



**Održivo zdravstvo**  
**Prijedlog sektorske**  
**politike zdravstva**

ožujak 2015.

## Sadržaj

1. Uvod .....	3
2. Analiza postojeće situacije .....	4
3. Problemi i ciljevi .....	21
4. Strategija .....	24
5. Taktički alati i vremenski tijek aktivnosti .....	28
6. Financijski instrumenti .....	29
7. Mjerenje učinaka / evaluacija .....	40
8. Veze s ostalim sektorima .....	41
9. Sažetak i zaključak .....	42
10. Literatura.....	43

# 1. Uvod

Hrvatsko je zdravstvo još od osamostaljenja u stanju neprekidnih promjena te brojnih pokušaja „reformi“. Sam naziv reforma (novi oblik) trebao bi govoriti da se radi o kontinuiranom činu preobrazbe i prilagođavanja sustava novim uvjetima, no zapravo se prečesto radilo o nedovoljno osmišljenim i parcijalnim potezima, kratkoročnog i često negativnog efekta.

Svrha ovog dokumenta je predložiti model i reorganizaciju (novu organizaciju) koja će unaprijediti trenutni zdravstveni sustav, učiniti ga kvalitetnijim, racionalnijim, učinkovitijim i jasnijim.

Problemi s kojima se suočava zdravstvo u Hrvatskoj nisu novi niti su jedinstveni. Slabi izvori financiranja, starenje stanovništva, veliki troškovi... sve je to nešto što iznimno utječe na stanje u zdravstvu. Kvalitetnom ekonomskom analizom i korištenjem iskustava drugih zemalja s usporedivim sustavima mogu se naći mnoga isprobana rješenja i izbjeći mnoge pogreške. Naravno, nisu svi zdravstveni sustavi niti iskustva drugih primjenjivi i kod nas bilo zbog zemljopisnih i gospodarskih uvjeta, bilo zbog povijesnih čimbenika. No, to nas ne bi trebalo spriječiti da sagledamo uspješna rješenja i primijenimo ih u modificiranom obliku prilagođenom našim potrebama. Za uspjeh reorganizacije zdravstva važno je sagledati sve razine zdravstvenog sustava te međusobni utjecaj istih. Naravno, posebno je važno upravljati njezinim ekonomsko-političkim aspektima, s obzirom na potencijalne otpore, ali i partikularne interese koje se reorganizacijom narušava. Učinke zdravstvene reorganizacije osjeća cjelokupno društvo i to bez odlaganja, čim se ona provede. Stoga je u taj proces potrebno krenuti sigurno, s jasnim ciljem i provjerenim rješenjima oko kojih je postignut javni i politički konsenzus.

## 2. Analiza postojeće situacije

### 2.1. Trenutno stanje u području javnog zdravstva

Učinkovitost i kvaliteta zdravstvenog sustava ogledaju se u zdravlju naroda. Indikatori prema kojima se ocjenjuje zdravlje populacije su, između ostalih: dobno standardizirana stopa smrtnosti od različitih bolesti te očekivano trajanje života pri rođenju. Prema ovim parametrima, Hrvatska je značajno ispod prosjeka zemalja EU (LE EU:80g., HR: 77g). Najveći zdravstveni problem mu Hrvatskoj su kronične nezarazne bolesti među kojima poglavito kardiovaskularne, maligne te mentalne bolesti. Stopa smrtnosti za dob do 65.g. života od ovih bolesti značajno je veća za RH u usporedbi sa zemljama EU. Više od polovice prijevremenih smrti uzrokovanih ovim bolestima može se spriječiti adekvatnim preventivnim intervencijama.

Najučinkovitija prevencija je primarna prevencija koja je usmjerena na zdravu populaciju s ciljem sprječavanja pojave bolesti te očuvanjem i unapređenjem zdravlja. Učinkovitu primarnu prevenciju moguće je provoditi isključivo komprehenzivnim (sveobuhvatnim) intervencijama (primjer je North Karelia project), koje u cijelosti provode ideju SZO: „zdravlje u svim politikama“. Ovakve intervencije angažiraju sve društvene resurse na prevenciji bolesti: zakonsku regulativu, gospodarstvo, financije, obrazovni i zdravstveni sustav. Planiranje, provedbu i evaluaciju ovakvih intervencija provode zdravstvene institucije i stručnjaci-zavodi za javno zdravstvo. Uz ove sveobuhvatne intervencije, učinkovita prevencija mora se temeljiti i na jasno definiranim i učinkovitim zdravstvenim mjerama prevencije bolesti (kontrola, nadzor, intervencija-cijepljenje). Ove zdravstvene mjere provode isključivo zdravstveni djelatnici i zdravstvene institucije.

Trenutno, u provedbi preventivne medicine zdravstveni sustav je nekoherentan, međusobno nepovezan i kao takav posve neracionalan, bez jasne vizije, strategije i plana. Sustav mora počivati na znanju, kompetenciji i jasnoj organizaciji, u kojoj ključnu ulogu imaju zdravstvene institucije. Javnozdravstveni sustav, u najširem smislu te riječi treba biti sustav koji je okrenut zdravlju, prije svega primarnoj prevenciji, unapređenju zdravlja i smanjivanju rizičnih čimbenika za nastanak bolesti. Tako postavljen sustav, sukladno strategiji SZO, je okrenut jačanju kapaciteta za zdravlje svih građana. Sudjelovanje građana u očuvanju, unapređenju i zaštiti vlastitog zdravlja ostvaruje se kroz suradnju sa civilnim udrugama koje se bave promicanjem zdravlja. Rad na promicanju zdravlja i suradnji s udrugama treba biti planiran, kontinuiran i evaluiran, a ne provoden stihijski i „po dogovoru“ kao do sada, na način da se jača parasustav, a urušavaju zdravstvene institucije.

