuberkuloze i TBC laboratorij na potrebnoj razini biozaštite
- sustav za prevenciju i liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje u županijskim zavodima za javno zdravlje
- program promicanja dojenja u Hrvatskoj
- program zaštite od nasilja u obitelji
- prevencija ozljeda kod djece
- prevencija samoubojstava kod djece i mladih
- program psihosocijalne pomoći na dječjim onkološkim odjelima
- prevencija prekomjerne tjelesne težine
- nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću
- nacionalni program za Rome

LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVU

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73.077 djelatnika. Od toga je 55.781 zdravstvenih djelatnika i suradnika, 5.068 administrativnih, a 12.228 tehničkih djelatnika.

U strukturi stalno zaposlenih, najveći je udio zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme i iznosi 38% (29% medicinskih sestara i 9% ostalih djelatnika), dok doktori medicine čine 17% (Slika 46).



Slika 46. Struktura zaposlenih u zdravstvu 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Postoji višegodišnji trend blagog povećanja broja u svim kategorijama zdravstvenih djelatnika (osim zdravstvenih djelatnika niže stručne spreme), kao i trend smanjivanja broja i udjela zaposlenih administrativno-tehničkih djelatnika (kojih je 2000. bilo 30%).

Prosječna životna dob svih zaposlenih zdravstvenih djelatnika je 49,5 godine, a u odnosu na stanje iz 1995. godine, povećala se za 5,9 godina.

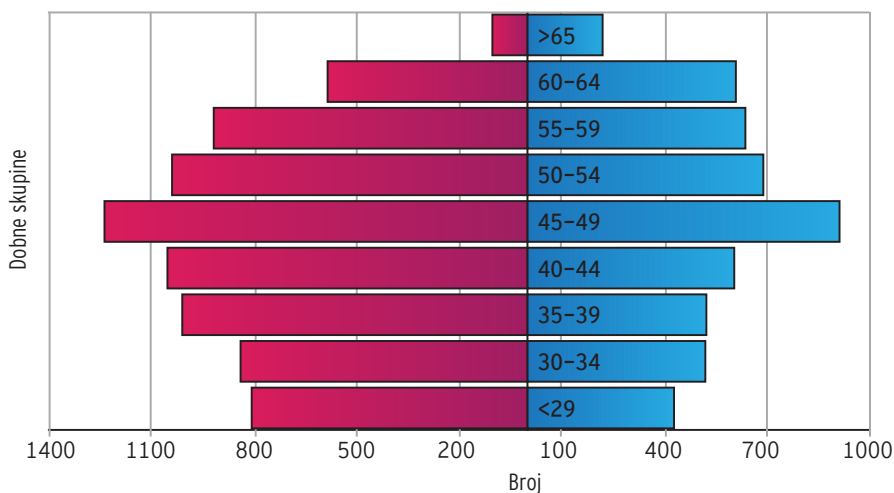
Doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije, medicinske sestre kao i drugi zdravstveni djelatnici profesionalno su organizirani u **komore** koje provode dodjelu i obnovu licenci, a osim toga djeluju i kroz različita stručna društva, prema specijalnostima. U Hrvatskoj je 2012. godine djelovalo osam komora: Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora dentalne medicine, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora primalja, Hrvatska komora fizioterapeuta, Hrvatska komora medicinskih biokemičara i Hrvatska komora zdravstvenih djelatnika. Tradicionalnu ulogu u unapređenju stručnoga i znanstvenog rada liječnika i stomatologa ima **Hrvatski liječnički zbor** koji udružuje 123 stručna društva, a djeluje i u regionalnim podružnicama i surađuje s međunarodnim stručnim društvima. Sličnu ulogu u sestrinstvu ima **Hrvatska udruga medicinskih sestara** koja ima 25 stručnih društava i 41 podružnicu diljem Hrvatske.

Doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije

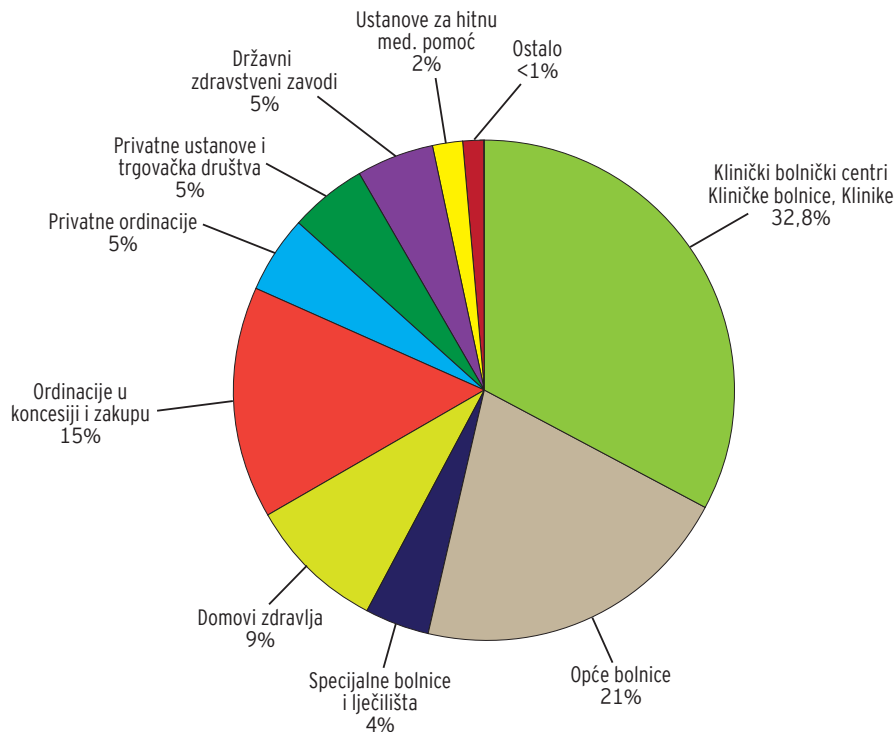
U Hrvatskoj je 2011. bilo stalno zaposleno sveukupno 12.532 **liječnika**. U odnosu na 1980. godinu broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se sa 167 na 281 što je još uvijek manje od prosjeka za EU (320/100.000).

Raspodjela liječnika **prema dobi i spolu** pokazuje kako liječnice brojčano nadmašuju liječnike u svim dobnim skupinama, osim u onima iznad 60 godina. Broj liječnika u dobi između 25-29 godina manji je od onih u dobnj skupini 55-59 godina (Slika 47).

Raspodjela liječnika **s obzirom na vrstu zdravstvene ustanove u kojoj rade**, pokazuje da 58% liječnika radi u bolničkim ustanovama. Broj doktora medicine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, izražen na 100.000 stanovnika, u posljednjih se 10 godina postupno smanjuje (Slika 48).



Slika 47. Doktori medicine prema spolu i dobnim skupinama, Hrvatska, 2008. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.



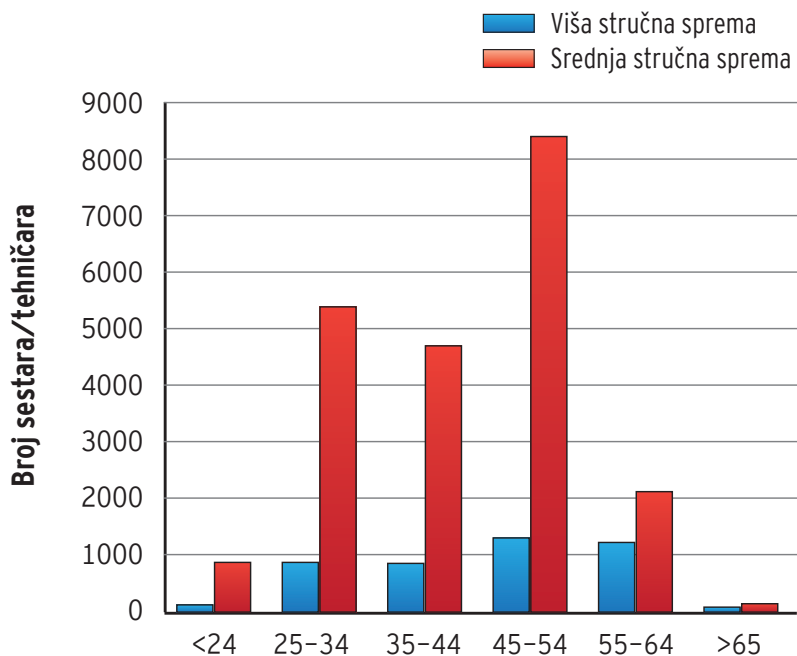
Slika 48. Doktori medicine prema vrsti zdravstvene ustanove u kojoj rade, 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

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). Među doktorima dentalne medicine, udio žena je 65%, a specijalista je 15%.

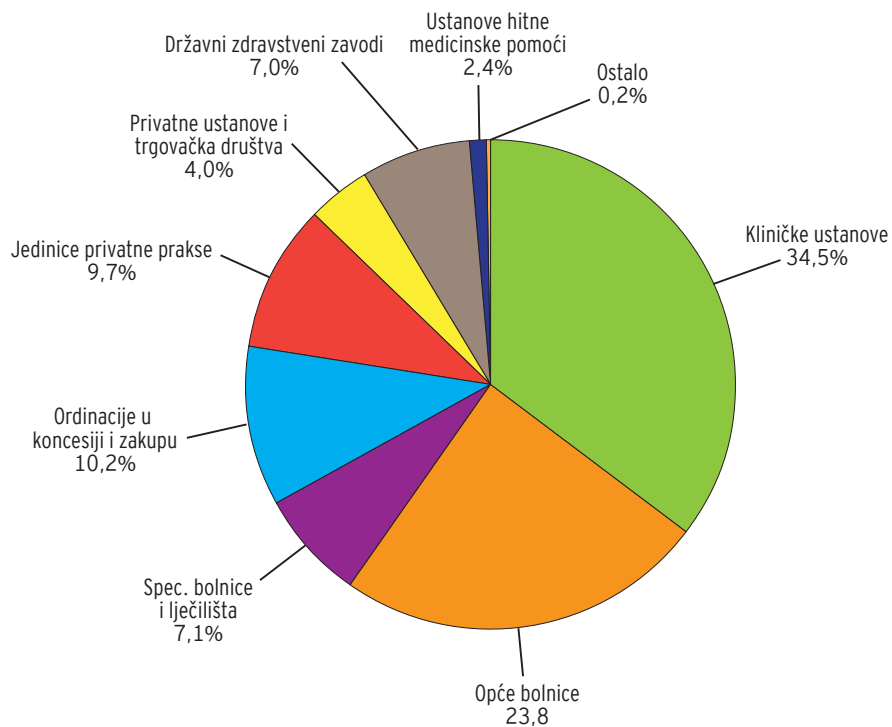
U obavljanju ljekarničke djelatnosti u Hrvatskoj trenutno je ukupno zaposleno oko 2900 **magistara farmacije** i 1950 **farmaceutskih tehničara**. Broj magistara farmacije na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 60 što je nešto manje od prosjeka za EU (77/100.000).

Medicinske sestre i tehničari

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (46%). U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35.705 zaposlenih, medicinske sestre i medicinski tehničari čine 71%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari. Prema podacima iz Registra Hrvatske komore medicinskih sestara u RH ima 6147 medicinskih sestara/medicinskih tehničara sa završenim studijem sestrinstva. **Broj medicinskih sestara** na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 569 u 2010. godini, što je još uvijek manje od prosjeka EU-a (782/100.000). **Dobna struktura medicinskih sestara/tehničara** je nepovoljna jer ih je veći broj u dobi od 45 godina i više ($n=12.969$) nego u dobi do 45 godina ($n=12.388$) (Slika 49).



Slika 49. Dobna struktura medicinskih sestara i tehničara u Hrvatskoj u 2011. godini. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo



Slika 50. Medicinske sestre i tehničari prema vrsti zdravstvene ustanove u kojoj rade 2011. godine. Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

S obzirom na vrstu zdravstvene ustanove u kojoj rade, najveći broj medicinskih sestara i tehničara radi u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama te u općim bolnicama (Slika 50).

Broj primalja na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 35 što je nešto iznad prosječne stope u EU-u (32/100.000 stanovnika). Međutim, prema podacima Hrvatske komore primalja, trećina primalja u Hrvatskoj uopće ne radi u primaljstvu, nego na poslovima medicinskih sestara, laboranata ili dentalnih asistenata.

Zdravstveni djelatnici medicinsko laboratorijske djelatnosti, zdravstvene radiološko tehnološke djelatnosti, djelatnosti sanitarnog inženjerstva i djelatnosti radne terapije

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u Hrvatskoj je u 2010. godini radilo ukupno 2226 (70%) **zdravstveno laboratorijskih tehničara** i 958 (30%) **inženjera/prvostupnika medicinsko laboratorijske dijagnostike**. Broj zdravstvenih djelatnika iz djelatnosti sanitarnog inženjerstva bio je 398, od čega 188 **sanitarnih tehničara** i 210 **sanitarnih inženjera**. Broj zdravstvenih djelatnika iz zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti bio je 1010, od čega 24 **radiološka tehničara** i 986 **radioloških inženjera**. Broj zdravstvenih djelatnika iz djelatnosti radne terapije bio je 97, od čega **sedam radno-terapeutskih tehničara** i 90 **radnih terapeuta**. Podaci iz Registra Hrvatske komore zdravstvenih radnika ukazuju na nešto veći broj djelatnika u svim navedenim skupinama djelatnosti.

Sigurnost i zaštita 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.

Važnost zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu prepoznata je i na svjetskoj razini. U svibnju 2007. godine 193 zemlje članice Svjetske zdravstvene skupštine potvrdile su **Globalni plan djelovanja za zdravlje radnika** (engl. Workers' health: global plan of action - GPA) i prihvatile 10-godišnji akcijski plan u okviru kojeg je predviđen i razvoj nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu.

Izobrazba zdravstvenih djelatnika

Izobrazba zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj provodi se u dobro razvijenoj mreži medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola. **Studijski programi** se izvode na ukupno 40 lokacija (gradova) od kojih su neka i sjedišta visokih učilišta (28 mjesta), a u nekima od njih (preostalih 12) izvode se samo dislocirani studiji nekog visokog učilišta kojemu je sjedište u drugom mjestu, najčešće i u drugoj županiji. Ukupno 1202 studijska programa izvode se u sjedištima visokih učilišta, a 58 programa su dislocirani studiji.

Osobitu teškoću u ovom trenutku stvara nedovoljno uređeno područje izobrazbe medicinskih sestara, uz nejasne kvalifikacije i ovlasti koje se stječu svakim od mnogobrojnih postojećih oblika školovanja. U smislu standarda izobrazbe te vertikalne i horizontalne obrazovne mobilnosti, za djelatnost sanitarnog inženjerstva, zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost, djelatnost radne terapije i djelatnost medicinsko laboratorijske dijagnostike u RH postoje bitna odstupanja u odnosu na zemlje EU-a. Naime, zbog nedovoljno razvijenog ili nedostupnog formalnog visokog obrazovanja, zdravstveni djelatnici nadograđuju svoje kompetencije kroz neformalne i informalne oblike obrazovanja ili po dodatno znanje i vještine odlaze izvan granica RH.

Raspoloživost **specijalizacija** određena je prema Nacionalnom planu za specijalizacije i subspecijalizacije koji svake godine donosi ministarstvo nadležno za zdravstvo, 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.

PRAVA PACIJENATA I PROBLEM KORUPCIJE

Sva prava pacijenata mogu se podvesti pod jednu od sljedeće tri skupine: ljudska prava, osiguranička prava i potrošačka prava. Potrošačka prava ocjenjuje **Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača**, temeljen na semikvantitativnom ocjenjivanju 42 pokazatelja grupiranih u pet kategorija: 1) pravo i informiranje pacijenata; 2) čekanje na zdravstvene usluge; 3) zdravstveni ishodi; 4) opseg i dostupnost zdravstvenih usluga i 5) lijekovi. Godine 2012. analizom su obuhvaćene 34 europske zemlje, a Hrvatska je u ukupnom poretku bila na 17. mjestu, posred raspona između Nizozemske kao najbolje i Srbije kao najlošije rangirane. Hrvatskoj ima dosta prostora za unapređenje potrošačkih prava pacijenata i to ponajprije u pogledu skraćivanja prosječnih vremena čekanja na zdravstvene usluge.

Transparency International daje opću definiciju korupcije kao zloupotrebu javnih ovlasti radi osobnog dobitka. **Korupciju u zdravstvu** definira pak kao zloupotrebu povjerenja kojeg daje položaj. 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. 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.).

LIJEKOV I ORTOPEDSKA I DRUGA POMAGALA

Smanjivanje jediničnih cijena lijekova i uvođenje suvremenih regulatornih mjera po ugledu na druge europske zemlje omogućili su da se na liste lijekova HZZO-a uvrsti **velik broj novih lijekova**. Samo u razdoblju od 2009. do kraja 2011. uvršteno je 85 novih inovativnih lijekova na liste lijekova HZZO-a, uz očuvanje postojećih lijekova na listama. Osobama koje boluju od hemofilije omogućeno je da relativno jednostavno ostvare pravo na profilaktičko liječenje svoje bolesti kod kuće, a u sklopu projekta informatizacije primarne zdravstvene zaštite, početkom 2011. godine započelo korištenje e-recepta. 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.

Rokovi plaćanja ljekarnama za lijekove na recept dovedeni su u ugovorne okvire, odnosno skraćeni su od preko 290 dana na 180 dana. 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** također je značajno povećana od 2007. do 2011. godine, no u istom razdoblju se financijska potrošnja na ortopedska i druga pomagala dvostruko povećala – 2007. iznosila je 95 milijuna kuna, a 2011. čak 182 milijuna kuna na teret HZZO-a.

U području lijekova i medicinskih proizvoda, važnu ulogu ima **Agencija za lijekove i medicinske proizvode** (HALMED), koja je univerzalni pravni sljednik Hrvatskog zavoda za kontrolu lijekova i Hrvatskog zavoda za kontrolu imunobioloških preparata.

UPRAVLJANJE KVALITETOM U 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 izobrazbe na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete usluga socijalne skrbi. Do ožujka 2012. godine priprema bolnica za **akreditaciju** je započeta u većini bolnica koje su se prijavile za dobrovoljnu akreditaciju dok se za provođenje procesa očekuje odgovarajući podzakonski akt. Akreditacijski standardi su u postupku međunarodne validacije. U Hrvatskoj je dosad objavljeno 60 **kliničkih smjernica** (31 u Liječničkom vjesniku i 29 na stranicama Hrvatskog liječničkog zbora) što znači da još uvijek postoji veliki broj smjernica i algoritama koje je potrebno izraditi i implementirati u praksi čime će se dati još jedan alat za unapređenje kvalitete u kliničkoj praksi. Postojeće kadrove i kapacitete za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete te procjenu zdravstvenih tehnologija potrebno je dodatno ojačati.