Središnja javnozdravstvena institucija u je Zavod za javno zdravstvo (dalje: HZJZ) čija je uloga upravo primarna prevencija, očuvanje i promicanje zdravlja te smanjenje zdravstvenih rizika. U Hrvatskoj postoji 22 zavoda (HZJZ+21 županijski zavod). Način rada i financiranja ovih zavoda je različit te je sama mreža zavoda prevelika i neracionalna. HZJZ je u najvećem djelu financiran iz državnog proračuna, sredstvima Ministarstva i po tome se razlikuje od ostalih zavoda. Djelatnost HZJZ-a definirana je Zakonom te je ona u najvećoj mjeri koordinativna, strateška i edukativna, a u puno manjoj mjeri operativna. Županijski zavodi provode mjere zdravstvene zaštite iz

područja javno zdravstvene djelatnosti. Na žalost, koje su to mjere još uvijek nije definirano te je tako mreža zavoda, iako prevelika, posve netransparentna zdravstvenom sustavu. Nužna je značajna reforma djelatnosti zavoda kao i preventivnih mjera općenito, no najprije treba redefinirati funkcije i ovlasti pojedinih zavoda.

Osnovna uloga HZJZ treba biti nadzor nad zdravljem građana, promicanje i unapređenje zdravlja te ocjena zdravstvenog stanja populacije, određivanje zdravstvenih prioriteta te prijedlog zdravstvene intervencije za rješavanje prioriteta. U djelatnosti promicanja zdravlja uloga Zavoda je koordinacija, supervizija i evaluacija rada civilnih udruga, a nikako ne smije biti, kao što je primjer u Zagrebu, kompeticija odnosno ravnopravan status udruga i institucije. Loš primjer Grada Zagreba očitiju se slijedećem: Grad financira brojne civilne udruge u provedbi programa promicanja zdravlja, s tim da se natječaj raspisuje svake godine, i svake godine različite udruge i programi dobivaju sredstva bez ikakvog kontinuiteta i evaluacije što onemogućuje održivost bilo kakve djelatnosti. S druge strane, za ocjenu programa, osnivaju se razna povjerenstva koja također koštaju, a članovi povjerenstava također se biraju „po dogovoru“. Uloga HZJZ, u kojem postoji Služba za javno zdravstvo, trebala bi biti u izboru, suradnji, superviziji, evaluaciji i osiguranju provedbe javnozdravstvenih programa uz godišnji, od strane Skupštine odobreni paušalni iznos za provedbu plana i programa zdravstvene zaštite u Gradu Zagrebu, temeljenog na stručnoj ekspertizi, čime bi se značajno smanjila administracija u gradskom uredu te stručni poslovi prepustili stručnjacima i nadležnoj instituciji. Time bi se zaustavilo neplanirano i stihijsko osnivanje institucija koje nemaju svoje mjesto unutar zdravstvenog sustava, već niču „po dogovoru“, na teret gradskog proračuna, a pod krinkom primarne prevencije (Centar za zdravstvenu kulturu, Hrvatska kuća srca....). Također, uz masu povjerenstava, osnivanje Savjeta za zdravlje te posebno financiranje projekta Zagreb zdravi grad kroz civilnu udruhu, posve je neopravdano i neracionalno, dok se javnozdravstvena djelatnost u Zavodu, koji je nastavna baza i znanstvena institucija, posve zanemaruje od strane nekompetentne uprave.

Primarna prevencija-usmjerena na zdravu populaciju s ciljem sprječavanja nastanka bolesti, smanjenja rizika i unaprjeđenja zdravlja, provodi se kroz različite intervencije: cijepljenje, savjetovanje, zdravstveni odgoj, zakonodavne mjere, preventivni zdravstveni pregledi. Sve ove mjere potrebno je provoditi koordinirano kroz reorganizaciju i jačanje pojedinih djelatnosti:

**Mentalno zdravlje:** Trenutno su Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti organizirane u Zavodima za javno zdravstvo, ali je sastav djelatnika u timovima vrlo različit u različitim zavodima, pa tako i mjere koje se provode. Mentalno zdravlje je jedan od prioriteta te ga svakako treba unaprijediti, međutim samu je djelatnost nužno drugačije organizirati:

**Zaštita zdravlja školske djece i adolescenata:** u ovome trenutku posve neprepoznatljiva od strane svojih korisnika (školske i studentske populacije), čija se aktivnost svodi na sistematske preglede (trenutno posve nedostatne - neophodno je uključiti psihotest, kontrolu zdravlja zubi...), cijepljenja i predavanja u školi (djeci i roditeljima često dosadna i suvišna).

**Medicina rada:** u ovome trenutku struka koja radi u najvećoj mjeri na tržištu. Sustavna

kontrola zaštite zdravlja radnika ne postoji.

**Zdravstvena ekologija:** trenutno djelatnost okrenuta tržištu, morala bi biti dio javnozdravstvenog sustava na način da se obvezne kontrole zraka, vode, hrane plaćaju iz proračuna. U Hrvatskoj gotovo da ne postoje subspecijalisti ekologije (ima ih manje od 5) dok ovu djelatnost u cijelosti preuzimaju ing. Kemije i biologije koji nemaju kompetencije za ocjenu zdravstvenih rizika. Također, sve intervencije (zapašivanja, uporaba herbicida...) bi morale biti provedene tek nakon ocjene zdravstvenog rizika koju bi davali zavodi na temelju stručne procjene rizika za zdravlje.

**Oralno zdravlje:** Hrvatskoj je oralno zdravlje, usporedbom indikatora KEP indeksa do pet puta lošije nego u europskim zemljama. Obvezna kontrola zubi pri svakom sistematskom pregledu djece je nužna uz sve provedene kurativne mjere. Obvezna kontrola koncentracije fluora u vodi.

## 2.2. Trenutno stanje u financiranju zdravstva

Svaki građanin Republike Hrvatske, ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Sustav hrvatskog zdravstva počiva na obveznom zdravstvenom osiguranju, koje funkcionira po principu socijalnog osiguranja i pravednosti, što znači da su svi građani s prebivalištem u RH i stranci sa stalnim boravkom u RH, obvezni redovito uplaćivati doprinose zdravstvenog osiguranja, sukladno visini dohotka (mogućnostima), u zajednički fond obveznog zdravstvenog osiguranja, a zauzvrat ostvaruju jednaku zdravstvenu uslugu sukladnu potrebi. Obvezno zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, koji ima posredničku ulogu u prikupljanju financijskih sredstava, pružanju zdravstvenih usluga svim osiguranim osobama, te plaćanju usluga ugovornim zdravstvenim subjektima koje su uslugu pružile.

Sustav obveznog zdravstvenog osiguranja funkcionira po načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i solidarnosti.

Osnovom uplata osiguranika i dijelom proračunskih prihoda osiguravaju se i sve druge osigurane osobe (nezaposleni, članovi obitelji...). Zdravstveni sustav RH ne funkcionira isključivo prema jednom modelu financiranja, već je kombinacija Bismarck-ovog modela, temeljenog na socijalnom osiguranju odnosno doprinosima koje građani izdvajaju iz plaće, te Beveridge-ovog modela koji se temelji na proračunskim приходima.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (dalje: HZZO) pokriva troškove zdravstvenih rizika u razini od 80% u okviru Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a koja podrazumijeva pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko- konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, uporabu lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko-protetsku pomoć i nadomjeske te ortopedska i druga pomagala. Ostatak troška usluga (20%) dužan je platiti sam osiguranik, a ta svota koju snosi sam osiguranik ne smije prijeći više od 2000 kuna po računu (sudjelovanje ili participacija).

Trenutno je u Republici Hrvatskoj u obveznom zdravstvenom osiguranju osigurano 4,3 milijuna osiguranih osoba od čega:

- radno aktivnih osiguranika koji većinom i pokrivaju troškove zdravstva – 33%
- umirovljenika –24%
- poljoprivrednika –0,60%
- članova obitelji –22%
- ostali –20%

HZZO dopunski osigurava od 2002. godine, trenutno po jedinstvenoj cijeni police za sve kategorije osiguranih osoba od 70 kn, (neovisno o primanjima osiguranih osoba), s ukupnim udjelom na tržištu dopunskog osiguranja od 95,3 %, u odnosu na druge osiguravatelje.

HZZO je trenutno državna institucija što je za socijalnog osiguravatelja nepovoljno, i teži biti administrativno i financijski neovisan.

Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici pod uvjetima i na način propisan Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju, Zakonom o ustanovama i Zakonom o trgovačkim društvima i mnogim drugim zakonima i pravilnicima.

Najveći dio javnih sredstava za zdravstvenu zaštitu prikuplja se od poslodavaca, doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje, tj. namjenskim porezima rezerviranim za zdravstvo čiju osnovicu čine plaće zaposlenih. 80% svih troškova zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj snose poslodavci – oni financiraju ne samo zdravstveno osiguranje radnika koji su zaposleni kod njih nego i najveći dio osiguranja umirovljenika, članova obitelji osiguranika, nezaposlenih i ostalih. Ova je činjenica od velikog značaja ne samo za financiranje zdravstva nego i za tržište rada u Hrvatskoj. Ostatak sredstava kojima se financira zdravstvo čine uglavnom prihodi od poreza (na dohodak, dodanu vrijednost itd.) kojima Ministarstvo financija svake godine dopunjava proračun HZZO-a. Gotovo cjelokupni iznos privatnih sredstava za zdravstvenu zaštitu čine vlastita sredstva građana jer je uloga privatnog zdravstvenog osiguranja neznatna.