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-u (cca 120), sve ordinacije školske medicine (153), izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita (cca 800) i informacijski sustav Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Svi navedeni sudionici sustava u realnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka iz koje se dobivaju napredna izvješća o radu zdravstvenog sustava. Uvođenjem **e-recepta** 2. siječnja 2011. godine ostvarena je puna nacionalna pokrivenost i napravljen značajan iskorak prema »ordinaciji bez papira«. Godišnje se kroz CEZIH sustav izda više od 50 milijuna e-recepata. 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, prijave zarazne bolesti i prijave neželjenih nuspojava prigodom obvezne imunizacije) postavljen dobar temelj za središnji elektronički zdravstveni zapis pacijenta u opsegu potrebnom različitim zdravstvenim profesionalcima kako u Hrvatskoj tako i u cijeloj Europi. Izrazito važan dio tih podataka je povijest liječenja koja u smislu informacije već postoji u sustavu.

Važan učinak dosadašnje informatizacije jest i **informatičko opismenjavanje** zdravstvenih djelatnika što je značajan preduvjet budućeg razvoja i primjene informatičkih sustava. Od 2006. godine 17.000 zdravstvenih djelatnika steklo je osnovnu informatičku izobrazbu i koristi se informatičkim rješenjima u svakodnevnom radu.

Od ukupno oko 45.000 zaposlenih u hrvatskim bolnicama, oko 200 njih su stručnjaci za informacijske tehnologije (36 bolnica ima informatički odjel). **Bolnički informacijski sustav** ima 42 javne bolnice, dok oko 20 bolnica nema gotovo nikakav središnji informacijski sustav, iako se prema anketi provedenoj 2011. godine tek 1.6% medicinske dokumentacije vodi ručno. Integracija bolničkih informacijskih sustava sa sustavom CEZIH u velikom dijelu je moguća kroz već razvijene mehanizme odnosno definicije podataka (uputnica/otpusno pismo/e-naručivanje). Pomagala također mogu biti dodana u sustav. Implementacijom mehanizma e-uputnice u bolnici, informatizira se proces pisanja otpusnog pisma i komunikacije prema liječniku u PZZ-u. Bolnice dnevno šalju fakture u HZZO, a s CEZIH portala uzimaju datoteke o dnevno važećim osiguranicima, no ne postoji međusobna informatička povezanost bolnica ni jedinstveni set podataka koji se prate i šalju te nema sustava izvješćivanja koji

bi uključivao i bolničke podatke. Trenutno je u tijeku projekt **e-listi čekanja** i **e-naručivanja** kao prvog koraka u integraciji bolničkog sustava.

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

U Hrvatskoj se trenutno **telemedicinske usluge** odnosno zdravstvene usluge koje se pružaju na daljinu uporabom informacijskih i komunikacijskih tehnologija pružaju na tri razine zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj.

Arhivsko i registraturno gradivo javnih zdravstvenih ustanova podložno je i pravnoj regulaciji i zaštiti od strane Republike Hrvatske kao kulturnog dobra od posebnog interesa. Iz raspoloživih podataka može se procijeniti da zdravstveni sustav skrbi za cca 80.000 – 100.000 dužnih metara arhivskog i registraturnog gradiva. Sustavna skrb nad gradivom dosad nije postojala, procesi i postupci vezani za obradu gradiva u najvećoj su mjeri izostali, gradivo se čuva u neprimjerenim prostorima koji svojom tehničkom opremljenošću kao i kapacitetom ne zadovoljavaju elementarne norme. Kao put prema rješavanju ovog problema, u izradi je nacrt Strategije integralnog upravljanja arhivskim i registraturnim gradivom zdravstvenog sustava Republike Hrvatske za razdoblje 2012.-2020. U tom dokumentu predlaže se formiranje virtualnog zdravstvenog arhiva koji bi objedinio cjelokupno arhivsko gradivo zdravstvenog sustava i učinio ga javno dostupnim, u skladu sa zakonskim odredbama koje definiraju dostupnost arhivskog gradiva.

Općenito, glavni problem informatizacije čine nedovoljna sredstva i neorganiziranost u kontekstu ujednačavanja i razmjene podataka, metodologija rada, međusobne integracije i povezivanja s centralnim sustavom. Sredstva koja se ulažu u informacijske tehnologije u zdravstvu su tri do četiri puta manja od europskog i svjetskog prosjeka.

Konačna je **svrha informatizacije** zdravstva:

- Izravno pridonijeti poboljšanju kvalitete usluge i dosljednosti u njezi bolesnika te time i sigurnosti pacijenta.
- Osigurati bolju komunikaciju između svih sudionika u službi zdravstvene zaštite kroz središnje upravljanje podacima pacijenata kako u primarnoj, tako i sekundarnoj i tercijarnoj zaštiti (elektronički zdravstveni zapis), centralizirano upravljanje procesima u zdravstvenom sustavu (npr. e-naručivanje) te povezivanje svih zdravstvenih registara.
- Pacijentima omogućiti cjelovitu dostupnost zdravstvene zaštite kroz brz i siguran pristup vlastitom zdravstvenom zapisu, kao i informacije o usluzi i kvaliteti zdravstvene zaštite.
- Omogućiti učinkovitiju administraciju i bolje upravljanje u zdravstvenom sustavu kroz izgradnju naprednog izvještajnog sustava nad svim podacima u sustavu zdravstva koji bi bio snažna podrška odlučivanju upravljačkim tijelima zdravstva te omogućio učinkovitije trošenje sredstava.
- U koordinaciji s ostalim tijelima državne uprave i u skladu sa strategijom Republike Hrvatske i eHrvatske uskladiti se s političkim ciljevima u vezi digitalizacije javnog sektora i pružanja elektroničkih usluga građanima.

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 sa zemljama iz okruženja i prosjekom Europske unije ukazuje na izraženo manji udio proračunskog novca koji se ulaže u znanost, koji, ako se uzme u obzir i manji bruto nacionalni dohodak, uvjetuje i nisku razinu produktivnosti i učinkovitosti istraživanja. Stanje je još nepovoljnije na području istraživanja zdravlja jer je u Hrvatskoj tijekom 2010. godine u istraživanje zdravlja bilo uloženo 1,6% proračunskog novca za znanost i istraživanje, a prosjek zemalja EU27 bio je 8,3% ukupnih znanstvenih ulaganja. U projektni ciklus projekata koje provodi Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, a koji su bili iz područja biomedicine ukupno je do ožujka 2012. godine bilo uloženo 30.485.759,00 kn ili 20,25% svih sredstava predviđenih za znanstvene projekte. Veliki broj dodijeljenih projekata Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta koji se bave medicinom su slabo produktivni, a time i manje konkurentni za dobivanje međunarodnih projekata i proširivanje opsega rezultata. No, ipak se u ovom okruženju jasno očituje manji broj istraživačkih skupina koje su produktivne i međunarodno prepoznatljive koje je potrebno dodatno poticati.

ZDRAVSTVO I TURIZAM

Hrvatska obiluje **prirodnim resursima** koji predstavljaju veliki potencijal za razvitak zdravstvenog turizma na moru i u kontinentalnom djelu. Prema dosad publiciranim podacima, u Hrvatskoj postoje 222 lokaliteta s povoljnim potencijalnim uvjetima za razvoj zdravstvenog turizma, od kojih je tek 10% u eksploataciji u okviru 18 organiziranih lječilišnih centara. Kao i druge mediteranske zemlje, tako je i Hrvatsku zahvatio val wellness centara koji nude medicinske i druge tretmane za njegu i čuvanje zdravlja pa se 2005. godine čak 80 hrvatskih hotela deklariralo kao wellness hoteli.

Važan korak u utvrđivanju koncepcije razvoja turizma u cjelini, pa tako i zdravstvenog turizma, bit će donošenje nove **strategije razvoja turizma**, koje se predviđa u zadnjem tromjesečju 2012. godine. Specifičnost zdravstvenog turizma, manifestirana njegovom interdisciplinarnošću, svakako otežava procedure usuglašavanja legislativnih rješenja. Na području **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 na međunarodnom tržištu. Važnu ulogu u tim procesima može imati Thalasoherapia Opatija, specijalna bolnica za rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, osnovana 1957. godine. Od 1993. kao Ustanova je u vlasništvu Primorsko-goranske županije te upisana u sudski registar koji vodi Ministarstvo zdravstva. Rješenjem Ministarstva zdravstva, 1998. godine Ustanova dobiva status nacionalnog **Referentnog centra za zdravstveni turizam i medicinski programirani odmor**, u čijem je programu rada na prvom mjestu stavljena aktivna uloga u donošenju propisa za reguliranje zdravstveno-turističke ponude, kao i donošenje kriterija za kategorizaciju turističkih destinacija i poslovnih sustava za Republiku Hrvatsku.

IMPLIKACIJE ULASKA REPUBLIKE 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 prijave za projekte, odnosno sredstva iz CSF fondova.
- **migracijama radne snage**. Slobodno kretanje osoba unutar EU-a jedno je od osnovnih prava zajamčenih pravom zajednice. Slobodno kretanje radnika unutar EU-a omogućeno je člankom 39. Ugovora o funkcioniranju Europske unije. Potencijalne prednosti pridruživanja Hrvatske EU-u vezano uz ljudske resurse odnose se na mogućnost pružanja zdravstvenih usluga osiguranicima iz drugih zemalja EU-a s obzirom na prednosti naše turističke destinacije, odnosno daljnji razvoj zdravstvenog turizma. Negativne posljedice pridruživanja Hrvatske EU-u mogle bi biti odlazak liječnika, medicinskih sestara i drugog zdravstvenog osoblja u EU te uvoz zdravstvenog osoblja. Vezano uz migracije radne snage važno je poštovati i pravila o reguliranju profesija. Direktiva 2005/36/EZ odnosi se na regulirana zanimanja, a obuhvaća pet zdravstvenih zanimanja: (1) doktore medicine, (2) doktore dentalne medicine, (3) magistre farmacije, (4) medicinske sestre opće njege i (5) primalje.

- novim **smjernicama o sigurnosti pacijenata**. Glavne preporuke odnose se na: informiranje pacijenata i njihovo uključivanje u proces razvoja sigurnosti pacijenata; poticanje sigurnosti kroz izobrazbu i usavršavanje zdravstvenih djelatnika; praćenje nastanka različitih štetnih događaja kako bi se mogao otkriti način njihova sprečavanja; razvoj komunikacijskih i tehnoloških alata i sustava kojima bi se povećala sigurnost pacijenata i olakšalo prikupljanje informacija; razvoj usporedivih i značajnih pokazatelja kako bi se lakše identificirali problemi koji ugrožavaju sigurnost pacijenata i drugo.
- novim pravilima o **mobilnosti pacijenata**, odnosno prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Mobilnost pacijenata unutar EU-a predstavlja jednu od važnih stečevina integracije, s konačnim ciljem osiguravanja sigurnih i kvalitetnih zdravstvenih usluga svim građanima te povećanja suradnje i koordinacije zdravstvenih sustava zemalja članica. Građanima Hrvatske će biti moguće koristiti i pogodnosti posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card). Koordinacija sustava socijalnog osiguranja uređena je Uredbom (EZ-a) br. 883/2004 Europskog Parlamenta i Vijeća o koordinaciji sustava socijalnog osiguranja i provedbenom Uredbom 987/2009 o uspostavi postupka za provedbu Uredbe 883/2004. Veliki izazov za države članice EU-a predstavlja Direktiva 2011/24/EU od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti čije su odredbe države članice obvezne ugraditi u svoja zakonodavstva do 25. listopada 2013. godine. Bitno je napomenuti da se Uredbom 883/2004 uređuje samo liječenje i naknade troškova osiguranim osobama u slučaju korištenja zdravstvene zaštite kod ugovornih zdravstvenih ustanova, dok Direktiva širi ova prava i na liječenja pružena u privatnom sektoru.
- pravilima o **određivanju cijena lijekova**. Direktivom Vijeća 89/105/EEZ utvrđuju se osnovna mjerila za određivanje cijena lijekova koji se plaćaju sredstvima nacionalnih zdravstvenih osiguranja kao i mjerila za stavljanje tih lijekova na liste lijekova.

U definiranju pravaca svoga razvoja, Hrvatska mora voditi računa o smjernicama i odlukama EU-a navedenima u temeljnim strateškim dokumentima za područje zdravstva, među kojima su aktualna strategija zdravstva **Zajedno za zdravlje** (engl. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013); Europski program zdravlja (engl. Europe health programme for 2008-2013), novi program za razdoblje 2014.-2020. pod nazivom **Zdravlje za rast** (engl. Health for growth) s proračunom od 446 milijuna eura; politika zdravstva **Health 2020** predložena od strane Svjetske zdravstvene organizacije te šira strategija razvoja EU-a **Europe 2020**.

Do sada je Hrvatska pravovremeno uskladila nacionalnu regulativu s regulativom Europske unije iz područja zdravstvenog sektora, a koja se odnosi na: prekograničnu zdravstvenu zaštitu; regulirane profesije i obrazovni sustav jer se minimalni uvjeti obrazovanja između država članica koordiniraju; određivanje cijena lijekova i njihovo stavljanje na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje; medicinske proizvode, krv, tkiva i stanice te zaštitu okoliša (buka, kemikalije i biocidni pripravci, hrana i zračenja).

Zdravlje se smatra jednim od integralnih dijelova nove strategije razvoja EU-a i važnom odrednicom konkurentnosti. Područje zdravstva izravno je i neizravno regulirano različitim uredbama i direktivama u području politike lijekova, zaštite prava pacijenata, javne nabave, sigurnosti pacijenata, prevencije i drugdje. Politika zdravstvene zaštite mora omogućiti i poticati zdravlje svih građana i osigurati održivost zdravlja. S tim ciljem preporuča se suradnja među zemljama članicama, razvoj i usvajanje novih medicinskih tehnologija, unapređenje sustava praćenja i odgovora na prijetnje zdravlju, uvođenje regulacije vezane uz duhan, alkohol, mentalno zdravlje i ostala društveno ekonomska pitanja koja potencijalno mogu utjecati na zdravlje ljudi.

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. Poštujući činjenicu da na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, zdravstveni sustav **ojačat će svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima** i **unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje** kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva.

Zdravstveni sustav RH će na **djelotvoran i racionalan** način provoditi mjere zaštite i unapređenja zdravlja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se uvijek voditi **znanstveno utemeljenim spoznajama**. Sustav će **bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu**, a temeljit će se na **visokim etičkim i moralnim normama**.

Temeljne vrijednosti i načela

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

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.

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.

SWOT ANALIZA

Većina elemenata u analizi snaga, slabosti, prilika i prijetnji (engl. Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats - SWOT) proizlazi iz kvantitativnih podataka ili opisa prikazanih u prethodnim poglavljima Strategije. Manji broj elemenata identificiran je na temelju kvalitativnih analiza i doprinosa članova povjerenstava, sudionika partnerske konferencije, te javne rasprave u okviru izrade Nacionalne strategije.

Objekt SWOT 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

- Povećava se očekivano trajanje života i smanjuju stope smrtnosti.
- Epidemiološka situacija u pogledu zaraznih bolesti je povoljna, uz vrlo visok obuhvat primovakcinacijom.
- Mreža javnozdravstvenih ustanova je razvijena.
- Postoje nacionalni preventivni programi.
- Postoji infrastruktura za praćenje i nadzor kvalitete okoliša i štetnih okolišnih utjecaja na zdravlje ljudi.
- Hrvatska je jedna od vodećih zemalja svijeta prema stopi realiziranih darivatelja organa te broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika.
- Obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom je velika.
- Teritorijalna pokrivenost bolnicama je dobra.
- Svaki naseljeni otok ima osiguran najmanje jedan interventni helidrom.
- Hrvatska je prema Indeksu zdravstvene zaštite potrošača u europskom prosjeku, s trendom poboljšanja.

- Povećan je volumen potrošnje lijekova i ortopedskih i drugih pomagala na svim razinama zdravstvene zaštite, što ukazuje na veću dostupnost.
- Postoji mreža ordinacija medicine rada, a broj preventivnih pregleda radno aktivnog stanovništva se povećava.
- Broj bolničkih kreveta i trend njegova opadanja u RH u skladu je s prosjekom EU-a.
- U usporedbi s europskim prosjecima, postoji dovoljan broj MR-a, CT-a i mamografa po stanovniku.
- Postoji trend povećanja broja specijalista obiteljske medicine.
- Postoji trend povećanja broja liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći.
- Broj stomatologa je zadovoljavajući i veći je od europskog prosjeka.
- Postoji dobro razvijena mreža medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola.
- Uspostavljena je Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.
- Zdravstveni sustav u velikoj je mjeri informatiziran, uz centralni sustav primarne zdravstvene zaštite s naprednim funkcijama (e-recept, e-uputnica za laboratorije).

SLABOSTI

- Očekivano trajanje života je manje, a stopa smrtnosti veća od prosjeka EU15.
- 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.
- Povećava se stopa hospitalizacija zbog depresije; stopa samoubojstava veća je od prosjeka EU15.
- Ne postoji sustavno praćenje i analiza okolišnih čimbenika i njihovih utjecaja na zdravlje, ne postoji »mapa« izvora onečišćenja.
- Postoje značajne regionalne razlike u pokazateljima zdravlja.
- Nedovoljan broj i nepovoljna starosna struktura zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika i medicinskih sestara.
- Viši stupnjevi obrazovanja zdravstvenih djelatnika nedovoljno se prepoznaju i nagrađuju.
- Nedostatno je praćenje i djelovanje na poboljšavanju kvalitete zdravstvene skrbi; broj objavljenih i ažuriranih hrvatskih kliničkih smjernica je razmjerno mali, niti jedna bolnica još nije akreditirana.
- Postoji trend smanjenja broja preventivnih pregleda i kućnih posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- Nedovoljno je razvijena zaštita mentalnog zdravlja u zajednici i rehabilitacija u zajednici.
- Infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara potrebama.
- Broj kreveta u kliničkim ustanovama (tercijarna razina) neprimjereno je velik u odnosu na opće bolnice (sekundarna razina).
- Dnevne bolnice nisu dovoljno razvijene: broj kreveta u stacionarima je 18x veći nego u dnevnim bolnicama; broj boravaka u stacionarima je 3x veći nego u dnevnim bolnicama.
- Hitni medicinski letovi i brzi prijevozi brodovima obavljaju se vojnim helikopterima ili neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima MUP-a.
- Potrošnja energije zdravstvenih objekata neprimjereno je velika.

- Od ukupnog broja osiguranika, samo 35% daje doprinose u obavezni fond zdravstvenog osiguranja, uz trend smanjivanja toga udjela.
- Ukupne obveze Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje veće su od 4,5 milijardi kuna.
- Udjel izdataka za prevenciju u RH je višestruko manji od europskog prosjeka.
- Tržište privatnih zdravstvenih osiguranja je nerazvijeno; iako je udjel privatnih izdataka za zdravstvo manji od europskih prosjeka, udjel plaćanja iz džepa građana u privatnim izdacima za zdravstvo u RH je veći nego u EU-u, Češkoj i Sloveniji.
- Informacijska povezanost unutar zdravstvenog sustava nije potpuna; nema adekvatne komunikacije između bolnica i primarne zdravstvene zaštite, kao ni između bolnica međusobno.
- Kvaliteta i struktura podataka, te metodologija prikupljanja podataka u zdravstvenom sustavu nisu ujednačeni.

PRILIKE

- Mogućnost unaprjeđenja infrastrukture i razvoja ljudskih resursa u zdravstvu uporabom strukturnih i kohezijskih fondova EU-a.
- Povećanje tržišta za zdravstveni i medicinski turizam.
- Jačanje konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite i moguća izravna ulaganja u zdravstveni sektor.
- Pogodnost posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card).
- Prijenos znanja i najbolje prakse kroz intenzivniju komunikaciju i suradnju s europskim stručnjacima.

PRIJETNJE

- Velik broj stranih gostiju u RH, čime se povećava pritisak na službu hitne medicinske pomoći, osobito tijekom turističke sezone.
- Odljev zdravstvenih djelatnika po pristupanju Hrvatske EU-u.
- Starenje stanovništva s posljedičnim povećanjem potreba za zdravstvenom zaštitom.
- Nerazumijevanje i neprihvatanje potrebe reformskih mjera u hrvatskom društvu.
- Nedovoljno prihvaćanje osobne odgovornosti za vlastito zdravlje.
- Smanjenje interesa za zdravstvenim strukama među mladima.
- Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora uslijed percipirane korupcije.
- Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva.
- Povećanje broja korisnika invalidskih mirovina.
- Deficit državnog proračuna i visoka zaduženost.
- Regionalno neujednačeni gospodarski potencijali i mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite.
- Povećanje cijene energenata.
- Globalna ekonomska kriza.
- Pandemije zaraznih bolesti, katastrofe i druga kriza stanja.

STRATEŠKI PROBLEMI U HRVATSKOM ZDRAVSTVU

Na temelju prikazanih kvantitativnih i kvalitativnih podataka, konzultacija s povjerenstvima i sudionicima partnerske konferencije, SWOT analize, te javne rasprave identificirano je pet područja strateških problema u hrvatskom zdravstvu:

1. **Slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu**
2. **Neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite**
3. **Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u zdravstvenom sustavu**
4. **Slaba ili neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite**
5. **Razmjerno slabi pokazatelji zdravlja**

1. Slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu

Iako je **informatizacija** zdravstva u proteklih 10 godina dosta uznapredovala, glavni je problem što se informacijski sustav u velikoj mjeri gradi kao skup izoliranih otoka. Većina bolnica dnevno šalje informacije i fakture u centralni zdravstveni informacijski sustav, no nema međusobne veze između bolnica, ne postoji jedinstveni skup podataka koji se prate i šalju te nema sustava izvješćivanja koji bi uključivao i bolničke podatke. Stoga ne postoji ni informatička povezanost potrebna za objedinjenu nabavu, zajedničko korištenje opreme ili razmjenu ljudskih resursa. Ne postoji informatička povezanost primarne zdravstvene zaštite i bolnica. Javnozdravstveni sustav upravlja s više od 60 registara koji također nisu povezani ni ujednačeni prema modelu podataka. Ljekarnici nemaju uvid u potrebne stavke zdravstvenog kartona pacijenata (npr. alergije, rezultati biokemijskih i hematoloških pretraga itd.).

Uvođenjem **koncesije** u primarnu zdravstvenu zaštitu oslabljen je kontinuitet i sveobuhvatnost zdravstvene zaštite koja je ranije bila bitna značajka Domova zdravlja. Gotovo da i ne postoje grupne prakse i interdisciplinarni timovi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na mnogim mjestima postoje teškoće u organizaciji kontinuirane primarne zdravstvene zaštite te u pronalaženju zamjena za zdravstvene djelatnike tijekom godišnjeg odmora ili bolovanja. Često ne postoji odgovarajuća komunikacija između liječnika obiteljske medicine i patronažnih sestara, ljekarnika i drugih djelatnika u sustavu zdravstva.

Nejasan je i kontinuitet zdravstvene zaštite **na trima razinama** - pacijenti često »preskaču« primarnu razinu i traže zdravstvene usluge izravno u bolnicama. Osim toga, značajan dio djelatnosti tercijarnih bolnica mogao bi se riješiti u bolnicama sekundarne razine.

U mnogim zdravstvenim strukama ne postoji jasan kontinuitet **razina izobrazbe**, odnosno vertikalna povezanost. Izobrazba liječnika od samog je početka usmjerena na rad u sekundarnim i tercijarnim ustanovama (među ostalim, jer se nastava održava u tercijarnim ustanovama) pa liječnici po završenom studiju nisu dovoljno osposobljeni za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Cijeli je sustav zdravstva nedovoljno povezan s **ostalim segmentima društva** (civilno društvo, druge javne službe i resora državne uprave).

2. Neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite

Iako se teži uvođenju i primjeni vanjske ocjene kvalitete zdravstvenih ustanova, ni jedna ustanova nije **akreditirana**, a tek je neznatan broj medicinskih laboratorija akreditiran. Postojeći kadrovi i kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, mjerenje i analizu kvalitete su u većini slučajeva nedovoljno razvijeni. Radno pravo i kolektivni ugovori ne daju dovoljno mogućnosti za **nagradivanje** kvalitetnog i **sankcioniranje** nekvalitetnog rada. Također, ne postoji jasna veza između financiranja zdravstvenih ustanova i kvalitete skrbi koja se u njima provodi.

U većini bolnica uspostavljena je struktura kvalitete (pomoćnik ravnatelja za kvalitetu, jedinica za kvalitetu, povjerenstvo za kvalitetu), ali je provedba manjkava ili neujednačena. Na razini primarne zdravstvene zaštite, ne postoje jasni standardi opremljenosti ordinacija. Općenito, **standardi i normativi** (vremenski, kadrovski, broj i trajanje pretraga, prostorno-smještajni) nisu u potpunosti provedivi u praksi ili su zastarjeli.

Akreditacijski standardi u RH još uvijek nisu validirani, a u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi zaposlen je mali broj ljudi odgovarajuće razine obrazovanja potrebne za provedbu složenih djelatnosti i zadataka Agencije. Ne postoje **pokazatelji kvalitete** koji bi se sustavno i kontinuirano prikupljali na svim razinama zdravstvene zaštite, a oni pokazatelji koji postoje ukazuju na neujednačenu kvalitetu u različitim zdravstvenim ustanovama.

Na **izobrazbu zdravstvenih djelatnika** nepovoljno utječe nereguliran kumulativni rad u nastavi i nedostatan broj nastavnika s obzirom na povećanje broja studenata i studijskih programa, s posljedičnim smanjenjem kvalitete nastave. Dodatni rizik za kvalitetu izobrazbe predstavlja najavljeni ukidanje staža, tj. rada pod nadzorom po pristupanju Hrvatske u EU-u.

3. Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava

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

Visoki i rastući izdaci za zdravstvo reflektiraju nedjelotvornosti i na strani ponude i na strani potražnje. Nedjelotvornost **na strani ponude** rezultat je sustava plaćanja na temelju kapaciteta i plaćanja

temeljenih na inputima zbog kojih bolnice imaju poticaj da drže krevete punima i produžuju ostanak pacijenata. Značajan udjel zaštite koja bi se trebala pružiti na primarnoj razini prosljeđuje se na sekundarnu razinu jer su liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti plaćeni godišnjim naknadama po broju pacijenata te je malo konkurencije među pružateljima usluga zdravstvene zaštite. Nedjelotvornost **na strani potražnje** rezultat je značajnog udjela stanovništva starijeg od 65+ godina koji zahtijeva veću zdravstvenu zaštitu od mlađih te postojećeg zdravstvenog sustava s niskim razinama dodatnih plaćanja u kombinaciji sa širokim iznimkama od doprinosa koji potiču potražnju za zdravstvenim uslugama.

Općenito postoji problem nedovoljne **transparentnosti financiranja** zdravstva. Nadalje, **upravljanje zdravstvenim ustanovama** je često neprikladno i nedovoljno stručno što je dijelom posljedica podijeljene posvećenosti kliničkom radu i upravljanju, a dijelom nepostojanja interdisciplinarne ekspertize te ljudskih i informatičkih kapaciteta za planiranje i analizu. Izdaci za lijekove su neproporcionalno visoki i često neopravdani, među ostalim jer ne postoji funkcionalni proces **procjene zdravstvenih tehnologija** ni dovoljan broj kvalitetnih **kliničkih smjernica**. Rokovi za plaćanje su predugi.

Bolnički sustav nije dovoljno prilagođen ni potrebama stanovništva s obzirom na promjene u demografskim i epidemiološkim trendovima, ni suvremenim medicinskim tehnologijama.

Fizička infrastruktura bolnica je velika, slabo održavana i energetska nedovoljno djelotvorna. Sofisticirana dijagnostička i terapijska oprema u bolnicama se uglavnom koristi samo u jednoj smjeni. Skupi bolnički kapaciteti za akutno liječenje često se koriste za kronično i dugotrajno liječenje. Uloga **ljekarničke djelatnosti** u očuvanju zdravlja i kvalitete života, prevenciji bolesti ili provedbi terapije te u racionalizaciji potrošnje lijekova nije dovoljno prepoznata ni iskorištena. **Služba hitne medicinske pomoći** često se koristi za prijevoz pacijenata. Napori u **prevenciji bolesti** su 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 koja su manje atraktivna, npr. zbog manjih koeficijenata (zavodi za javno zdravstvo), zbog nepovoljnog utjecaja na životni stil (»velike« specijalizacije

poput pedijatrije, kirurgije, interne medicine i ginekologije) ili zbog neadekvatnog pravnog i radnog položaja (npr. medicinske sestre u odnosu na liječnika obiteljske medicine ili fizioterapeut u odnosu na fizijatra u koncesiji). U nekim strukama izobrazba i specijalizacija moraju se plaćati iz osobnih sredstava što dodatno smanjuje atraktivnost tih profesija.

Mreža ljekarni je nepotpuna jer nije isplativo raditi na područjima koja ne mogu ostvariti profit na tržištu.

Formalno, svim osiguranicima su dostupne sve usluge, no u stvarnosti ipak postoje velike razlike u dostupnosti zdravstvenih usluga što je dijelom vezano i uz nedovoljno transparentne liste čekanja. **Plan i program mjera zdravstvene zaštite** iz obveznog zdravstvenog osiguranja je neažuriran, preširok i u praksi teško ostvariv.

5. Razmjerno slabi pokazatelji zdravlja

Iako je vidljiv trend smanjivanja stope ukupne 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. Među slabim pokazateljima zdravlja su i povećan broj radnika koji odlazi u invalidsku mirovinu te stope ozljeđivanja i smrtnosti od ozljeda koje su više od europskih prosjeka. Sve teže **socio-ekonomsko stanje** dodatno ugrožava zdravstveno stanje stanovništva. Ne postoji kultura preuzimanja **osobne odgovornosti** za vlastito zdravlje, ni odgovornog korištenja zdravstvene zaštite.

STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI, PRIORITETI I MJERE

Pri definiranju strateških ciljeva i prioriteta u razdoblju od 2012.-2020. u obzir se moraju uzeti najmanje dvije vremenske perspektive: kratkoročna i dugoročna. **Kratkoročna perspektiva** svoje polazište nalazi u analizi sadašnjeg stanja, kao i postojećim dokumentima s kraćim vremenskim horizontom, kao što su Strateški okvir za razvoj 2006.-2013., Strategija Vladinih programa za razdoblje 2012.-2014., Program Vlade Republike Hrvatske za mandat 2011.-2015. i 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.

Prikazani strateški razvojni pravci i prioriteti trebali bi osigurati da se razvoj sustava zdravstva ostvaruje postupno i kontinuirano, uz uvažavanje prijedloga i mjera od subjekata koji određeni dio zdravstvene zaštite pružaju i provode. Svakako valja **izbjeci radikalne reformske zahvate** kojima je teško predvidjeti neželjene učinke, a koje mogu izazvati i veće probleme od onih koji su se nastojali riješiti samim reformskim zahvatom. Suprotno tome, **inkrementalni razvoj** (»korak po korak«) dopušta trajno praćenje učinka provedenih aktivnosti i njihovo daljnje podešavanje i modificiranje u skladu s ostvarenim rezultatima i novim okolnostima. I samu Strategiju valja shvaćati dinamično, a ne kao dokument koji je »uklesan u kamenu« za idućih osam godina. Ministarstvo zdravlja će stoga imenovati posebnu skupinu koja će svake godine pratiti i vrednovati provedbu i učinke Strategije, te predlagati njezine nadopune i poboljšanja.

Strateški razvojni pravci proizlaze neposredno iz strateških problema prikazanih u prethodnom poglavlju. Kako bi se razvojni pravci ostvarili, predložena su 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 1-8. Važno je naglasiti da brojevi prioriteta (1-8) ne podrazumijevaju njihovu relativnu važnost ili vrijednost, ni da se vremenski ili procesno neposredno nadovezuju jedan na drugi. Nadalje, iako su mjere radi kategorizacije i bolje preglednosti razdvojene u osam prioritetnih područja djelovanja, jasno je da su mnoge od mjera iz različitih prioriteta međusobno povezane i utječu jedna na drugu.

U skladu s pojmovnim određenjem Strategije, opisanim u uvodnom poglavlju, ovdje navedeni razvojni pravci, prioriteti i mjere ne nude detaljnu razradu konkretnih aktivnosti, njihovih nositelja i rokova za izvršenje. Tu će razradu dati **planski i operativni dokumenti** za pojedine segmente zdravstva (npr. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, Master plan bolnica, Strateški plan razvoja informatizacije zdravstva, Strateški plan razvoja zdravstvenog turizma), a za čiju izradu, odnosno vrednovanje i reviziju ova Strategija daje osnovu.

STRATEŠKI RAZVOJNI PRAVCI:

1. Poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu
2. Ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
3. Povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava
4. Povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite
5. Poboljšanje pokazatelja zdravlja

PRIORITET 1: Razvoj informatizacije i eZdravstva

Integriranje i standardizacija zdravstvenih informacija i ujednačavanje stupnja informatiziranosti u sustavu zdravstva

Zdravstveni informacijski sustav mora **integrirati sve podatke** koji cirkuliraju u zdravstvenom sustavu te uz visok stupanj sigurnosti i zaštićenosti osigurati dostupnost podataka ovlaštenim subjektima. Za potpunu i funkcionalnu integraciju, nužno je za svaku vrstu zdravstvene ustanove **definirati minimalni skup funkcionalnosti** unutarnjeg poslovanja i to: medicinskog (dijagnoze, nalazi, radiološke snimke, opisi operativnih zahvata s potrošnim i ugradbenim elementima itd.) i poslovnog (računovodstvo, prijam pacijenata, smještaj pacijenata, kuhinja itd.), a sukladno osiguranim financijskim sredstvima, uz kontinuiranu godišnju reviziju.

Nužna je također **standardizacija** modela podataka, zajedničkih šifrnika, načina prijenosa podataka i međusobne komunikacije među sustavima. Potrebno je uspostaviti integraciju informacijskih sustava u bolnicama i specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti te **razmjenu informacija** kako međusobno, tako i s centralnim informacijskim sustavom. Integracija podrazumijeva i **povezivanje svih registara** u zdravstvu i objedinjavanje podataka. Potrebno je ostvariti **interoperabilnost** informacijskih sustava u zdravstvu sa svim tijelima državne uprave (združene usluge), kao i sa zemljama Europske unije. Službene mrežne stranice i portale ključnih zdravstvenih ustanova potrebno je objediniti kako bi se ujednačila arhitektura informacija prema građanima. To će se postići u suradnji s projektom **eHrvatska**, u sklopu objedinjavanja svih portala tijela državne uprave.

Integracija će se ostvariti i kroz **objedinjavanje nabave** i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku.

Uspostava elektroničkog zdravstvenog zapisa

Svaki korisnik zdravstvene zaštite treba imati svoj **jedinstveni elektronički zdravstveni zapis** (EZZ) koji se puni u raznim segmentima zdravstvene zaštite (ordinaciji liječnika obiteljske medicine, specijalističkoj ordinaciji, bolnici, laboratoriju, dijagnostičkoj jedinici, u privatnoj zdravstvenoj ustanovi i drugdje). Fizički ne mora nužno biti na jednom mjestu, ali mora postojati mogućnost povezivanja dijelova tog zapisa uvijek kada je to potrebno, kada to zahtijeva ovlaštena osoba (liječnik tijekom pružanja zdravstvene usluge pacijentu) i uz suglasnost pacijenta. Svaki korisnik zdravstvene zaštite mora imati mogućnost potpunog i jednostavnog uvida u informaciju o tome tko je, kada i koje njegove podatke dobio na korištenje, te temeljem kojeg prava ili ovlaštenja. Uspostavom elektroničkog zdravstvenog zapisa bit će ostvareni svi preduvjeti za automatiziranu komunikaciju svih tipova zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), te komunikaciju između zdravstvenog sustava i pacijenata čime će se značajno smanjiti broj nepotrebnih pretraga i povećati kvaliteta liječenja.

Korištenje zdravstveno statističkih informacija za potporu odlučivanju i uspostava sustava izvješćivanja i upozoravanja

Podaci o zdravstvenom stanju korisnika zdravstvene zaštite i zdravstvenim uslugama pruženim u zdravstvenim ustanovama čine osnovu za izradu periodičnih **statističkih izvješća** koja koriste HZJZ i mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo, te drugi zavodi, agencije i ustanove. Svrha zdravstvene statistike je dijagnosticiranje zdravstvenog stanja populacije i funkcioniranja zdravstvenog sustava te stvaranje osnove za javnozdravstvene intervencije u populaciji i u organiziranju/reorganiziranju samog sustava. Izravnim dohvatom podataka iz EZZ-a pacijenta (podaci o liječenju, prevenciji, zdravstvenim postupcima i sl.) zdravstveno-statistička izvješća će biti aktualna i bez kašnjenja, te će služiti kao kvalitetna potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu (engl. business intelligence). Korištenjem podataka u svim dijelovima zdravstvenog sustava radi se na podizanju kvalitete rada. Dio zdravstveno-statističkih informacija treba biti dostupan i korisnicima izvan zdravstvenog sustava.