### **2.2.1 Način prihodovanja u zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj**

Načini plaćanja liječnika i zdravstvenih ustanova općenito mogu biti:

- metodom plaće (određeni iznos novca za određeni vremenski period),
- metodom glavarine (određeni iznos po pojedinom pacijentu upisanom na listi liječnika za određeni period),
- prema slučaju (prema skupinama dijagnoza istih ili sličnih troškova liječenja (DTS, DTP)
- prema usluzi (“cijena-puta-usluga“)

### **2.2.2 Način prihodovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj**

Temeljni dio prihoda ordinacije PZZ:

- glavarina
- hladni pogon
- dtp (dijagnostičko-terapijski postupci)

Dodatni, stimulativni dio prihoda (mogućnosti) ordinacije PZZ:

- KPI (Key performance indicator)
- QI (Quality indicator)
- Preventivni programi
- Grupna praksa
- Kategorizacija (zvjezdice)

### **2.2.3 Način plaćanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj**

Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita plaća se putem Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (Plava knjiga) i putem dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP).

### **2.2.4 Način plaćanja bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj**

Metoda klasifikacije po dijagnostičko terapijskim skupinama (DTS-u) je metoda plaćanja epizode akutnog bolničkog liječenja prema kliničkim osobitostima koje zahtijevaju sličnu prosječnu potrošnju bolničkih resursa, a koja je u punoj primjeni u RH od 01. siječnja 2009. godine (australski model).

U cijenu DTS kategorije uračunati su svi troškovi liječenja od prijema do otpusta; smještaj i bolnička skrb na akutnom krevetu, medicinski materijali i lijekovi i dijagnostički i terapijski postupci uključujući i postupke izvršene u suradnim ustanovama. Ispravno grupiranje računa u pojedinu DTS kategoriju ovisi o utvrđivanju i ispravnom unosu (od strane kliničara pri otpustu) svih relevantnih podataka u grupe:

- Glavne dijagnoze (MKB-10), koja je definirana kao dijagnoza koja označava bolest ili stanje koje je prouzročilo epizodu bolničkog liječenja.
- Dodatne dijagnoze – komplikacije i komorbiditeti (MKB-10)
- Postupaka (koji utječu na grupiranje)

Kronično bolničko liječenje obračunava se putem cijene dana bolničkog liječenja (DBL). Osim za mjesečne maksimalne iznose sredstava, limite, za provođenje bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, bolničke zdravstvene ustanove dodatno ostvaruju sredstva i za posebno skupe lijekove, eksplantacije, transplantacije, intervencijsku kardiologiju i neurologiju, transfuzijsku medicinu i medicinsku oplodnju.

Dodatni problem se javlja kada se hitni bolesnici obrađuju u ambulantama hitne medicine ili Objedinjenim hitnim bolničkim prijemima gdje se cijena usluga obračunava prema DTP-u, kada isti dan takav bolesnik bude zaprimljen u bolnicu kada ulazi u sustav DTS-a. Time cijelokupni trošak bolničke hitne medicine se ne može prikazati, fakture ne mogu izdati (obzirom kako se radi o istom danu, a bolesnik ne može biti u dva sustava) i



generira se fiktivni gubitak za odjele koji se bave bolničkom hitnom službom.

## 2.2.5 Prihodi i rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

**Ukupni prihodi** (primici) HZZO-a u prvom polugodištu 2014. iznosili su oko 11 milijardi kuna.

- Prihodi (izvori financiranja) obveznog zdravstvenog osiguranja (koje provodi HZZO) definirani su čl. 72. i 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ZOZO) – država financira zdravstvenu zaštitu za mnogobrojne skupine (ne uplaćuje se u cijelosti prema zakonu)
- Dio prihoda je iz namjenskih doprinosa (za zdravstvo), a dio iz državnog proračuna
- Iako bi prihodi zdravstva trebali biti veći (prema ZOZO-u), sredstva se ne uplaćuju u potpunosti radi nedostatka novca, te se zdravstvo sanira „jednokratnim” dodatnim sredstvima iz proračuna (npr. 2012.-2014. cca 7 mlrd. kn), što dovodi do manje učinkovitog i manje kvalitetnog upravljanja sustavom.

**Ukupni rashodi** (izdaci) HZZO-a u prvom polugodištu 2014. godine iznosili su oko 10,6 milijardi kuna:

*Tablica – Prikaz rashoda HZZO-a u 2012. godini*

	I. XII. 2012.	Struktura
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	18.131.206.658	80,21
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.609.246.586	7,12
Naknade	2.474.562.425	10,95
Ostali rashodi	389.903.678	1,72
<b>Ukupni rashodi</b>	<b>22.604.919.347</b>	<b>100,00</b>

Najveći dio rashoda odnosi se na izdatke za zdravstvenu zaštitu, a koji se dijele na izdatke za:

- Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja - oko 80 %:
  - 35% bolnička zdravstvena zaštita
  - 20% lijekovi na recept
  - 19% primarna zdravstvena zaštita
  - 4% ortopedski uređaji i pomagala
  - 8% specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita
- Zdravstvenu zaštitu iz dopunskog zdravstvenog osiguranja koji iznose oko 7%.