Važno je uspostaviti i sustav **upozoravanja na pojave otklona** od standardnih vrijednosti koje je definirala struka za bilo koje područje zdravstvenih i upravljačkih informacija, a koji zahtijevaju pokretanje eskalacijske procedure i intervenciju upravljačkog tijela.

Funkcionalno unapređenje, modernizacija i održavanje postojećih informacijskih sustava u zdravstvu

Postojeće informacijske sustave u zdravstvu potrebno je **funkcionalno unaprijediti** kroz razvoj e-liste čekanja, e-naručivanja, e-doznaka za ortopedsku pomagala, e-liste lijekova, e-smjernica propisivanja, e-kliničkih smjernica, e-preventive, e-upravljanja kroničnim bolestima, e-patronaže, e-transplantacije, virtualnog zdravstvenog arhiva, nacionalnog javnozdravstvenog informacijsko-komunikacijskog sustava, informacijskog sustava za sanitarne inspektore, informacijskog sustava kao potpore sustavu upravljanja kvalitetom, informacijskog sustava za županijske centre hitne medicinske službe, sustava za upravljanje dokumentima i digitalnim zapisima dijagnostičkih uređaja, sustava za upravljanje sestričkom i liječničkom dokumentacijom, sustava za potporu objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolnica i čitavog zdravstva, umrežavanje ordinacija medicine rada, povezivanje s privatnim pružateljima medicinskih usluga i mZdravlje – primjenu mobilnih uređaja u medicinskoj i javno-zdravstvenoj praksi. Telemedicinu je potrebno integrirati u hitnu medicinsku službu i druge zdravstvene djelatnosti. Kako

bi se ujednačila i povećala kvaliteta pružanja usluga u zdravstvu, razvijat će se liječnički forumi i baze znanja za razmjenu informacija i iskustava.

Za potrebe razvoja **farmakovigilancijskog sustava** uz spontano prijavljivanje lijekova putem obrasca za prijavu nuspojave koja je dostupna na web stranicama Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), potrebno je razviti elektroničko prijavljivanje preko internetskih stranica HALMED-a kako za zdravstvene radnike tako i za pacijente, ali i mogućnost izravnog prijavljivanja spontanijih nuspojava iz informacijskog sustava obiteljskih liječnika prema HALMED-u koji vodi nacionalnu bazu nuspojava lijekova i cjepiva. U drugoj fazi potrebna je izrada farmakoepidemiološkog programa praćenja nuspojava iz CEZIH-a (iz elektroničkog zdravstvenog zapisa) na način da bi se podaci o uzimanju lijekova i dijagnozama bolesnika slali u posebnu farmakoepidemiološku bazu za analizu povezanosti pojavljivanja određenih bolesti i uzimanja lijekova.

Postojeće aplikacije u zdravstvu potrebno je **modernizirati**, što podrazumijeva promjenu tehnologija, optimizaciju programskog koda i unapređenje prijenosa poruka i sigurnosti. Također, potrebno je kontinuirano završavanje sklopovlja, programa i mrežne platforme.

Normizacija i certifikacija

Normiranost je preduvjet za valjano funkcioniranje sustava. Pod normama, među ostalim, treba podrazumijevati medicinske smjernice kao i preporuke drugih međunarodnih tijela i organizacija. U vezi normizacije zdravstvenih informacijskih sustava treba slijediti europske (CEN, CENELEC i dr.) i međunarodne norme (ISO, HL7 i dr.) odnosno usvojene hrvatske norme (Hrvatski zavod za norme - HZN).

Informacijski sustavi u zdravstvu prije uporabe moraju proći postupak **certifikacije** - provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava te interoperabilnosti. Za tu je svrhu potrebno postaviti primarne kriterije kojima proizvod treba udovoljavati, ustanoviti tijelo koje će provoditi postupak certificiranja, definirati razdoblje za koje će certifikat vrijediti, kao i uvjete za potencijalnu re-certifikaciju proizvoda. Kada je riječ o zdravstvenom informacijskom sustavu, EZZ-u i sl., tijelo koje provodi certifikaciju mora uključivati **različite struke**: (1) korisnike odnosno zdravstvene profesionalce, (2) medicinske informatičare odnosno stručnjake za informacijsko-komunikacijske tehnologije, (3) pravnike, te (4) druge zainteresirane struke i pojedince.

Sva programska rješenja moraju biti **sukladna** (kompatibilna). To znači da se izradom programskog rješenja mora osigurati izravna interoperabilnost s drugim programskim rješenjima odnosno definiranjem standardnog oblika podataka svako programsko rješenje će ga moći prihvatiti. Uspostavljanjem kriterija kojima programsko rješenje treba udovoljavati, uvažavanjem međunarodnih norma i certificiranjem koje svako programsko rješenje mora proći na svom putu do prihvaćanja za upotrebu u praksi, povećat će se odgovornost proizvođača i sloboda korisnika (zdravstvenih profesionalaca) u izboru, odnosno zamjeni programskih rješenja. Propisanu standardiziranu strukturu podataka koji su namijenjeni korištenju od strane više institucionalnih sudionika zdravstvenog sustava potrebno je učiniti dostupnima zdravstvenoj i informatičkoj javnosti kako bi se povećala transparentnost i učinkovitost čitavog sustava.

Izgradnja sustava EZZ-a mora biti usklađena s europskom inicijativom u području eZdravstva. European Institute for Health Records (EuroRec) je pokrenuo projekt ujednačavanja kvalitete sustava EZZ-a u Europskoj Uniji. Osnivanje **ProRec centra** u Republici Hrvatskoj omogućilo bi izravnu vezu s europskim aktivnostima na području e-zdravlja i uključivanje u europske i euro-atlantske projekte Europske komisije koje koordinira EuroRec. Uključivanjem u projekt epSOS, Hrvatska će imati mogućnost razmjene informacija o pacijentima i receptima.

Upravljanje promjenama i izobrazba

Uvođenje informacijsko-komunikacijskih tehnologija (IKT) u rad bilo pojedinca bilo organizacije znači promjenu načina rada pa sastavni dio svakog projekta informatizacije mora biti **upravljanje promjenama** (organizacija rada, izobrazba).

Obrazovanje svake zdravstvene profesije mora sadržavati teme o eZdravstvu. Za učinkovitu uporabu suvremenog IKT-a u medicinskoj odnosno zdravstvenoj struci (liječnik, medicinska sestra, medicinski tehničar i sl.), potrebno je poznavati principe i mogućnosti IKT-a, te ovladati vještinama za njezinu uporabu. To podrazumijeva da zdravstveni profesionalci ovladaju određenim znanjima i vještinama iz područja medicinske zdravstvene informatike, a informatičari određenim znanjima i vještinama vezanim uz medicinsku i zdravstvenu problematiku. S obzirom na velik broj korisnika u zdravstvenom sustavu, potrebno je izgraditi **sustav e-učenja** (engl. e-learning) koji će olakšati provedbu izobrazbe, a upravljačkom tijelu zdravstva omogućiti izradu sadržaja koji osim stručnih i korisničkih uputa mogu imati i preporuke ponašanja, odnosa prema pacijentima, rješavanja kriznih situacija, sigurnosna pravila i sl.

Potrebno je educirati zdravstvene djelatnike za osnove rada s računalom, za rad sa svim aplikacijama koje se nalaze u području njihovog djelovanja, te o pravima pacijenata i načinu rada zdravstvenog sustava.

Kako bi se omogućila brza i kvalitetna potpora svim korisnicima IKT-a u zdravstvu, potrebno je uspostaviti objedinjeni **pozivni centar** (engl. call center) i **upravljanje odnosima s klijentima** (engl. customer relationship management).

Organizacijski, s obzirom na velike projekte i kompleksne sustave u zdravstvu koje treba razviti i povezati, ključno je **prepoznati i ujediniti** sva znanja i stručnjake u području medicinske informatike koji su u sustavu i izvan njega.

Financiranje i zakonsko reguliranje

Osim značajnog **povećanja sredstava** za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom proračunu, potrebno je povećati kapacitete za **pisanje projektnih prijedloga** i **vođenje projekata** financiranih iz fondova EU-a. Također, treba pojačati **međunarodne aktivnosti i suradnju** s ciljem pokretanja bilateralnih projekata i uključivanja u velike europske zdravstvene projekte. Veliku mogućnost, ali i izazov financiranja informatizacije u zdravstvu pruža i zajam Svjetske banke koji je na raspolaganju Ministarstvu zdravlja.

Cjelokupno područje e-zdravlja treba biti u potpunosti podržano usklađenom **zakonskom regulativom** što znači da postojeće zakone i pravilnike treba uskladiti, odnosno dopuniti.

Potrebno je definirati **prava i obveze** svih dionika informatizacije zdravstvenog sustava u provedbi informatizacije. Izuzetno je važno u integriranom informacijskom sustavu definirati ovlaštenja pacijenata i zdravstvenih djelatnika u javnom i privatnom sektoru s naglaskom na prava i obveze dobavljača informatičko-komunikacijskih programa i opreme vezano uz propise koji reguliraju zaštitu osobnih podataka i informacijsku sigurnost. Svakako je potrebno središnje regulirati oblik i sadržaj **medicinske dokumentacije**, uključivo elektronički zdravstveni zapis, te politiku i pravila **informacijske sigurnosti**.

Tablica 1. Mjere predviđene u okviru prioriteta 1. Informatizacija i eZdravstvo

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
1.1 Ujednačavanje stupnja informatiziranosti u zdravstvu, integriranje zdravstvenih informacija i uspostavljanje komunikacije između svih razina zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), između zdravstvenog sustava i pacijenata te između tijela državne uprave i europskih zdravstvenih sustava	+	+	+		
1.2 Uspostavljanje informacijskih sustava za praćenje zdravstvene statistike te za analizu podataka i izradu izvješća koji služe kao potpora odlučivanju upravljačkim tijelima u zdravstvu (engl. business intelligence)	+	+	+		
1.3 Funkcionalno unapređenje i modernizacija postojećih te razvoj novih informacijskih sustava i aplikacija u zdravstvu	+	+	+	+	+
1.4 Izgradnja sustava za podršku objedinjenoj nabavi i ostalim zajedničkim procesima bolničkog i čitavog zdravstvenog sustava	+		+		
1.5 Integracija telemedicine u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti	+	+	+	+	
1.6 Normizacija i certifikacija informacijskih sustava u zdravstvu, uz kontinuiranu provjeru funkcionalnosti, sigurnosti podataka i sustava te interoperabilnosti	+		+		
1.7 Objedinjavanje nabave i ujednačavanje standarda za računalnu opremu, licence, komunikacijsku infrastrukturu, održavanje i tehničku podršku	+		+		
1.8 Izobrazba zdravstvenih djelatnika i upravljanje promjenama pri uvođenju informacijsko-komunikacijskih tehnologija	+		+		
1.9 Povećanje sredstava za informatizaciju u ukupnom zdravstvenom proračunu, u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU-a	+				
1.10 Zakonsko reguliranje eZdravstva	+				

PRIORITET 2: Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu

Strateški plan razvoja ljudskih resursa

Zdravstveni djelatnici najveći su i najvažniji resurs hrvatskoga zdravstva i većina bi mjera, u okviru svih prioriteta navedenih u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., trebala posredno ili neposredno utjecati na unaprjeđenje rada zdravstvenih djelatnika i poboljšanje njihova položaja. Bez dovoljnog broja zadovoljnih, zaštićenih i pravilno angažiranih zdravstvenih djelatnika nije moguće ostvariti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu stanovništva RH.

S obzirom na alarmantan nedostatak zdravstvenih djelatnika u RH, nužno je izraditi Strateški plan razvoja ljudskih resursa kojim bi se: a) detaljno procijenilo **stanje raspoloživog kadra**, postojeća sistematizacija radnih mjesta i potreba za ljudskim resursima na svim razinama zdravstvene zaštite i u svim zemljopisnim područjima RH, b) predložili mehanizmi i alati za **bolje praćenje i ocjenu** ljudskih resursa, c) predložili mehanizmi i alati za adekvatno **privlačenje, zadržavanje, trajnu izobrazbu i profesionalni razvoj** zdravstvenih djelatnika, d) predložili načini i konkretni pravci **prihvatljivog razmještaja** postojećih ljudskih resursa s ciljem povećanja djelotvornosti i dostupnosti zdravstvene zaštite i e) predložio ekonomski održiv sustav **nagrađivanja i poticanja** rada zdravstvenih djelatnika.

S obzirom na složenost i socijalnu osjetljivost toga zadatka, Strateški plan razvoja ljudskih resursa bit će izrađen u suradnji domaćih i međunarodnih stručnjaka za ljudske resurse u zdravstvu, za što su predviđena sredstva iz zajma Svjetske banke koji je na raspolaganju Ministarstvu zdravlja. U izradu toga dokumenta bit će nužno aktivno uključiti sve strukovne komore i druge ključne dionike u zdravstvu, a podaci će se prikupljati i analizirati do razine pojedinih ustanova.

Zaštita zdravstvenih djelatnika

Osiguranje od liječničke odgovornosti postaje nužan uvjet kvalitetnog rada u medicinskoj djelatnosti te je potrebno unaprijediti model osiguranja liječnika. Pri zaključivanju polica osiguranja potrebno je detaljno razmotriti i razjasniti rizike, ali i opće i posebne uvjete osiguranja koji se odnose na profesionalnu odgovornost u zdravstvu.

Na nacionalnoj razini potrebno je ustrojiti **prikupljanje podataka o tužbama** i drugim postupcima pokrenutim protiv pružatelja zdravstvenih usluga, ponajprije liječnika, zbog eventualnih propusta u obavljanju djelatnosti kako bi se stekao potpuniji uvid u trenutnu situaciju i unaprijedito osiguranje od profesionalne odgovornosti. Zaštiti bi pridonijelo i sustavno **prikupljanje podataka o svim oblicima napada** na zdravstvene djelatnike, u čemu bi važnu ulogu trebale imati komore. Potrebno je i unaprijediti postojeće propise koji uređuju odnos između pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga i postupaka.

S obzirom na presudnu ulogu sudskih vještaka medicinske struke u brzini i kvaliteti rješavanja odštetnih zahtjeva u sudskim i izvansudskim postupcima, **trajna izobrazba vještaka** trebala bi postati obvezna. Uloga vještaka vrlo je važna za čuvanje digniteta liječničke profesije i odgovornog profesionalnog ponašanja liječnika te je nužno da ocjene vještaka budu zasnovane na medicini utemeljenoj na dokazima, kao i da vještačenja u konkretnim slučajevima provode isključivo liječnici iz odgovarajuće djelatnosti s opsežnim iskustvom u provođenju postupaka koja su predmet vještačenja.

Konačno, zaštita zdravstvenih djelatnika podrazumijeva i **zaštitu njihova zdravlja i sigurnost na radu** za što je potrebno izraditi i provoditi nacionalni program, u skladu s Globalnim planom djelovanja za zdravlje radnika koji je potvrdila Svjetska zdravstvena skupština.

Vertikalna i horizontalna mobilnost

Svi zdravstveni djelatnici trebali bi imati mogućnost ostvarivanja **viših razina obrazovanja** što će povoljno utjecati ne samo na njihove kompetencije, nego i na atraktivnost zdravstvenih struka. Kako bi više razine obrazovanja bile adekvatno prepoznate, moraju se stvoriti mogućnosti za **napredovanje u struci** i preuzimanje zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja (engl. task shifting) što

može biti povezano i s organizacijskim promjenama (npr. ustroj jedinica/odjela u rodilištima koje vode i nadziru primalje s odgovarajućim stupnjem izobrazbe ili osnivanje tzv. walk-in centara, jedinica PZZ-a za manje teške bolesti i ozljede, kojima upravlja medicinska sestra, a dostupna je svima bez najave ili dogovaranja termina). Vertikalnu mobilnost potrebno je ojačati i poticanjem **istraživanja** u strukama poput sestrinstva, u kojima je znanstvena produkcija nedovoljno razvijena što ima negativan utjecaj ne samo na razvoj profesije, nego i na ukupnu kvalitetu i sigurnost zdravstvene zaštite.

U uvjetima razmjernog manjka zdravstvenih djelatnika, kao i stalnih promjena u zdravstvenim potrebama stanovništva, potrebno je povećati horizontalnu mobilnost zdravstvenih djelatnika, tj. omogućiti njihov lakši **prelazak s jednog radnog mjesta na drugo** unutar ustanove ili mreže ustanova.

Teritorijalnu mobilnost, osobito djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, usmjerenu ka mjestima i radilištima za koje postoji slabiji interes (ruralna i izolirana područja, otoci), potrebno je poticati aktivnim stimuliranjem i nagrađivanjem.

Plansko odobravanje specijalizacija

Specijalizacije se moraju odobravati po **jasno dokumentiranim potrebama** u mreži javne zdravstvene službe kako bi se izbjeglo pretjerano koncentriranje specijalista na određenim područjima, a nedostatak u drugima. S obzirom na očekivano povećanje udjela stanovništva starije dobi i specifične zdravstvene potrebe te populacije, bit će potrebno uvesti specijalizaciju iz gerijatrije, za koju su već izrađeni udžbenici i program izobrazbe u trajanju od četiri godine, sukladan programu specijalizacija Europske unije medicinskih specijalista (UEMS).

Očekuje se da će prema detaljnoj procjeni potreba, koja će biti izrađena u okviru Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, biti potrebno uvesti i nove specijalizacije ili subspecijalizacije (npr. iz prevencije i liječenja kronične boli) ili poticati izrazito deficitarne specijalizacije poput dječje i adolescentne psihijatrije. U cilju unapređenja kvalitete rada, potrebno je uvesti **obvezu specijalističke izobrazbe** za sve nositelje timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Rad nakon obvezne dobi za umirovljenje

Uzimajući u obzir zabrinjavajući nedostatak zdravstvenih djelatnika, ali i povećanje njihova očekivanog trajanja života, razumno je i pragmatično omogućiti rad zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje za to postoji potreba. Ta mjera je u skladu i sa zaključcima kongresa ekonomista Hrvatske u Opatiji 15.-17. studenoga 2006. kada je kao jedna od smjernica za ekonomsku politiku Hrvatske prihvaćen prijedlog da se produži radni staž funkcionalno sposobnih djelatnika i nakon 65. godine života.

Tablica 2. Mjere predviđene u okviru prioriteta 2. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
2.1 Izrada Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu		+	+	+	
2.2 Jačanje zaštite od osobne odgovornosti zdravstvenih djelatnika				+	
2.3 Izrada i provedba nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti zaposlenih u zdravstvu			+	+	+
2.4 Omogućavanje ostvarivanja viših razina obrazovanja za sve zdravstvene djelatnike	+			+	
2.5 Definiranje kompetencija i omogućavanje preuzimanje zadataka u skladu s višom razinom postignutog obrazovanja zdravstvenih djelatnika (engl. task shifting)	+	+	+	+	
2.6 Povećanje horizontalne i vertikalne mobilnosti zdravstvenih djelatnika unutar hrvatskog zdravstvenog sustava	+		+	+	
2.7 Odobravanje specijalizacija prema jasno dokumentiranim potrebama u mreži javne zdravstvene službe				+	
2.8 Omogućavanje rada zdravstvenim djelatnicima i nakon dobi za umirovljenje, onima koji to žele i na mjestima gdje postoji potreba				+	

PRIORITET 3: Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu

Izobrazba i diferenciranje upravljanja

Upravljački kapacitet važan je preduvjet učinkovitog i djelotvornog funkcioniranja zdravstvenog sustava i stoga je nužno nastaviti sa sustavnom **izobrazbom upravljačkog kadra** u zdravstvu, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim razinama upravljanja. Rukovoditelji na svim razinama upravljanja (djelatnosti/službi) moraju biti svjesni da upravljanjem, odnosno donošenjem odluka impliciraju financijske učinke te su samim time uključeni i u financijsko upravljanje i kontrolu koja se zahtijeva Zakonom o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru. Prema Zakonu o proračunu, čelnik proračunskog korisnika odgovoran je za zakonito, svrhovito, učinkovito i ekonomično raspolaganje proračunskim sredstvima. Za izvršavanje upravljačkih dužnosti i odgovornosti potrebna su specifična znanja i vještine, ali i puno radno vrijeme posvećeno upravljanju. Budući da nije primjereno ni realno da liječnici koji preuzmu upravljačke odgovornosti potpuno prestanu s kliničkim radom, potrebno je **razdvojiti organizacijsko–financijsko od medicinskog upravljanja**. Organizacijsko-financijski upravitelji na upravljačkim poslovima moraju provoditi puno radno vrijeme, a ne trebaju imati primarno medicinsku izobrazbu, već raspolagati specifičnom ekspertizom (ekonomskom, pravnom, upravljačkom) koja ih kvalificira za taj posao. Financijsko upravljanje imat će koristi od instrumenata

centralizacije, npr. kroz objedinjenu javnu nabavu. Medicinsko upravljanje ne mora podrazumijevati puno radno vrijeme, no mora biti u nadležnosti zdravstvenih djelatnika s bogatom kliničkom ekspertizom, a usmjereno na upravljanje kvalitetom skrbi, sigurnost pacijenata, provedbu i nadzor provedbe kliničkih smjernica i druge aktivnosti koje su usko vezane uz medicinsku struku. Medicinsko upravljanje treba ići u pravcu **decentralizacije**, odnosno provedbe i nadzora što bliže pojedinom pacijentu.

Analize podataka, planiranje i istraživanje sustava zdravstva

I organizacijsko-financijsko i medicinsko upravljanje trebalo bi se poboljšati **uspostavljanjem odjela** u zdravstvenim ustanovama koji bi se bavili analizom podataka, planiranjem i projektima EU-a.

Važan doprinos jačanju upravljačkih kapaciteta, osobito na razini donošenja zdravstvenih politika, mogu dati znanstvene ustanove i istraživačke skupine, kroz ciljana i metodološki robusna **istraživanja hrvatskog sustava zdravstva**. Takva istraživanja pomoći će u evaluaciji utjecaja pojedinih zdravstvenih politika u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti te javnom zdravstvu na poboljšanje zdravstvenih ishoda u stanovništvu, doprinosa primjene kliničkih smjernica, akreditacija i procjene zdravstvenih tehnologija boljim zdravstvenim ishodima, uspješnosti postojećih ili predloženih modela financiranja i zdravstvenog osiguranja te sukladnosti postojećeg modela izobrazbe budućim potrebama u zdravstvu.

Jačanje upravljačkih ovlasti domova zdravlja

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, domovi zdravlja moraju osigurati ostvarenje načela sveobuhvatnosti, cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite te načela dostupnosti i kontinuiranosti pružanja zdravstvene zaštite na svome području. Da bi se te odgovornosti mogle ispuniti, domovi zdravlja moraju imati **čvršće upravljačke ovlasti**, primjerice u planiranju radnog vremena za liječnike opće medicine u koncesiji. To se treba postići kroz zakonski okvir koji jasno uređuje koncesije u zdravstvu.

Tablica 3. Mjere predviđene u okviru prioriteta 3. Jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
3.1 Izobrazba upravljačkog kadra		+	+		
3.2 Razdvajanje organizacijsko-financijskog i medicinskog upravljanja		+	+		
3.3 Uspostavljanje odjela za analitiku, planiranje i projekte EU-a		+	+		
3.4 Poticanje istraživanja sustava zdravstva		+	+		
3.5 Jačanje upravljačkih ovlasti Domova zdravlja kroz zakonski okvir koji jasno uređuje koncesije u zdravstvu	+		+	+	

PRIORITET 4: Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova

Povezivanje i suradnja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i javnom zdravstvu

Važan i svrhovit oblik povezivanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je **osnivanje grupnih praksi** kojima se može postići veća djelotvornost, kontinuitet i kvaliteta rada kroz zajedničku nabavku i korištenje prostora, dijagnostičke i terapijske opreme, udruživanje ne-medicinskih djelatnosti (npr. računovodstvo, čišćenje), organizaciju dežurstava i zamjena, planiranje i provođenje dodatnih preventivnih i kurativnih programa (cijepljenje, kućno liječenje i dr.) te mogućnosti stručnih konzultacija i diferenciranja kliničke ekspertize među partnerima u grupnoj praksi. Troškovi nadzora koji provodi osiguravateljska kuća manji su za grupne prakse nego za individualne ordinacije.

Kućno liječenje u pravilu je dio grupne prakse, a patronažna djelatnost njezin najvažniji partner. Grupna praksa mora biti dobrovoljna odluka zdravstvenih djelatnika utemeljena na zadovoljavanju profesionalnih i financijskih interesa partnera. Timovi unutar grupne prakse međusobnim ugovorom trebaju regulirati prava i obveze za stručni i financijski položaj partnera u grupnoj praksi, osobito u odnosu na raspodjelu financijskih sredstava.

Liječnicima u izoliranim zemljopisnim područjima mora se omogućiti **primjena telemedicine** i stvaranja »virtualnih grupnih praksi«, uz potporu informacijsko-komunikacijskih tehnologija. Također, takvim liječnicima treba se omogućiti da uz uvjet adekvatne stručne osposobljenosti provode dodatne dijagnostičke i terapijske postupke (npr. fizikalna terapija, dijagnostički ultrazvuk, određeni dermatološki i kirurški zahvati, dio laboratorijske dijagnostike, PAPA-test), a da kontrolne preglede psihijatra, neurologa, okuliste, kardiologa i drugih specijalizacija ugovaraju u svojim ambulantomama za svoje pacijente.

Za povezivanje primarne zdravstvene zaštite u izoliranim zemljopisnim područjima sa sekundarnom i tercijarnom zdravstvenom zaštitom, kao i za pružanje hitne medicine pomoći u tim područjima (otoci, planinska područja, autoceste) potrebno je nabaviti **primjereno opremljena vozila** (helikoptere, brze brodove) za hitni medicinski zračni i pomorski prijevoz pacijenata.

Općenito, suvremene zdravstvene potrebe i medicinske tehnologije zahtijevaju jačanje **interdisciplinarnе suradnje** u zdravstvu i pristup **rada u zajednici**. Zdravstvena njega i rehabilitacija, zaštita mentalnog zdravlja i palijativna skrb neka su područja u kojima je multidisciplinarni pristup u zajednici poželjniji od skrbi u institucijama pa ga stoga treba i poticati. Suradnja liječnika i ljekarnika te zajednički rad zdravstvenih i nezdravstvenih struka u praćenju i ocjeni pokazatelja okoliša i njegova utjecaja na zdravlje daljnji su primjeri poželjnog multidisciplinarnog pristupa u zaštiti zdravlja stanovništva.

Kako bi se osigurao kontinuitet i sveobuhvatnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini, potrebno je zakonski **preciznije definirati koncesije** za obavljanje javne zdravstvene službe.

Djelotvornost mreže županijskih zavoda za javno zdravstvo može se povećati osnivanjem **zajednica zavoda** uz funkcionalno ili institucijsko ujedinjavanje, uz koncentriranje pojedinih djelatnosti ili aktivnosti na jednom ili manjem broju ustanova unutar zajednice zavoda, gdje god je to prikladno. Djelatnosti zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine te zaštite mentalnog zdravlja i izvanbolničkog liječenja ovisnosti trebaju ostati u djelokrugu županijskih zavoda za javno zdravstvo, uz jačanje suradnje i povezivanje s drugim dionicima u sustavu zdravstva i društvu u cjelini. Na razini zavoda za javno zdravstvo potrebno je **objediniti javnu nabavu** te ujednačiti cijene usluga.

Master plan bolnica

Bolnice čine najveći dio hrvatskog zdravstvenog sustava, kako u pogledu broja zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji u njima rade, tako i u pogledu sredstava koji se izdvajaju za njihovu djelatnost. Reorganizacija ustroja i djelovanja bolnica ima osobito velik potencijal za unapređenje učinkovitosti, djelotvornosti i dostupnosti zdravstvene zaštite. Ministarstvo zdravlja pokrenulo je izradu master plana bolnica koja će se financirati iz zajma Svjetske banke dok se provedba master plana planira iz proračunskih sredstava, strukturnih fondova EU-a i eventualno budućeg zajma Svjetske banke. Master plan će detaljno analizirati stanje u bolničkom sustavu te na temelju utvrđenih kretanja pobola i smrtnosti, kao i demografskih projekcija, predložiti konkretne mjere restrukturiranja i reorganizacije na razini pojedinih ustanova.

Analiza na razini cijelog zdravstvenog sustava, provedena u okviru izrade Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020., pokazuje pravce razvoja bolničkog sustava koje će master plan detaljno razraditi. Izrada i provedba master plana riješit će velik dio problema bolničkog sustava, nastalih kroz neplansko širenje mreže bolnica i usluga koje pružaju. Udruživanjem bolnica u **regionalne bolničke mreže** ili **zajednice ustanova** omogućit će se preraspodjela i koncentriranje bolničkih usluga, bolje korištenje svih ugovorenih kapaciteta, otvoriti mogućnost ugovaranja novih kapaciteta gdje za to postoji potreba te ukloniti nepotrebno i za kvalitetu zdravstvene skrbi štetno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim zemljopisnim udaljenostima. Istodobno, definirat će se **nacionalna i regionalna središta izvrsnosti** što će omogućiti ciljano tehnološko i kadrovsko opremanje bolnica, u skladu s njihovom ulogom u zdravstvenom sustavu i potrebama pacijenata za koje skrbi.

Bolnice na sekundarnoj i tercijarnoj razini trebaju se, zajedno s postojećim i potencijalnim novim nastavnim bazama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i javnom zdravstvu, povezati u **funkcionalne obradovne mreže** kako bi se u potpunosti iskoristio znanstveno-nastavni kapacitet koji već i sada postoji izvan kliničkih ustanova, a koji bi se kroz obrazovnu mrežu mogao dodatno poticati i osnažiti.

S obzirom na očekivani pad broja hospitalizacija za sve kategorije osoba s duševnim smetnjama, osim oboljelih od raznih demencija, posteljne kapacitete u psihijatrijskim bolnicama treba usmjeriti ka toj populaciji pacijenata.

U okviru izrade master plana naročita će se pozornost posvetiti racionalizaciji akutne skrbi kroz **jačanje dnevnih bolnica** i oslobađanje odgovarajućih kapaciteta za produženo liječenje bolesnika i palijativnu skrb. Dnevne bolnice omogućuju suvremen, pošten, ekonomičan i multidisciplinarn način liječenja koji značajno poboljšava kvalitetu zdravstvene skrbi. Dnevne bolnice moraju biti povezane s domovima zdravlja, specijalističko-konzilijarnom zdravstvenom zaštitom u bolnicama, službama za mentalno zdravlje u županijskim zavodima za javno zdravstvo i ordinacijama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te zajedno s njima činiti funkcionalnu cjelinu u kojoj će se moći rješavati najveći dio zdravstvenih problema stanovništva, uključujući i manje kirurške zahvate (»jednodnevna kirurgija«), pa i palijativnu skrb (npr. za terminalno bolesnu djecu). Optimalan razvoj dnevnih bolnica podrazumijeva i građevinske preinake koje bi dovele do toga da se zdravstveni djelatnici okupljaju oko pacijenta, umjesto da pacijent obilazi bolnicu u potrazi za sljedećom uslugom ili osobom koja će mu tu uslugu pružiti.

Građevinske preinake u bolnicama općenito trebaju biti usmjerene povećanju **energetske učinkovitosti** čime će se smanjiti troškovi »hladnog pogona«, a ujedno i pridonijeti ostvarenju jednog od ključnih ciljeva strategije Europe 2020: 20% povećanja energetske učinkovitosti. Osim toga, građevinske i organizacijske preinake trebaju ići u smjeru smanjenja zagađenja radnog okoliša i sigurnog zbrinjavanja otpada kako bi se poboljšalo zdravlje i sigurnost na radu zdravstvenih djelatnika. Također, bolnice, kao i druge ustanove u zdravstvu, trebale bi prihvatiti »zelenu«, odnosno ekološko svjesnu i odgovornu javnu nabavu.

Master plan treba predložiti **reorganizaciju ljekarničke djelatnosti u bolnicama** i njezino aktivnije uključivanje u pružanje zdravstvene skrbi.

Reorganizacija ustroja i djelovanja hitne medicinske službe mora ići ka **integraciji izvanbolničke i bolničke službe** kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje svih osoba koje su zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, ozljede ili otrovanja životno ugrožene. Horizontalno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijemom racionalizirat će poslovanje djelatnosti hitne medicine i istodobno osigurati izvrsnost u zbrinjavanju hitnih pacijenata. Za adekvatno zbrinjavanje ozlijeđenih, a osobito politraumatiziranih, bit će potrebno razviti **mrežu trauma centara** što uključuje i klasifikaciju bolnica s obzirom na mogućnosti zbrinjavanja ozlijeđenih.

Među neposrednim mjerama poboljšanja financijskog poslovanja bolnica bit će **objedinjavanje nabave** za bolnice u vlasništvu RH kroz okvirne sporazume te **izdvajanje određenih nezdravstvenih djelatnosti** iz nadležnosti bolnice u posebnu tvrtku u vlasništvu države (engl. spin-off) ili prepuštanje tih djelatnosti privatnih tvrtkama (engl. outsourcing).

Tablica 4. Mjere predviđene u okviru prioriteta 4. Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
4.1 Poticanje otvaranja i opremanja grupnih praksi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	+		+	+	
4.2 Jačanje interdisciplinarnе suradnje u zdravstvu (timovi za rehabilitaciju u zajednici i zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, timovi za palijativnu skrb)	+		+	+	
4.3 Preciznije zakonsko definiranje koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe	+		+	+	
4.4 Izrada i implementacija »master plana« bolnica (MPB)	+		+	+	
4.4.1 Udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova	+		+	+	
4.4.2 Preraspodjela i koncentriranje bolničkih usluga unutar regionalnih bolničkih mreža ili zajednica ustanova	+	+	+	+	
4.4.3 Povezivanje bolnica sekundarne i tercijarne razine u obrazovne mreže	+	+	+	+	
4.4.4 Funkcionalno povezivanje domova zdravlja, liječnika obiteljske medicine u koncesiji, dnevnih bolnica i specijalističko-konzilijarne zdr. zaštite u bolnicama	+	+	+	+	
4.4.5 Povećanje kapaciteta dnevnih bolnica i kapaciteta za kronično liječenje i palijativnu skrb		+	+	+	
4.4.6 Funkcionalne i građevinske preinake bolnica, uz povećanje energetske učinkovitosti			+		
4.4.7 Izdvajanje određenih nezdravstvenih djelatnosti iz nadležnosti bolnice u posebnu tvrtku u vlasništvu države (engl. spin-off) ili prepuštanje tih djelatnosti privatnih tvrtkama (engl. outsourcing)			+		
4.5 Objedinjavanje bolničke nabave za bolnice u vlasništvu RH kroz okvirne sporazume	+		+	+	
4.6 Objedinjavanje izvanbolničke i bolničke djelatnosti hitne medicine	+		+	+	
4.7 Nabavka vozila i opreme za hitni zračni i pomorski prijevoz pacijenata	+			+	

PRIORITET 5: Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Nadzor, izobrazba i informiranje

Kako bi se usvojeni standardi kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite te zaštite prava pacijenata dosljedno provodili, nužno je poboljšati dva ključna procesa: nadzor i izobrazbu.

U **nadzoru obvezatnih standarda kvalitete** zdravstvene zaštite trebaju sudjelovati i međusobno surađivati Služba zdravstvene inspekcije Ministarstva zdravlja, strukovne komore i povjerenstva, odnosno pomoćnici za kvalitetu imenovani u pojedinim zdravstvenim ustanovama, uz jasno definirane i podijeljene ovlasti. Kapaciteti za nadzor kvalitete zdravstvene zaštite, sigurnosti i prava pacijenata ojačat će se kroz unaprjeđenje zakonske regulative, informatizaciju i izobrazbu svih sudionika u tom procesu. Uvođenje određenog broja javno dostupnih pokazatelja kvalitete zdravstvenih ustanova omogućilo bi rangiranje tih ustanova prema kvaliteti, što je u Europskom indeksu zdravstvene zaštite potrošača jedan od pokazatelja prava i informiranja pacijenata prema kojemu je Hrvatska trenutno loše ocijenjena.