Naknade za bolovanje, rodiljni dopust i invalidnost čine oko 11% ukupnih rashoda HZZO-a. Ti se troškovi u većini drugih EU zemalja financiraju i administriraju izvan sustava zdravstvenog osiguranja (primjerice kroz sustav osiguranja od nezaposlenosti). Naknade za bolovanje i porodiljni dopust u Hrvatskoj su među najvišima u svijetu – gotovo cjelokupni trošak bolovanja i rodiljnog dopusta (koji može trajati i do godinu dana) prebačen je na državu. Stoga poslodavci, ali i zaposlenici imaju vrlo malo razloga da se razumno koriste povlasticama vezanim za naknade za bolovanje i rodiljni dopust. Primjerice, žene često otvaraju bolovanje čim saznaju da su u drugom stanju i ostaju na bolovanju i rodiljnom ukupno godinu i pol dana. S obzirom na to da naknade za

bolovanje, invalidnine i slično čine značajan iznos u proračunu HZZO-a, njihovo bi racionalnije korištenje imalo daleko veći utjecaj na smanjenje troškova zdravstva nego, na primjer, mjere štednje u korištenju lijekova.

S druge strane, može se reći da su naknade za invalidnost i neke druge svrhe potencijalno premalene za osiguranje minimalnih društveno prihvatljivih životnih uvjeta brojnim korisnicima tih naknada. Takva situacija ne pomaže razvoju "normalnog" društva i toleranciji u našem društvu jer ostavlja dojam da je država s jedne strane rastrošna (mnogi zaposlenici koriste bolovanja i kad im to nije potrebno, političari se ponašaju rasipni itd.), a s druge država pretjerano štedi na onima kojima je pomoć zaista potrebna.

Ta pitanja bi se mogla rješavati i izvan uskog okvira zdravstvene reforme, kroz suradnju s ostalim segmentima društvene i političke organizacije.

## **2.3 Trenutno stanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti**

### **2.3.1 Trenutno stanje u obiteljskoj medicini**

U Hrvatskoj trenutno postoji 2375 ordinacija obiteljske medicine, od toga 65% koncesionara i 35% ordinacija pri domovima zdravlja (omjer je pomaknut na stranu ordinacija pri domovima zdravlja nakon izmjena ZZZ 2013. kada je uveden minimum od 30% ordinacija koje moraju ostati pod domovima zdravlja (umirovljenjem koncesionara ordinacija se vraća pod dom zdravlja što postavlja pitanje zakonitosti odluke).

U tom slučaju pacijentima se nameće liječnik kojeg im dodijeli dom zdravlja. Prosječan broj osiguranika u ordinaciji liječnika koncesionara je 1770 osiguranika, dok je prosječan broj osiguranika u ordinacijama pri domovima zdravlja 1350 osiguranika. Dosadašnji način financiranja rada liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (dalje: PZZ) bio je ovisan isključivo o broju upisanih osiguranika, osiguranici su bili podijeljeni u dobne grupe od kojih je svaka grupa imala odgovarajući iznos sredstava (glavarina).

Dakle, da bi ordinacija financijski mogla opstati jedino je bilo važno prikupiti maksimalan broj osiguranika. Dnevni broj posjeta u takvim ordinacijama iznosio je od 90-130 posjeta. Vrednovanje kvalitete rada ordinacija nije postojalo. Broj ispisanih uputnica, broj izdanih recepata, broj i vrsta komplikacije kroničnih nezaraznih bolesti, broj provedenih preventivnih pregleda... ništa nije bilo vrednovano.

Od travnja 2013. g. ordinacije posluju prema novom modelu ugovaranja i financiranja. Ukupni prihodi ordinacije ovisni su o broju osiguranika u skrbi, broju provedenih preventivnih pregleda, broju odrađenih kroničnih panela (dijabetes, hipertenzija, KOPB...), o posjedovanju pet zvjezdica (skupna praksa, telefonska dostupnost, savjetovašta, naručivanje osiguranika na preglede, uzimanje bioloških uzoraka, sudjelovanje u peer grupama...) te broju provedenih preventivnih pregleda.

### **2.3.2 Problem dualizma u organizaciji obiteljske medicine**

Analiza kvalitete rada koju je u listopadu 2014. napravio HZZO pokazuje slijedeće pokazatelje:

*Tablica – Analiza rada u obiteljskoj medicini (OM) 2014.*

	OM - dom zdravlja	OM - koncesija
Prosječno ostvarenje KPI	75%	85%
Prosječno ostvarenje QI	30 %	65 %
Prosječan broj vođenja kroničnih panela	2.160 / mj.	22.400 / mj.
Prosječan broj preventivnih pregleda	5.000 / mj.	40.580 / mj.
Prosječan izvršenja DTP u limitu	85 %	96 %
Prosječan izvršenja DTP izvan limita do 10%	106 kn / mj.	411 kn / mj.
Prosječan izvršenja DTP izvan limita	1.268 kn / mj.	2.216 kn / mj.

U svim ovim slučajevima ne radi se o kolegama u domovima zdravlja koji loše rade, već se radi o sustavu koji ni na koji način uposlenike ne motivira na rad već, štoviše, guši kreativnost i aktivnost.

Svi pokazatelji govore da je kvaliteta i efikasnost ordinacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti organiziranih u modelu ordinacija u koncesiji daleko veća, nego u ordinacijama u domovima zdravlja.