Sadržaji iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata moraju postati sastavni dio nastave **na svim razinama izobrazbe** zdravstvenih djelatnika. Izobrazba i informiranje ne smiju biti usmjereni samo na zdravstvene djelatnike, već i na pacijente, odnosno korisnike zdravstvene zaštite koji trebaju biti upućeni u svoja prava, a mora im se omogućiti informirani izbor te sudjelovanje u ocjeni kvalitete zdravstvene zaštite. **Osnaživanje korisnika zdravstvene zaštite** treba se ostvariti i uspostavljanjem funkcionalnog sustava zaprimanja i obrade pritužbi, koji mora poštovati načelo supsidijarnosti, što znači da se nastali problemi moraju prijavljivati i rješavati na najnižoj mogućoj razini, tj. što bliže mjestu na kojem je problem i nastao.

Kliničke smjernice i akreditacija

Kliničke smjernice, algoritmi i protokoli ključan su instrument u unaprjeđenju i ujednačavanju kvalitete zdravstvene zaštite. Riječ je o uputama ili preporukama za prevenciju, dijagnozu i liječenje specifičnih stanja i bolesti koje moraju biti izrađene na temelju najboljih postojećih znanstvenih dokaza, uz suglasje stručnjaka iz određenog područja, odnosno skupine za izradu smjernica. Vodeću ulogu u tom procesu moraju imati stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske udruge medicinskih sestara, uz sudjelovanje strukovnih komora i drugih zainteresiranih ustanova, organizacija, skupina i pojedinaca.

Kliničke smjernice trebaju se razvijati **na svim razinama zdravstvene zaštite** – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj, a među njima se svakako trebaju naći i smjernice za samoliječenje i standardni operativni postupci za ljekarničke usluge (uključujući i one za suzbijanje krivotvorenih lijekova).

Praćenje primjene kliničkih smjernica, algoritama i protokola sastavni je dio **akreditacije**, drugog ključnog instrumenta unaprjeđenja i ujednačavanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata. Riječ je o dobrovoljnom postupku provjere usklađenosti zdravstvene ustanove s akreditacijskim standardima koji provodi Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a koji je potrebno sustavno poticati i nagrađivati.

Ugovaranje i plaćanje prema kvaliteti

Ugovaranje zdravstvene zaštite potrebno je utemeljiti na **mjerljivim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete**, za što je potrebno definirati i pratiti ključne pokazatelje kvalitete i uspostaviti organizacijsku i informatičku infrastrukturu koja bi te procese podržavala. Nadalje, potrebno je uspostaviti zakonski

okvir i model plaćanja zdravstvenih djelatnika kojim bi se **nagrađivao kvalitetan rad**. Za provedbu tih mjera bit će nužna suradnja osiguravatelja, zdravstvenih ustanova i sindikata.

Sigurna i visokokvalitetna zdravstvena zaštita treba postati prioritet svakog od dijelova zdravstvenog sustava i pojedinaca koji provode zdravstvenu zaštitu. Svi zaposleni u zdravstvenom sektoru u svom svakodnevnom radu trebaju biti potaknuti da aktivno traže mogućnosti i područja za poboljšanje kvalitete te smanjivanje mogućnosti neželjenih događaja koji mogu biti rizični za pacijenta. Poticaji moraju biti usmjereni razvijanju novog pristupa kvaliteti, smanjivanju razlika u provođenju zdravstvenih postupaka te unapređivanju i širenju načela najbolje stručne prakse.

Procjena zdravstvenih tehnologija

Proces procjene zdravstvenih tehnologija (engl. Health Technology Assessment) nužno je jačati kako bi se dobile nepristrane, stručne, objektivne i transparentne preporuke o opravdanosti primjene nove tehnologije ili zamjeni dosadašnje zdravstvene tehnologije, pri čemu neposredni korisnici te preporuke mogu biti HZZO, Ministarstvo zdravlja ili uprave zdravstvenih ustanova. U konačnici, procjena zdravstvenih tehnologija ima za cilj osigurati najbolju moguću zdravstvenu zaštitu, uzimajući u obzir ekonomsku analizu te etička, socijalna, pravna i organizacijska načela.

Da bi se procjena zdravstvene tehnologije ojačala, potrebno je zakonski preciznije **definirati taj proces i njegove korisnike**, kao i obvezu pribavljanja procjena zdravstvenih tehnologija pri donošenju odluka u zdravstvenoj politici, npr. o kapitalnim investicijama u zdravstvu, novim zdravstvenim programima, stavljanju novih lijekova na Liste lijekova HZZO-a, uvođenju novih medicinskih proizvoda i drugih tehnologija te odluka o potpunom ili djelomičnom pokrivanju njihovih troškova. Nadalje, potrebno je **jačati ljudske kapacitete za procjenu zdravstvenih tehnologija** u Hrvatskoj, kroz trajnu izobrazbu i poticanje međunarodne suradnje. Konačno, treba težiti **transparentnom uključivanju** predstavnika udruga bolesnika, stručnih društava i farmaceutske industrije, odnosno proizvođača medicinskih proizvoda u proces procjene zdravstvenih tehnologija.

Tablica 5. Mjere predviđene u okviru prioriteta 5. Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
5.1 Jačanje zdravstvene inspekcije		+	+		
5.2 Uvođenje sadržaja iz kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti bolesnika na svim razinama izobrazbe zdravstvenih djelatnika		+			
5.3 Uspostava funkcionalnog sustava zaprimanja i obrade pritužbi pacijenata		+	+	+	
5.4 Izrada kliničkih smjernica utemeljenih na znanstvenim dokazima i najboljoj praksi		+	+		
5.5 Nacionalna akreditacija zdravstvenih ustanova		+	+		
5.6 Praćenje i analiza pokazatelja kvalitete na svim razinama zdr. zaštite	+	+	+		
5.7 Uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete		+	+		
5.8 Uspostava modela plaćanja zdravstvenih djelatnika kojim bi se nagrađivao kvalitetan rad		+	+	+	
5.9 Jačanje procjene zdravstvenih tehnologija		+	+		

PRIORITET 6: Jačanje preventivnih aktivnosti

Naglasci u prevenciji

Hrvatski zdravstveni sustav mora povećati svoju usmjerenost na prevenciju bolesti, za što je nužno postupno **povećati udjel preventivnih programa i aktivnosti u zdravstvenom proračunu**. Naglasak u prevenciji treba biti na najvećim zdravstvenim problemima stanovništva Hrvatske – kroničnim nezaraznim bolestima, zloćudnim bolestima, ozljedama, mentalnim poremećajima te rizičnim oblicima ponašanja, uključujući pušenje, zlouporabu alkohola i droga, tjelesnu neaktivnost i loše prehrabene navike. Intervencije trebaju biti usmjerene i ka prevenciji i liječenju kronične boli koja je tipičan i vrlo čest simptom kroničnih nezaraznih bolesti s vrlo negativnim utjecajem na kvalitetu života. U prevenciji pretilosti i alergijskih bolesti u predškolske djece ključno je poticati dojenje, među ostalim i donošenjem Zakona o zaštiti i promicanju dojenja čiju izradu je resorno ministarstvo, u suradnji s UNICEF-om, započelo još 1993. godine. U preventivnim aktivnostima usmjerenima ka djeci i adolescentima svakako treba istaknuti i prevenciju karijesa, za koju je potrebno usvojiti i provoditi Nacionalni program prevencije karijesa koji je još 2003. godine izrađen u suradnji Povjerenstva za prevenciju karijesa i Hrvatskog društva za dječju i preventivnu stomatologiju Hrvatskog liječničkog zbora.

Posebnu pozornost treba posvetiti radno aktivnoj populaciji i radnim mjestima s posebnim uvjetima rada. Medicina rada kao djelatnost primarne razine sa svojim preventivnim aktivnostima mora biti dio multidisciplinarnog tima i sudjelovati u stvaranju »zdravog radnog mjesta«. Preventivne aktivnosti za **očuvanje zdravlja radno aktivne populacije** i stvaranje »zdravog radnog mjesta« bitno će pridonijeti stabilnosti financijskog sustava države.

S obzirom na demografski trend starenja stanovništva i važnost promicanja zdravog, aktivnog i produktivnog starenja, koje se izrijeком navodi i u krovnoj europskoj strategiji Europe 2020, važno je razvijati **izvaninstitucijsku skrb za starije osobe**. Pri tome je nužna primjena gerontoloških normi, poglavito u upućivanju liječnika obiteljske medicine u gerontološke centre radi primjene primarne prevencije za starije osobe. Takva prevencija, uz razvoj gerontoservisa, odgađa rastuću zdravstvenu potrošnju za starije osobe te pridonosi gospodarskom razvoju cjelokupne zajednice u kojoj ta starija osoba reaktiviranom ulogom živi i stvara.

Upravljanje preventivnim aktivnostima i programima

Preventivne aktivnosti treba poticati **u svim područjima i na svim razinama zdravstvene zaštite**, osobito tamo gdje postoji veliki potencijal za jačanje preventivnog rada (timovi u PZZ-u, patronažna služba) i gdje preventivne aktivnosti dosad nisu bile dovoljno zastupljene (npr. ljekarništvo). Postoji potreba za boljim **upravljanjem preventivnim aktivnostima i programima** kako bi se poboljšala pokrivenost stanovništva i evaluacija pojedinih programa te omogućila koordinacija, racionalno planiranje, poticanje i usmjerenje preventivnih aktivnosti u zajednici. Informatizacija će biti važna potpora ne samo upravljanju i provedbi preventivnih programa i aktivnosti, nego i jačanju analitičkih kapaciteta u javnozdravstvenom sustavu. Dodatni poticaj preventivnom radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba biti uspostava **modela ugovaranja** zdravstvene zaštite temeljenog na **mjerljivoj uključenosti u preventivne aktivnosti**, a izdvojeno iz glavarine. Pritom je potrebno preventivne aktivnosti na razini primarne zdravstvene zaštite dobro definirati i izraditi algoritme postupanja te uspostaviti jedinstveni način evidentiranja tih aktivnosti u ordinacijama opće/obiteljske medicine.

Štetni okolišni čimbenici i sustav za rano upozoravanje i odgovor

S obzirom na važnost područja zaštite zdravlja ljudi od štetnih okolišnih čimbenika koje je u EU-u uređeno mnogobrojnim direktivama i uredbama, u Hrvatskoj postoji jasna potreba za daljnjim jačanjem sustava **sanitarnog nadzora** te laboratorijskih i analitičkih kapaciteta za **praćenje čimbenika okoliša** i njihovog utjecaja na zdravlje. Potrebno je zakonski urediti nadzor nad vodama za rekreaciju i kupanje (bazeni) te monitoring peludi u zraku.

Konačno, potrebno je razvijati sustav koji će kontinuirano prikupljati i analizirati **informacije o prijetnjama zdravlju u Hrvatskoj i okolnim zemljama** te ih razmjenjivati sa sustavima za rano upozoravanje i odgovor EU-a i Svjetske zdravstvene organizacije. U slučaju pojave prijetnje po zdravlje unutar granica Hrvatske ili prekograničnih prijetnji, sustav mora **omogućiti rano uzbunjivanje i koordinirano djelovanje** u uklanjanju prijetnje unutar zemlje te koordinirano djelovanje s drugim zemljama članicama EU-a te drugim susjednim zemljama u slučaju pojave incidenata koji se šire izvan njihovih granica.

Tablica 6. Mjere predviđene u okviru prioriteta 6. Jačanje preventivnih aktivnosti

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
6.1 Povećanje udjela izdvajanja za preventivne programe i aktivnosti		+		+	+
6.2 Poticanje preventivnih aktivnosti u svim područjima zdravstvene zaštite	+			+	+
6.3 Poboljšanje upravljanja preventivnim aktivnostima	+		+	+	+
6.4 Uspostava modela ugovaranja zdravstvene zaštite temeljenog na mjerljivoj uključenosti u preventivne aktivnosti		+	+	+	+
6.5 Razvoj analitičkih kapaciteta Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo		+	+		
6.6 Jačanje sustava praćenja, nadzora i prevencije zdravstvenih rizika koji su određeni čimbenicima okoliša		+			+
6.7 Razvoj zdravstvene komponente sustava za rano uzbunjivanje i djelovanje na prijetnje zdravlju	+		+		

PRIORITET 7: Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva

Jačanje tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja

U Hrvatskoj je trenutno udjel privatnih izdataka za zdravstvo jedan od najmanjih u Europi, no istodobno je udjel plaćanja »iz džepa« u ukupnim privatnim plaćanjima za zdravstvo jedan od najvećih u Europi. To je dijelom posljedica slabo razvijenog tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja koje je potrebno poticati **razvojem zakonsko-regulatornog okvira**. Privatna plaćanja kroz police zdravstvenog osiguranja trebaju se povećati u dijelu stanovništva koji si to može priuštiti i koji želi proširiti opseg zdravstvenih usluga koje su mu dostupne iz osiguranja (npr. estetsko-kozmetički zahvati), razinu nezdravstvene usluge odnosno udobnosti pri liječenju (npr. jednokrevetne bolničke sobe) ili skratiti vrijeme čekanja do obavljanja dijagnostičkog ili terapijskog postupka koji nije visokog stupnja hitnoće.

Dobrovoljna osiguranja bit će i dobar poticaj razvoju novih privatnih zdravstvenih usluga (npr. primaljske prakse). Privatne pružatelje zdravstvenih usluga treba poticati da dijelom prijeđu na plaćanje preko privatnih osiguranja.

Nadzor financijskog poslovanja

U sustavu zdravstva nužno je potrebno uvesti veći stupanj **financijske discipline** što se može postići boljim nadzorom financijskog poslovanja (pri čemu će informatizacija biti važan instrument), nagrađivanjem financijske uspješnosti i preuzimanjem osobne odgovornosti za loše financijsko poslovanje. Financiranje mora postati čvršće povezano s mjerljivim pokazateljima uspješnosti rada, što se može postići kroz odgovarajuće modele ugovaranja zdravstvenih usluga.

Strateška alokacija resursa prema prioritetima

Ni jedna zemlja svijeta nije toliko bogata da može jednako ulagati u sva moguća područja i projekte u zdravstvu. I Republika Hrvatska mora sredstva dostupna sustavu zdravstva ulagati prema utvrđenim potrebama te jasno **definiranim i opravdanim prioritetima**. To je osobito u važno u kontekstu pristupanja Hrvatske EU-u i mogućnosti financiranja iz strukturnih i kohezijskih fondova za koje je nužno nacionalno sufinanciranje pa stoga i strateško planiranje ulaganja.

Suzbijanje korupcije i neformalnih plaćanja

Jačanje dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja smanjit će potrebu za privatnim plaćanjima »iz džepa«, od kojih se dio odnosi i na neformalna plaćanja. Općenito, korupciju je potrebno sprječavati kroz primjenu **objektivnih i mjerljivih kriterija** (npr. za prijem u radni odnos ili odabir kandidata za specijalističko usavršavanje), povećanje **transparentnosti u radu** zdravstvenog sustava (npr. u listama čekanja i javnoj nabavi) i jačanje **kontrolnih mehanizama** (npr. praćenje rada zdravstvenih djelatnika i ustanova, poštivanje javno objavljenih listi čekanja).

Informatizacija će biti jedan od ključnih alata povećanja transparentnosti i kontrole u sustavu zdravstva. Jasan zakonski okvir drugi je važan preduvjet suzbijanja korupcije i neformalnih plaćanja u zdravstvu. Posebno je važno bolje i preciznije regulirati zakonske uvjete prema kojima liječnici zaposleni u javnim zdravstvenim ustanovama mogu pružati zdravstvene usluge u okviru svoje privatne prakse. Također, u izobrazbi zdravstvenih djelatnika, u dijelu koji se financira donacijama farmaceutske industrije i drugih privrednih subjekata, potrebno je pravnim aktima osigurati ravnomjerne mogućnosti i transparentnost u dodjeli sredstava.

Tablica 7. Mjere predviđene u okviru prioriteta 7. Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
7.1 Razvoj regulatornog okvira za jačanje dopunskih i dodatnih zdravstvenih osiguranja kako bi se povećao udio privatnih financijskih plaćanja za stanovništvo koje si to može priuštiti			+	+	
7.2 Jača kontrola financijskog poslovanja			+		
7.3 Strateška alokacija resursa prema definiranim prioritetima i u sinergiji sa sredstvima iz fondova EU-a			+	+	
7.4 Suzbijanje korupcije i neformalnih plaćanja u zdravstvu			+	+	

Prioritet 8: Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini

Krovna europska zdravstvena strategija Zdravlje 2020 (engl. Health 2020) jasno ističe važnost zajedničkih napora, partnerstva i uključenosti svih dionika u zdravstvu i društvu u ostvarivanju ključnih ciljeva: unapređenja zdravlja i blagostanja ljudi, smanjivanja nejednakosti u zdravlju i osiguravanja zdravstvenih sustava koji su održivi i okrenuti ljudima. Pristup »**zdravlja u svim politikama**« (engl. health in all policies), »**zdravlja kroz cijelu vladu**« (engl. whole-of-government) i »**zdravlja kroz cijelo društvo**« (engl. whole-of-society) mora biti među prioritetima strateškog razvoja hrvatskog zdravstva u idućem razdoblju. Mogućnosti suradnje toliko su velike i brojne da ih nije moguće, a ni potrebno popisivati. U nastavku su navedeni samo neki od postojećih ili mogućih oblika suradnje koju je nužno jačati i koordinirati kako bi se u konačnici poboljšali zdravstveni pokazatelji stanovništva Republike Hrvatske.

Međuresorna suradnja

U Vladi Republike Hrvatske praktički ne postoji ministarstvo koje ne bi barem na posredan način bilo povezano sa zdravljem stanovništva. Ministarstvo zdravlja mora biti predvodnik u stvaranju **konsenzusa o zdravlju** kao ključnom preduvjetu cjelokupnog društvenog i gospodarskog života nacije. Svako ministarstvo trebalo bi postati svjesno svoje uloge i mogućnosti djelovanja na unapređenju zdravlja

i sprečavanju bolesti, a Ministarstvo zdravlja mora poticati ili koordinirati takva djelovanja u drugim resorima.

S obzirom na kadrovske nedostatke u sustavu zdravstva i središnju ulogu istraživanja u suvremenoj medicini, **sustav znanosti i visokog obrazovanja** neposredno utječe na razvoj zdravstva u RH pa je u tom području međuresorna suradnja od presudne važnosti. Resorna ministarstva trebaju zajednički definirati i financijski podupirati istraživačke prioritete u biomedicini i zdravstvu, pri čemu se sredstva moraju koncentrirati u prioritetna područja i središta znanstvene izvrsnosti. Suradnja je potrebna i planiranju izobrazbe zdravstvenih djelatnika s obzirom na kadrovske potrebe u zdravstvu.

Suradnja sa **sustavom odgoja i obrazovanja** treba ići u smjeru zajedničkog razvoja promicanja zdravlja i zdravih oblika ponašanja u školama i vrtićima, potpore obiteljima za unapređenje roditeljskih vještina i rane interakcije te poticanje i jačanje sposobnosti djece pri suočavanju sa svakodnevicom i svladavanju kriznih situacija.

Djelovanje **Ministarstva unutarnjih poslova** proteklih godina u velikoj je mjeri pridonijelo smanjenju stope smrtnosti zbog prometnih nesreća što jasno potvrđuje ulogu drugih resora u poboljšanju pokazatelja zdravlja stanovništva. S obzirom da su stope ozljeda u Hrvatskoj još uvijek više od europskih prosjeka, potrebno je ojačati međuresornu suradnju s ciljem prevencije traumatizma i nasilja pri čemu je nužno uključiti i ministarstvo nadležno za **obitelj i mlade**. To ministarstvo ima osobito važnu ulogu u razvoju programa potpore obiteljima, kao i u provedbi Nacionalnog programa za mlade, koji obuhvaća i područje zdravstvene zaštite i reproduktivnog zdravlja mladih.

Sustav zdravstva je u mnogome povezan sa sustavom **socijalne skrbi**, a iz suradnje tih dvaju resora moraju proizaći programi potpore i skrbi u zajednici za ranjive skupine poput fizički i psihički kronično bolesnih i umirućih osoba te članova njihovih obitelji.

Ministarstvo zdravlja treba surađivati s ministarstvom nadležnim za **rad** radi uspostavljanja i provedbe preventivnih pregleda zaposlenih u okviru mjera prevencije kroničnih bolesti i bolesti vezanih uz rad; ministarstvom nadležnim za **zaštitu okoliša** vezano uz zbrinjavanje medicinskog otpada; ministarstvom nadležnim za **branitelje** vezano uz praćenje i unaprjeđenje zdravlja te populacije; ministarstvom nadležnim za **obranu** vezano uz upravljanje kriznim stanjima i zdravstvenu zaštitu pripadnika oružanih snaga; ministarstvom nadležnim za **regionalni razvoj i fondove Europske unije** vezano uz zdravlje stanovništva na otocima, ruralno zdravlje te financiranje projekata i investicija u zdravstvu i zdravstvenom turizmu iz fondova Europske unije; ministarstvom nadležnim za **poljoprivredu** vezano uz nadzor sigurnosti hrane i otpornosti bakterija na antibiotike, te za osiguranje kakvoće vode za piće; ministarstvom nadležnim za **pravosuđe** vezano uz sudsko vještvo; ministarstvom nadležnim za **graditeljstvo** vezano uz povećanje energetske učinkovitosti objekata u zdravstvu; ministarstvom nadležnim za **prostorno planiranje** vezano uz utjecaj urbanizma, arhitekture i prostornog uređenja na zdravlje ljudi te ministarstvom **financija** vezano uz financiranje sustava zdravstva. Razvoj zdravstvenog turizma je primjer područja u kojem je međuresorska suradnja ne samo poželjna, nego i nužna, a u njemu bi trebala sudjelovati ministarstva nadležna za **turizam, zdravstvo, gospodarstvo, te poduzetništvo i obrt**. Iz perspektive ministarstva nadležnog za zdravlje, zdravstveni kapaciteti u javnom sektoru trebali bi biti primarno usmjereni na zdravstvene potrebe stanovništva, tj. na osiguranike u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, a u zdravstveni turizam mogli bi se usmjeriti viškovi tih kapaciteta. Privatnim investitorima treba omogućiti i pojednostaviti ulaganje u razvoj zdravstvenog turizma, kako u spomenutim viškovima zdravstvenih kapaciteta u javnom sektoru, tako i u gradnji novih kapaciteta, odnosno objekata.

Suradnja s područnom (regionalnom) i lokalnom samoupravom

Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave imaju važnu ulogu i velike mogućnosti u zaštiti i unapređenju zdravlja stanovništva. Međusobna **suradnja i povezivanje** jedinica regionalne i lokalne samouprave mogu pridonijeti jačanju njihovih sposobnosti da ostvaruju svoja zakonom određena prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite. Područna (regionalna) i lokalna samouprava treba u vlastitoj sredini **prepoznavati zdravstvene prioritete** te osmišljavati i provoditi programe promicanja zdravlja, prevencije bolesti i razvoja specifičnih zdravstvenih kapaciteta (npr. medicinski i zdravstveni turizam) u skladu s lokalnim potrebama i mogućnostima pri čemu ključnu ulogu imaju Savjeti za zdravlje. Koncept **zaštite zdravlja u zajednici** podrazumijeva uključenost područne (regionalne) i lokalne samouprave. Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave mogu imati važnu ulogu u **privlačenju i poticanju zapošljavanja** zdravstvenih djelatnika u ruralnim područjima, otocima i drugim sredinama gdje postoji slabiji interes za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (npr. kroz ustupanje prostora na korištenje radi otvaranja ordinacije opće/obiteljske medicine). Jedinice područne (regionalne) i lokalne samouprave posebno su dobro pozicionirane da djeluju kao katalizator suradnje različitih dionika (npr. djelatnika u sustavu zdravstva, ustanova odgoja i obrazovanja, organizacija civilnog društva, medija) s ciljem promicanja zdravlja.

Suradnja s organizacijama civilnog društva i medijima

Organizacije civilnog društva od samog su osnutka hrvatske države davale veliki doprinos razvoju društvenog života, a mnoge od njih postale su značajan **partner sustavu zdravstva**, posebice u području zaštite prava pacijenata, promicanju zdravlja, te prevenciji bolesti i ozljeda. Dvije organizacije civilnog društva – Hrvatski Crveni križ i Hrvatska gorska služba spašavanja – od tolike su nacionalne važnosti da su im posvećeni i posebni zakoni. Važno je predvidjeti suradnju hitne medicinske službe i Hrvatske gorske službe spašavanja u nabavci i korištenju **helikoptera za hitan zračni prijevoz pacijenata**.

Drugo važno područje suradnje civilnog društva s hitnom medicinskom službom, ali i Hrvatskim društvom za reanimatologiju Hrvatskog liječničkog zbora, jest korištenje **automatskih vanjskih defibrilatora**. Kako bi se uspostavio program javne dostupnosti defibrilatora u RH potrebno je donijeti odgovarajuću zakonsku regulativu te educirati što veći broj građana laika, odnosno nezdravstvenog osoblja u korištenju tih uređaja. Uvođenje i primjena defibrilatora trebali bi se potaknuti od strane lokalne zajednice (npr. na glavnim gradskim trgovima, bazenima i sl.), tvrtki (npr. u velikim trgovačkim centrima, zračnim lukama pod koncesijom i sl.) te vladinih i nevladinih organizacija (npr. Hrvatski Crveni križ, udruge građana). Općenito, potrebno je jačanje **vještina pružanja prve pomoći** među građanima za što su potrebni trajni programi izobrazbe i odgovarajući poticaji za pohađanje takvih programa.

Organizacije civilnog društva mogu pružiti značajnu pomoć u rješavanju strateškog problema nedovoljnog broja i neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva. Kratkoročno i srednjoročno, ta se pomoć može ostvariti kroz **sustav volontiranja** koji uz odgovarajuće zakonsko reguliranje i izobrazbu volontera može ublažiti manjak zdravstvenog kadra, osobito u nekim segmentima (npr. palijativna skrb ili pružanje hitne pomoći na otocima). Veliki potencijal civilnog društva u **promicanju zdravlja i prevenciji bolesti i ozljeda** trebao bi se iskoristiti kroz multifunkcionalna savjetovišta koja bi se uspostavljala u domovima zdravlja, županijskim zavodima za javno zdravstvo, u prostorima područne (regionalne) i lokalne samouprave ili na drugim odgovarajućim mjestima, a gdje bi educirani volonteri, uz potporu zdravstvenih profesionalaca, pružali najrazličitije oblike zdravstvene

potpore i savjeta građanima. Pri tome je važno koristiti suvremene **komunikacijsko-informacijske i mobilne tehnologije** koje mogu pomoći u osnaživanju pacijenata, osobito onih s kroničnim bolestima te im pomoći da se lakše nose sa svojim zdravstvenim tegobama. Organizacije civilnog društva, a među njima posebice udruge mladih i za mlade, mogu imati važnu ulogu u prevenciji bolesti i promicanju zdravlja kroz **neformalno obrazovanje i organizaciju slobodnog vremena mladih**. To se naročito odnosi na prevenciju zlorabe sredstava ovisnosti, ali i na prevenciju u području seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava.

U dugoročnoj perspektivi, organizacije civilnog društva mogu pomoći u prevladavanju problema manjka zdravstvenog kadra kroz **zagovaranje i promicanje atraktivnosti zdravstvenih struka** među mladima, pri čemu presudnu ulogu imaju i mediji, osobito državna javna televizija koja treba preuzeti i aktivnu ulogu u edukaciji stanovništva za zdravo ponašanje.

Konačno, organizacije civilnog društva i mediji, ali i svi savjesni i odgovorni građani Republike Hrvatske, moraju zagovarati i promicati **preuzimanje odgovornosti za vlastito zdravlje i odgovorno korištenje zdravstvene zaštite**. Istina je da svi građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu i mogućnost ostvarivanja najviše moguće razine zdravlja u skladu sa zakonskim propisima, no građani su istodobno dužni voditi brigu o vlastitu zdravlju, sudjelovati u zdravstveno-preventivnim aktivnostima i ne ugrožavati zdravlje drugih. Briga o vlastitu zdravlju podrazumijeva ponašanje koje smanjuje rizik od bolesti i podiže kvalitetu života.

Odgovorno korištenje zdravstvene zaštite znači da građani moraju poštovati ograničenja ulaza u sustav zdravstva, tj. poštovati pravilo prema kojemu se u sustav javnog zdravstva ulazi preko liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a ne neposredno na razinu specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

Kada svi sudionici u sustavu zdravstva – pružatelji i korisnici zdravstvene zaštite – preuzmu **odgovornost za svoje djelovanje i ponašanje**, stvorit će se ključan preduvjet da do 2020. godine ostvarimo viziju zdravstva kakvo uistinu želimo.

Tablica 8. Mjere predviđene u okviru prioriteta 8. Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini

Mjere	Strateški pravci				
	1	2	3	4	5
8.1 Jačanje međuresorne suradnje (među ministarstvima)	+	+	+	+	+
8.2 Jačanje suradnje s područnom (regionalnom) i lokalnom samoupravom	+	+	+	+	+
8.3 Suradnja s civilnim društvom i medijima	+	+	+	+	+

LITERATURA I IZVORI

Pokazatelji zdravlja u Republici Hrvatskoj

- Aberle N, Kljaić-Bukvić B, Blekić M, Bardak D, Gudelj A, Čančarević G, Karvazi M, Vučković M. ISAAC II: Prevalencije alergijskih bolesti i predisponirajući čimbenici za astmu dječje dobi na području Brodsko-posavske županije. Zbornik radova 1. kongresa hrvatskih alergologa i kliničkih imunologa s međunarodnim sudjelovanjem, Zagreb, Hrvatsko društvo za alergologiju i kliničku imunologiju, 2012, str. 19-21.
- Agrawal Y, Platz EA, Niparko JK. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168:1522-1530.
- Banac S, Tomulić KL, Ahel V, Rozmanić V, Simundić N, Zubović S, Milardović A, Topić J. Prevalence of asthma and allergic diseases in Croatian children is increasing: survey study. *Croatian Medical Journal*. 2004;45:721-6.
- Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Lorhandicap Group Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79:1047-1055.
- Državni zavod za statistiku. Popis poljoprivrede 2003.
- Erceg M, Hrabak-Žerjavić V, Uhernik A. Regional characteristics of arterial hypertension in adult population of Croatia. *Acta Med Croatica*. 2007;61:293-98.
- Erceg M, Ivcević-Uhernik A, Kern J, Vuletić S. Five-year cumulative incidence of hypertension in adult Croatian population: the CroHort study. *Collegium Antropologicum*. 2012;36:83-7 Suppl 1.
- Fabijanić K. Zaštita zdravlja i sigurnost članova poljoprivrednih kućanstava. *Sigurnost*. 2010;52:36–379.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, Hall K, Hasegawa K, Hendrie H, Huang Y, Jorm A, Mathers C, Menezes PR, Rimmer E, Scazufca M; Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 2005;366:2112-7.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis (2000.-2010. godine). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2001-2011.
- Jelaković B. Epidemiologija arterijske hipertenzije u Hrvatskoj: rezultati EH UH studije. U: Prostorna distribucija populacijskih kardiovaskularnih rizika u Hrvatskoj. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske. Zagreb, 2005.
- Jurakić D, Pedišić Ž, Andrijašević M. Physical activity of Croatian population: Cross-sectional study using International Physical Activity Questionnaire. *Croatian Medical Journal*. 2009;50:163-168.
- Jureša V, Musil V, Tiljak MK. Growth charts for Croatian school children and secular trends in past twenty years. *Collegium Antropologicum*. 2012 Jan;36:47-57 Suppl 1.
- Jurić H, Klarić T, Lulić-Dukić O. Caries incidence in children with regard to their oral hygiene habits and past caries experience. *Acta Stomatologica Croatica*. 2003;37:341.
- Kotlikoff L, Hagist C. Comparing growth in public healthcare expenditure in ten OECD countries, Working Paper No. 11833, 2005.
- Kuzman M, Pavić Šimetin I, Pejnović Franelić I. Ponašanje u vezi sa zdravljem u djece školske dobi 2009/2010, The Health Behaviour in School-aged Children 2009/10 (HBSC): Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2012.
- Lipovšćak M, ur. Stanovništvo prema invalidnosti. Popis stanovništva, kućanstava i stanova Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, 2001.
- Ministarstvo poljoprivrede. Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske za razdoblje 2008. - 2013. godine

- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH. Prijedlog Nacionalnog programa zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolesti s posebnim ciljem prevencije bolesti. Zagreb, 2007.
- Mont D. Measuring disability prevalence. Washington: World Bank; 2007. (SP Discussion Paper No. 0706).
- Munivrana H, Vorko-Jovic A, Munivrana S, Kursar M, Medlobi-Gluhak M, Vlahek P. The prevalence of allergic diseases among Croatian school children according to the ISAAC Phase One questionnaire. *Medical Science Monitor*. 2007;13:CR505-509.
- Nacionalni program za mlade od 2009.-2013. godine (NN 82/09).
- Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine (NN 63/07).
- Odluka o dopuni i izmjeni odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 88/10).
- Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 50/10).
- Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 126/06).
- Poljičanin T, Metelko Ž. Epidemiologija šećerne bolesti. U: Vorko-Jović A, Strnad M, Rudan I, ur.: *Epidemiologija kroničnih nezaznih bolesti*. Zagreb, 2010., str. 243-263.
- Potočki Tukša K, Šegović S. Parodontno zdravlje u Hrvatskoj. *Acta Stomatologica Croatica*. 1993;27:143-147.
- Pravilnik o mjerilima i postupku za utvrđivanje nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za održavanje za osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj kojima se zdravstvena zaštita ne osigurava po drugoj osnovi (NN 39/02).
- Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija (NN 85/12).
- Priopćenja Državnog zavoda za statistiku 2001.-2010. godine (ISSN 1330-0350).
- Pristaš I, Bilić M, Pristaš I, Vončina L, Krčmar N, Polašek O, Stevanović R. Health care needs, utilization and barriers in Croatia – regional and urban-rural differences. *Collegium Antropologicum*. 2009;33:121-130.
- Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine (NN 90/07).
- Rajić Z, Radionov D, Rajić-Mestrovic S. Trends in dental caries. *Collegium Antropologicum*. 2000;1:21–24 Suppl.
- Randić Lj. Značenje prirodnog snižavanja plodnosti tijekom reprodukcijskog razdoblja života. *Gynaecologia et Perinatologia*. 2009;18:113-7.
- Roth T, Hanebuth D, Probst R. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *European Archives of Otorhinolaryngology*. 2011;268:1101–1107.
- Stipić-Marković A, Pevec B, Pevec MR, Custović A. [Prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, conjunctivitis and atopic eczema: ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) in a population of schoolchildren in Zagreb]. [Article in Croatian] *Acta Medica Croatica*. 2003;57:281-5.
- Strnad M, Benjak T. Podaci o osobama s invaliditetom za Grad Zagreb i Republiku Hrvatsku, Okrugli stol, Zagreb, 2007.
- Svjetska zdravstvena organizacija. Visual impairment and blindness, mrežne stranice.
- Šučur Z, Zrinščak S. Differences that hurt: self-perceived health inequalities in Croatia and the European Union. *Croatian Medical Journal*. 2007;48:653-66.
- Turek S, Rudan I, Smolej-Narančić N, Szivovicza L, Čubrilo-Turek M., Žerjavić-Hrabak V, Rak-Kaić A, Vrhovski-Hebrang D, Prebeg Z, Ljubičić M, Janičijević B, Rudan P. A large cross-sectional study of health attitudes, knowledge, behaviour and risks in the post-war Croatian population (the First Croatian Health Project). *Collegium Antropologicum*. 2001;25:77-96.
- United Nations. United Nations demographic yearbook, special issue: population ageing and the situation of elderly persons. New York: United Nations; 1993.
- Uredba o kakvoći mora za kupanje (NN 73/08).
- Uredba o kakvoći vode za kupanje (NN 51/10).
- World Blind Union. Aging and visual impairment. 2011.
- World Health Organization. Global burden of hearing loss in the year 2000.
- World Health Organization. International Classification of Diseases, 10. revision, 1992.

- World Health Organization. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2016. Regional Office for Europe, 2012.
- World Health Organization. World Report on disability. Geneva (Switzerland): WHO Press; 2011.
- Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom (NN 64/01).
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o radu (NN 61/11).
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti na radu (NN 114/03).
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti na radu (NN 75/09).
- Zakon o radu (NN 149/09).
- Zakon o zaštiti na radu (NN 59/96, NN 94/96).
- Zakon o zaštiti od buke (NN 30/09)
- Zibar D, Keranović A, Varjačić T, Miše J, Blažević N, Vrkljan AM, Gardijan B, Vitale K, Sović S, Janev Holcer N, Vuletić S, Džakula A. Što u Hrvatskoj znači život u ruralnoj sredini—model Sisačko-moslavačke županije. Zbornik 2. Hrvatskog kongresa preventivne medicine i promocije zdravlja, Hrvatsko društvo za javno zdravstvo, Zagreb, 2010., str. 66-67.