*Tablica – Prikaz kretanja udjela PZZ-a u ukupnom zdravstvenom proračunu*

	Ukupni zdravstveni proračun	Proračun PZZ-a	Udjel PZZ-a
1997.	6.997.431.671	1.612.746.145	23.047 %
1998.	9.058.410.488	1.814.890.007	20.035 %
1999.	10.251.971.983	1.965.128.718	19.16 %
2013.	23.301.822.804	2.813.172.420	12.07 %

Napomene:

- liječnici koncesionari čine većinu pružatelja zdravstvene zaštite, a nigdje u upravljačkim strukturama nema njihovih predstavnika
- liječnici koncesionari nemaju prava na decentralizirana sredstva niti na bespovratna sredstva koja svake godine dodjeljuje Ministarstvo obrta i malog poduzetništva
- liječnici koncesionari nemaju prava na sredstva za poticanje zapošljavanja

### **2.3.2 Trenutno stanje u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece**

Većina pružatelja ovih usluga je organizirana po istom modelu kao i klasična obiteljska medicina te je muče isti problemi kao i obiteljsku. Samim time, kada se govori o problemima i reorganizaciji PZZ onda ista rješenja važe za sve grane.

### **2.3.3 Trenutno stanje u zdravstvenoj zaštiti žena**

Većina pružatelja ovih usluga je organizirana po istom modelu kao i klasična obiteljska medicina te je muče isti problemi kao i obiteljsku. Samim time, kada se govori o problemima i reorganizaciji PZZ onda ista rješenja važe za sve grane.

## 2.4 Trenutno stanje po pitanju košarice usluga i liste lijekova

Deklarativno "pravo na sve", naslijeđeno iz prethodnog sustava i političkim pamfletima sa zagwarantiranim socijalnim pravima koji prelaze okvire mogućeg i prelaze u domenu tržišnog dovelo je do stanja totalne kaotičnosti unutar zdravstvenog sustava.

S obzirom na pacijenti "imaju pravo na sve" i kreću s takve pozicije, suoče se na terenu sa surovom stvarnošću da ta prava nisu u mogućnosti ostvariti. Određeni broj pacijenata problem riješi kod privatnih zdravstvenih subjekata koji nisu u ugovornom odnosu s HZZO-om te na taj način dvostruko plate zdravstvenu uslugu (kroz obavezne doprinose za zdravstveno osiguranje, te gotovinom za privatne usluge).

Zdravstvena zaštita je regulirana s preko 150 zakonskih, podzakonskih akata i pravilnika što samim svojim brojem govori o nesređenosti legislative. Ponekad u praksi nalazimo dva akta koja pobijaju jedan drugoga.

*Primjer iz svakodnevnog rada: prema postavljenoj dijagnozi medicinski je indicirano liječenje pacijenta određenim lijekom koji je na Listi lijekova HZZO-a (tj. pacijent ima pravo na besplatni lijek). Međutim, prema indikacijama HZZO-a za postavljenu dijagnozu se taj isti lijek ne može propisati na teret sredstava HZZO-a.*

Dalje priča teče na dva načina. Ako se radi o lijeku koji se primjenjuje u peroralnom obliku i propisuje ga liječnik PZZ-a tada liječnik PZZ-a ili dr obiteljske medicine ne smije propisati određeni lijek niti na teret sredstava HZZO-a niti može propisati privatni recept da si pacijent sam nabavi lijek jer je u oba slučaja u prekršaju prema dva različita pravilnika. Jedan od njih prava na lijekove tumači na način da liječnik obiteljske medicine ne smije propisati pacijentu na privatni recept lijek koji je na listi HZZO-a a drugi pravilnik tumači da lijek koji nema HZZO indikaciju se ne može pisati na teret HZZO-a. U oba slučaja pacijent ne može dobiti ordinirani lijek te u oba slučaja liječnik postupi protivno pozitivnim propisima HZZO-a i bude kažnjen.

*Drugi scenarij se odvija u bolničkom sustavu (ako liječenje treba provesti u bolnici) te izgleda ovako: pacijent nabavi osobnim sredstvima lijek na koji nema pravo prema indikacijama HZZO-a ali je medicinski indiciran i preporučen od bolničkog specijaliste, traži povrat od HZZO-a te dobije zatražena novčana sredstva jer je lijek na listi HZZO-a ali nema indikaciju prema HZZO-u, a HZZO ta sredstva prebaci na bolnički proračun.*

Bolnice nemaju predviđena sredstva za određeni lijek i da bi riješili problem izbace ili prolongiraju liječenje pacijenta koji je na listi čekanja i ima pravo na liječenje određenim lijekom na teret sredstava HZZO-a. Sljedeći krivi korak koji čine bolnice je da zabrane svojim specijalistima da propisuju lijekove koji nisu na listi indikacija HZZO-a te pacijentu uskrate najbolje liječenje za njega i uz to onemogućie liječenje istom pacijentu u svojoj bolnici itd.

*Primjer s uputnicama: Liječnik koji u ordinaciji PZZ-a pacijentu ne izda uputnicu za specijalistu nego mu istu uslugu pruži u svojoj ordinaciji nije omogućio pacijentu*

*"pravo na sve" tj. po mišljenju pacijenata nije dobio kvalitetniju uslugu na sekundarnoj razini. Naime, usluga kod "specijaliste" je po mišljenju pacijenta "kvalitetnija". A ako izda uputnicu za uslugu koju je mogao pružiti u svojoj ordinaciji je u prekršaju prema HZZO pravilnicima, a uz to se stvara mišljenje u javnosti da liječnici u PZZ-u "samo pišu uputnice i recepte".*

Također, indikacije HZZO-a za liječenje pojedinih bolesti su zastarjele, neprimjerene suvremenom načinu liječenja i ne stvaraju uštede te ih je potrebno revidirati što hitnije.