Makroekonomski okvir

- Collins T. Globalization, global health and access to healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*. 2003;18:97-104.
- Državni zavod za statistiku. Mjesečno statističko izvješće 2, 2012.
- Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2011. – prvi rezultati.
- Državni zavod za statistiku. Priopćenje od 14. ožujka 2012. Broj 12.1.2.
- Državni zavod za statistiku. Priopćenje, 2. travnja 2012., broj 12.1.1/4.
- Državni zavod za statistiku. Statistički ljetopis 2011.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, ur. *Challenging inequities in health*. New York: Oxford UP; 2001.
- Fidler D, Drager N. Global health and foreign policy: strategic opportunities and strategies. Background paper for the Secretary general's report on global health and foreign policy. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*. 1972;80:223-255.
- Hrvatska narodna banka. Baza podataka na mrežnim stranicama HNB-a.
- Hrvatska narodna banka. Bilten broj 179, 2012.
- Hrvatski zavod za zapošljavanje. Analitički bilten broj 2, 2011.
- Hrvatski zavod za zapošljavanje. Mjesečni statistički bilten, broj 3, 2012.
- Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja. Strategija ruralnoga razvoja RH 2008.-2013.
- OECD Observer. Health and the economy: a vital relationship. 2004.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Zagreb, 2012.
- Suhrcke M, Mckee M, Sauto Arce R, Tsołova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. European Commission, 2005.
- World Economic Forum. Global competitiveness report 2010-2011. Geneva: WEF; 2010.
- World Health Organization World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva: World Health Organization, 2003.
- World Health Organization. Neglected health systems research: governance and accountability. Research issues 3, 2008.
- World Health Organization. The world health report: a safer future. Geneva: WHO; 2007.

Organizacija i temeljna zakonska regulativa zdravstvenog sustava

- Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. Report. London: The Stationery Office, 1988.
- Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (NN 126/11).
- Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/11).
- Zakon o hrani (NN 46/07).
- Zakon o ljekarništvu (NN 121/03, 35/08, 117/08).
- Zakon o službenoj statistici (NN 103/03).
- Zakon o zaštiti na radu (NN 114/03).
- Zakon o zaštiti okoliša (NN 110/07).
- Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/2004) .
- Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (NN 79/07).
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12).
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11, 22/12, 57/12).

Financiranje zdravstva

- Banka časopis i Ekonomski institut Zagreb. Projekt: Zdravstvo u Hrvatskoj, 2010.
- Cashin C, Jakab M, ur. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. WHO, European Observatory on Health systems and Policies, 2010.
- Danner G. Selected EU health insurance models – an update on health care policy. EU-China social security reform co-operation project.
- Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E. Facing the challenges of health care financing. U Figueras J, McKee M, Cain J., Lessof, S. ur. Health systems in transition: learning from experience. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Državna komisija za kontrolu postupaka javne nabave. Mrežne stranice.
- European Hospital and Healthcare Federation. The crisis, hospitals and healthcare. Hope, 2011.
- European Hospital and Healthcare Federation. Hospitals in the 27 member states of the European Union. Hope, 2009.
- Gechert S. Supplementary private health insurance in selected countries: lessons for EU governments? Rethinking the privatisation of social security, 10th CESifo Venice Summer Institute. CESifo Working paper No. 2739, 2009.
- Grunewald IB, Vaidean V. EU healthcare system – facts and Figures. Bulletin UASVM Horticulture. 2010;67:88-94.
- Hatzopoulos V. Financing national health care in a transnational environment: The impact of the European Community internal market. Wisconsin International Law Journal. 2009;26:761-803.
- Kutzin J, Cashin C, Jakab M, ur. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. WHO, European Observatory on Health systems and Policies, 2010.
- Kutzin J. Bismarck vs. Beveridge: is there increasing convergence between health financing systems? 1 st annual meeting of SBO network on health expenditure. 21-22. November, 2011. Paris, OECD.
- Kutzin J. Health financing policy: A guide for decision-makers. World Health Organization Europe, 2008.
- Lusardi A, Schneider D, Tufano P. The economic crisis and medical care usage. Harvard Business school, Working Paper 10-079, 2010.
- Ministarstvo zdravlja i WHO. Croatian pharmaceutical country profile. Ministarstvo zdravlja, 2011.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Zagreb, 2012.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Challenges for health care development in Croatia. Collegium Antropologicum, 2012;36:707-716.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Javno-privatno u sustavu zdravstva. Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu. 2012;10:43-61.
- Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (NN 92/09).
- Przywara B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. Economic papers 417. Bruxelles: European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2010.

- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union - challenges and policy responses. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- Vlada Republike Hrvatske. Strategija razvoja javne nabave u Republici Hrvatskoj. 2008.
- Vladescu C, Radulescu S, Cace S. The Romanian healthcare system: between bismark and semashko. Local Government and Public Service Reforme Initiative, 2005.
- Vončina L, Džakula A, Mastilica M. Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. Health Policy. 2008;80:144-157.
- Zakon o izmjenama i dopunama zakona o doprinosima (NN 22/2012).
- Zakon o javnoj nabavi (NN 90/11).

Infrastruktura i korištenje zdravstvene zaštite

- Communication from the Commission. COM(2008)819/3. Action plan on organ donation and transplantation (2009-2015): strengthened cooperation between member states. 2008.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis (2000.-2010. godine). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2001-2011.
- Izmjene i dopune općih uvjeta ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 88/10).
- Mreža javne zdravstvene službe (NN 98/09, 14/10, 81/10, 64/11, 103/11, 110/11, 141/11, 61/12).
- Naputak za suzbijanje i sprječavanje tuberkuloze (NN 83/12)
- Pravilnik o postupku i ovlastima u postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i prava na zdravstveno osiguranje pripadnika Oružanih snaga (NN 98/11).
- Pravilnik o svojstvu i načinu rada Kriznog stožera Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (NN 46/07)
- Pravilnik o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije (NN 95/10).
- Vlada RH. Treći godišnji izvještaj Programa Vlade RH »Dovesti svoju kuću u red«, 2011.
- WHO. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, 2010.
- Zakon o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji (NN 174/04, 92/05, 02/07, 107/07, 65/09, 137/09, 146/10, 55/11).
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12).

Ljudski resursi u zdravstvu

- Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija
- Europska federacija sestričkih udruga (EFN): Stajalište o Bolonjskom procesu, 2005.
- Hrvatska udruga medicinskih sestara. Strateški okvir razvoja sestrištva u RH 2008-2014. Sestrinski glasnik, 2008;4:213-218.
- World Health Organization. The World Health Report 2006 - working together for health, 2006.
- World Health Assembly. Workers' health: global plan of action. WHA60.26, 2007.
- World Health Organization. Treat, train, retain: The AIDS and health workforce plan. Report on the consultation on AIDS and human resources for health, WHO, Geneva, 11-12 May, 2006.
- Zakon o sestrištvu (NN 121/03, 117/08 i 57/11).
- Zakona o akademskim i stručnim nazivima i akademskom stupnjevima (NN 107/07).

Prava pacijenata i problem korupcije

- Babić-Bosanac S, Borovečki A, Fišter K. Patients' rights in the Republic of Croatia-between the law and reality. Medicinski Glasnik. 2008;5:37-43.
- Björnberg A, Cebolla Garrofé B, Lindblad S. Euro Health Consumer Index Report. Health Consumer Powerhouse, 2009.
- Center for biomedical ethics and law of the Catholic University Leuven (online). Patients' rights in the EU.

- Gorjanski D. Korupcija u hrvatskom zdravstvu. Fond Hipokrat – Zaklada Slagalice, Osijek, 2010.
- Greku E. The added value of the Euro Health Consumer Index to existing mechanisms of national health care systems evaluation provided by the OECD and WHO. Magistarski rad, 2009.
- Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012.
- Lewis M. Governance and corruption in public health care systems. Working paper No. 78. Center for global development, 2006.
- Mesarić J, Kaić-Rak A. Bolesnikova sigurnost, bolesnik u središtu i programi Svjetske zdravstvene organizacije. *Medix*. 2010;XVI(86):111-114.
- Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 67/09).
- Tonoyan V, Strohmeyer R, Habib M, Perlitz M. How formal and informal institutions shape small firm behavior in mature and emerging market economies. Best Paper Proceedings of the Academy of Management, Atlanta, Georgia, USA, 2006.
- Transparency International. Indeks percepcije korupcije, 2011.
- UN. The universal declaration of human rights, 1948.
- UNDP. Fighting corruption in the health sector. Methods, tools and good practices. UNDP Programme, 2011.
- UNIDO. Corruption prevention to foster small and medium-sized enterprise development. Providing anti-corruption assistance to small businesses in the developing world. Volume I, 2007.
- Zakon o lijekovima (NN 71/07, 45/09, 124/11).
- Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji (NN 86/12).
- Zakon o medicinskim proizvodima (NN 67/08, 124/11).
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10, 49/11, 22/12, 57/12).
- Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja (NN 177/04, 45/09).
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 111/97, 27/98, 128/99, 79/02).
- Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/2004).
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12).

Lijekovi i ortopedska i druga pomagala

- Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (NN 155/09 i 22/10).
- Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova HZZO-a (NN 155/09).
- Tomić S, Filipović Sučić A, Plazonić A, Truban Žulj R, Macolić Šarinić V, Čudina B, Ilić Martinac A. Regulating medicines in Croatia: five-year experience of agency for medicinal products and medical devices. *Croatian Medical Journal*. 2010;51:104-112.
- Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima (NN 121/03 i 177/04).

Upravljanje kvalitetom u zdravstvenom sustavu

- Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, 2011.
- Council Conclusions on Common values and principles of EU health systems, 2006.
- Council of Europe. Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to Member States on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.
- Council of Europe Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2009/C 151/01).
- Directive 2002/98/EC EU Parliament and Council setting standards of quality and safety for the collection, testing, processing, storage and distribution of human blood and blood components.
- Directive 2004/23 EC of the EU Parliament and the Council setting standards of quality and safety for the organ donation.

- Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare
- Directive of European Parliament and Council on the application of patients rights in cross border healthcare, 2011.
- European Commission. Guidance for preparation of good clinical practice inspections. Version: 28 May 2008.
- Guidance on developing quality and safety strategies with health system approach WHO, Regional office for Europe 2008.
- Huić M. Procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj: uloga Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2011;7(26).
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment. About HTA. Mrežne stranice INAHTA.
- Lazibat T, Burčul E, Baković T. Primjena sustava za upravljanje kvalitetom u hrvatskom zdravstvu. Poslovna izvrsnost Zagreb. 2007;1:31-44.
- Luxembourg declaration on Patient Safety 2005.
- Mesarić J, Bogdan S, Bosanac V, Božić M, Čvorišćec D, Grdinić B, Krapinec S, Kucljak-Šušak Lj, Labura D, Lončarić-Katuškin M, Mihalić-Mikuljan V, Mihaljević I, Orešković A, Rakun R, Ružić B, Sokolić L, Striber N, Šakić K, Šklebar I, Štimac D, Vidović A, Vrkljan-Radošević M, Zekanović D, Polašek O. Alat za ocjenu rada u cilju poboljšanja kvalitete u bolnicama: prva iskustva u provođenju programa PATH u hrvatskim bolnicama, Liječnički vjesnik. 2011;133(7-8):250-255.
- OECD technical paper no 18: Selecting indicators for patient safety at health systems level in OECD Countries. JT0017262
- Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 31/11).
- Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/2011).
- Quality of Healthcare: Policy actions at EU level, reflection paper, Version 1 for PSQCWG 24 September 2009.
- WHO Regional office for Europe: Patient safety project (PATH) 2003.
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 107/2007)
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi (NN 124/2011).
- Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN 121/03, 117/08).

Informatizacija i eZdravstvo

- Akademija medicinskih znanosti Hrvatske. Deklaracija o eZdravlju, 2011.
- Australian Government, Department of Health and Ageing. National eHealth strategy, 2008.
- Danish Ministry of Interior and Health. National IT strategy 2003-2007 for the Danish Health Care Service, 2003.
- European countries on their journey towards national eHealth infrastructures, final European progress report, 2011.
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health. eHealth roadmap, 2007.
- National strategy for eHealth Sweden, 2006.
- Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Commission White paper.
- World Health Organization. National eHealth strategy toolkit, 2012.

Znanost, istraživanja i inovacije u biomedicini

- Marušić A. Strategic research agenda: health research priorities for Croatia. Consultation document for the project The Information Office of the Steering Platform on Research for the Western Balkan Countries, WBC-inco.net - Coordination of Research Policies with the Western Balkan Countries. Zagreb, 2009.
- Ministarstvo znanosti obrazovanja i športa. Akcijski plan 2007.-2010. »Znanstvena i tehnolojska politika Republike Hrvatske«, 2007.
- Polašek O. Znanstvena uspješnost znanstvenih novaka. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2008.
- Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi (NN 121/07).
- Zakon o medicinskim proizvodima (NN 67/08 i 124/11).
- Zakon o lijekovima (NN 71/07).

Zdravstvo i turizam

- Bagat M, Sekelj-Kauzlarić K. Mogućnosti razvoja zdravstvenog turizma u Hrvatskoj. *Medix*. 2004;10(52):121-123.
- Geić S, Geić J, Čmrlec A. Zdravstveni turizam egzistencijalna potreba u suvremenom društvu. *Informatologia*. 2010;43:317-334.
- Košuta NT, Ivandić N, Gatti P. Konkurentna pozicija zdravstvenog turizma. Hrvatska gospodarska komora i Institut za turizam, 2005.
- Pravilnik o razvrstavanju, kategorizaciji i posebnim standardima ugostiteljskih objekata iz skupine hoteli (NN 88/07, 58/08).
- Zakon o pružanju usluga u turizmu (NN 68/07, 88/10).
- Zakon o ugostiteljskoj djelatnosti (NN 138/06, 152/08, 43/09, 88/10, 50/12).
- Zakon o ustanovama (NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08).
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12).

Implikacije pristupanja Republike Hrvatske u EU na hrvatski zdravstveni sustav

- Bilevsky G. The financing mechanism of the health social services in romania. *Universitatea Petru Maior*, 2006.
- Charter of fundamental rights of the European Union, 2000.
- Commission of the European Communities. Green paper on the European Workforce for Health. 2008
- Communication from the Commission. Europe. 2020 - A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. 2010.
- European Commission. Common Strategic Framework. 2012.
- European Commission. Health and structural funds.
- European Commission. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for growth programme, a third the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020. Bruxelles, 2011.
- European Economic Community Regulation 1612/68.
- European Parliament and Council Directive 2005/36 EC.
- European Parliament and Council. EU Health Programme 2008.-2013. *Official Journal of the European Union*. 301/3. 2007.
- Hatzopoulos V. Financing national health care in a transnational environment: The impact of the European Community internal market. *Wisconsin International Law Journal*. 2009;26:761-803.
- Montanari I, Nelson K. Health care developments in EU member states, regressing trends and institutional similarity? Sweden: Institute for Futures Studies, Working paper 2010:7.
- Mossialos E, Walley T, Mrzek M. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. *European Observatory on health care systems series*. Open university press, 2004.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Implications of the accession of the Republic of Croatia to the European Union for Croatian health care system. *Collegium Antropologicum*. 2012;36:717-727.
- Ostojić R, Bilas V, Franc S. Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Zagreb, 2012.
- Permanand G, Altenstetter C. The politics of pharmaceuticals in the European Union. U: Mossialos E, Walley T, Mrzek M, ur. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. *European Observatory on health care systems series*. Open university press, 2004.
- Pravilnik o bitnim zahtjevima, razvrstavanju, sustavu kvalitete, upisu u očevidnik proizvođača i očevidnik medicinskih proizvoda te ocjenjivanju sukladnosti medicinskih proizvoda (NN 43/10).
- Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (NN 155/09, 22/10).
- Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na Osnovnu i Dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (NN 155/09).
- Pravilnik o praćenju štetnih događaja vezano uz medicinske proizvode (NN 74/09).
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11).
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine (NN 129/11).

- Pravilnik o zaštiti od elektromagnetskih polja (NN 204/03, 15/04 i 41/08).
- Special eurobarometer 327. Patient safety and quality of healthcare. Full report.
- The Maastricht Treaty.
- The Treaty of Amsterdam.
- The Treaty of Rome.
- Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013. Commission White paper.
- Van de Gronden JW. Financing health care in EU law: do the European state aid rules write out an effective prescription for integrating competition law with health care? The competition law review. 2009;6:5-29.
- Varga S. Zdravstvena djelatnost i priprema sustava zdravstvene zaštite za pristupanje Hrvatske Europskoj uniji. Treća konferencija za zdravstvo. TEB poslovno savjetovanje, 2012.
- Watson J. Health and structural funds in 2007-2013: country and regional assesment. Summary report. 2011.
- World Health Organization. Executive Board Members Retreat. Millennium development goals and health targets. EB/Retreat/03/Discussion Paper 1, 2003.
- World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. WHO, 2005.
- World Health Organization. The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches. 2012.
- World Health Organization. World health statistics 2012. WHO, 2012.
- Zakon o biocidnim pripravcima (NN 63/07, 53/08, 56/10).
- Zakon o djelatnostima u zdravstvu (NN 97/09).
- Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti (NN 120/08).
- Zakon o hrani (NN 46/07).
- Zakon o izmjenama i dopunama zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja (NN 45/09).
- Zakon o kemikalijama (NN 150/05, 53/08, 48/11).
- Zakon o krvi i krvnim pripravcima (NN 79/06, 124/11).
- Zakon o ljekarništvu (NN 121/03, 35/08, 117/08).
- Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji (NN 86/12).
- Zakon o medicinskim proizvodima (NN 67/08 i 124/11).
- Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (NN 121/03, 117/08).
- Zakon o primaljstvu (NN 120/08, 145/10).
- Zakon o provedbi Uredbe (EZ) 1907/2006 (REACH) Europskog parlamenta i Vijeća EZ o registraciji, evaluaciji, autorizaciji i ograničavanju kemikalija (NN 53/08).
- Zakon o provedbi Uredbe (EZ) br. 1272/2008 Europskog parlamenta i Vijeća od 16. prosinca 2008. o razvrstavanju, označavanju i pakiranju tvari i smjesa, kojom se izmjenjuju, dopunjuju i ukidaju Direktiva 67/548/EEZ i Direktiva 1999/45/EZ i izmjenjuje i dopunjuje Uredba (EZ) br. 1907/2006 (NN 50/2012).
- Zakon o provedbi Uredbe (EZ) br. 689/2008 Europskog parlamenta i Vijeća o izvozu i uvozu opasnih kemikalija (NN 139/10).
- Zakon o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti (NN 28/10).
- Zakon o sestrinstvu (NN 121/03, 117/08 i 57/11).
- Zakon o zaštiti od buke (NN 30/09)
- Zakon o zaštiti od zračenja i sigurnosti izvora ionizirajućeg zračenja (NN 64/06).



www.vlada.hr
www.zdravlje.hr