Zahtjevi pacijenata prema zdravstvenoj službi a za potrebe drugih službi (osiguravajućih društava, drugih Ministarstava, samih pacijenata, potrebe za zapošljavanjem, vozačkim dozvolama, putovanjima u druge države, iznajmljivanje apartmana... i brojne druge zahtjeve) zatrpavaju liječnike koji tada ne mogu obavljati svoj primarni posao a to je preventiva i liječenje.

Postoji veliki broj primjera na koji način se pokušava riješiti ovakva situacija (brojna rješenja su besmislena i u konačnici kompliciraju sustav), a sve zbog nedostatka novaca, nerealnih zahtjeva, nedefiniranih pravila liječenja i ponašanja te deklarativnog "prava na sve". Naravno, jedan od uzroka nedostatnog novca je i državna riznica zdravstvenog osiguranja u kojoj su sredstva nedostatna za "pravo na sve", iz kojeg se konačno HZZO izdvaja. Nadamo se da će sada biti vidljivo za koju uslugu u HZZO-u ima novaca a za koju nema.

Medicina je u zadnjih 30 godina napredovala tempom i složenošću liječenja i dijagnosticiranja tako da i najbogatije države imaju problem sa pokrivanjem troškova zdravstvene zaštite. I najsocijalnije države uvode participiranje pacijenata i prihodovanja dodatnih sredstava za pokrivanje velikih i skupih zahvata i lijekova.

Pacijenti i njihove udruge su svjesne postojanja problema oko financiranja i ostvarivanja svojih prava te otvoreno traže definiranje usluga koje pokriva osnovno osiguranje. Potrebna politička volja za uvođenje istoga.

Trenutno nedostaju:

- algoritmi postupaka kod određenih stanja i bolesti te definirana pravila ponašanja (algoritmi dijagnosticiranja i liječenja) te odvajanje postupaka koje pokriva HZZO a koji se plaćaju drugim načinima plaćanja
- nove smjernice za pojedine lijekove koje mora usvojiti HZZO-a na prijedlog stručnih društava
- politička volja da se definiraju pravila ponašanja i s tim ide u javnost kako stručnu tako i korisničku javnost

## **2.5 Trenutno stanje u informatizaciji**

Informatizacija zdravstvenog sustava istaknuta je kao najvažniji prioritet u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020.

Do sada je potrošeno nekoliko stotina milijuna kuna na projekt informatizacije praktično samo djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a rezultat je implementacija eRecepta i

eUputnice u PZZ laboratorij te nedovoljno funkcionalan sustav eNaručivanja, što predstavlja prilično neracionalno utrošena sredstva.

HZZO kao operator informacijskog sustava zdravstva – Cezih i kao voditelj projekta informatizacije se pokazuje kao pogrešan izbor koji je dijelom razlog za neracionalno skupu i prilično sporu implementaciju sadašnjih funkcionalnosti zdravstvenog informacijskog sustava.

S druge strane, pokazuje se određena društvena neodgovornost voditelja projekta informatizacije koja se manifestira u usmjeravanju funkcionalnosti informatičke organizacije primarno administrativnim potrebama samog HZZO-a, a ne prema potrebama zdravstvene organizacije i potrebama medicinskog zbrinjavanja pacijenta kojem zapravo treba služiti.

Drugi najveći problem projekta informatizacije jest zastoj u implementaciji eKartona – elektroničkog zdravstvenog zapisa (*eng. EHR – Electronic Health Record*) kao funkcionalnog središnjeg mjesta razmjene medicinskih podataka o pacijentu, a nikako ne kao neka web aplikacija kako se recentno predstavlja. eKarton je temeljni integrativni dio cjelokupnog informacijskog sustava, stoga njegova implementacija treba biti jedan od prioritarnih podprojekata u okviru reorganiziranog nacionalnog projekta informatizacije zdravstvenog sustava.

Stanje informatizacije u bolničkom i specijalističko-konzilijarnom zdravstvenom sustavu nije zadovoljavajuće. Jedna trećina bolnica nije uopće informatizirana, a u preostalom dijelu bolnica razina informatičke organizacije je vrlo šarolika, nestandardizirana i nepovezana u središnji zdravstveni sustav Cezih.

Jako je izražen problem u komunikaciji i implementaciji potrebnih promjena u situaciji kada je s druge strane nekoliko desetaka privatnih informatičkih tvrtki. Neujednačena je kvaliteta programskih rješenja kao takvih, ali i usluga podrške i održavanja i obrazovanja korisnika.

## **2.6 Trenutno stanje po pitanju lista čekanja, kadrova i opreme**

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2013. godine bilo je zaposleno 74.489 djelatnika što je povećanje od 248 u odnosu na prethodnu godinu. Od toga su 57.395 zdravstveni djelatnici (77,0%), 5.050 administrativni (6,8%), a 12.044 tehnički djelatnici (16,2). Od navedenog broja 37,7 % zdravstvenih djelatnika je srednje stručne spreme, 11,6 % više stručne spreme, 27,3 % visoke stručne spreme (17,4 % liječnici, 4,3 % doktori dentalne medicine, 4 % farmaceuti te 1,6 % ostali).

Prosječna dob zdravstvenih djelatnika u zdravstvu iznosi 49,5. godina, a u odnosu na 1995. povećala se za 5,9 godina.

Ukupan broj licenciranih liječnika u Republici Hrvatskoj iznosi 18.802, s tim što u sustavu zdravstva radi njih 13.431. Ovaj podatak predstavlja 2,8 liječnika na 1.000 stanovnika (2010.) dok je u zemljama EU27 3,4/1.000. Najviše ima Grčka sa 6,1/1.000. Ako gledamo medicinske sestre u RH ih je 5,3/1.000 dok je u EU27 7,9/1.000, a najviše u Danskoj 15,4/1.000. Omjer sestara naspram liječnika u RH iznosi 1,9 dok je prosjek EU

2,5.

Na dan 30. lipnja 2013. godine u sustavu Zavoda za zapošljavanje, nezaposleno je bilo 221 liječnik od čega 45 sa stručnim ispitom. Važno je napomenuti kako u tom trenutku na 4 medicinska fakulteta u zemlji postoji preko 400 studenata šeste godine koji su pred završetkom i barem još toliko onih koji su pred završetkom svog pripravničkog staža. Ako gledamo broj liječnika spremnih za prijave na natječaje za specijalizacije, trebamo tome pridružiti one koji rade na mjestima znanstvenih novaka na fakultetima (a koji ta mjesta uglavnom smatraju prijelaznim poslom do specijalizacije), liječnike u farmaceutskoj industriji (dovoljno je samo pogledati strukturu prijavljenih na natječaje) te one zaposlene u hitnoj službi kao i na zamjenama u ordinacijama obiteljske medicine, a koji se redovito prijavljuju na takve natječaje. Jednako tako, u prva tri mjeseca 2014. godine, na Zavodu za Zapošljavanje registrirano je 2.218 medicinskih sestara-tehničara. Ovdje treba napomenuti i broj od 300 liječnika i preko 800 medicinskih sestara i tehničara koji su u prvih 7 mjeseci od ulaska u EU napustili RH. U međuvremenu je licencu za rad u RH zatražilo samo 50 liječnika izvan RH, mahom sa teritorija bivše Jugoslavije. Tijekom prošle i naredne godine u mirovinu će otići preko 500 liječnika i još toliko medicinskih sestara, što uz ovakav odljev predstavlja kritični deficit kadra, a za koji je država financirala edukaciju, no ne i osigurala radno mjesto.

Kada se analiziraju neke od stavki dijagnostičke opreme na kojima postoje najduže liste čekanja vidi se da u RH trenutno postoje 7,2 uređaja magnetske rezonancije te 15,8 uređaja za kompjuteriziranu tomografiju naspram EU23 sa 10,3, odnosno 20,4 uređaja na milijun stanovnika (podaci uključuju javni i privatni sektor). Pogledamo li broj bolničkih kreveta i kapaciteta dolazimo do broja od 5,6 kreveta na 1.000 stanovnika u odnosu na EU27 sa 5,3. Ovaj broj predstavlja smanjenje od 0,7/1.000 u RH te 1,9/1000 u EU27. Prosječna duljina boravka u bolnicama iznosi 9,8 dana dok u EU taj broj iznosi 6,9 dana (usporedba za akutni infarkt miokarda je 10,2 naspram 7,1 dan). Udio operacija očnih mrena u dnevnoj bolnici u RH iznosi 6,9 % (mahom u privatnim ambulancama) dok je prosjek EU 71,6 %. Također, dvostruko je veći udio onih kojima nije pružena medicinska skrb u odnosu na zemlje EU27.

Liste čekanja su „kilometarske“ te se iz dana u dan sve više povećavaju. Ne postoje jasno definirani kriteriji „hitnoća“ i redovnih pregleda, a ministarstvo nema jasno definiranu strategiju kako ih smanjiti. Tijekom štrajka zdravstvenih djelatnika koji je trajao nekoliko tjedana liste čekanja su se udvostručile. Objašnjenje ministarstva zdravlja jest kako je to zbog štrajka, a istovremeno su davane izjave od strane istog ministarstva kako je štrajkao samo manji broj djelatnika. S obzirom da su liste čekanja duge mjesecima i dalje ostaje nejasno kako su se udvostručile na ime štrajka koji je trajao nekoliko tjedana i za kojeg se radilo.

Ponuđena rješenja od strane MZ bila su:

- povećane upisne kvote na Medicinskim fakultetima
- skraćanje postupka licenciranja za strane liječnike
- stimulacija za „uvoz“ liječnika
- smjenski rad.

Povećane upisne kvote su eventualno dugoročno rješenje koje uz nezaposlene liječnike, liječnike koji rade na zamjenama ili na kratkoročne ugovore o radu u ustanovama hitne medicinske pomoći, u farmaceutskoj industriji, te na Medicinskim fakultetima, samo

generiraju daljnji odljev. Naime što više školujemo liječnika, a manje im posla damo, više će ih „trbuhom za kruhom“ otići iz države. Školovanje jednog liječnika državu košta preko 300.000,00 kn (ne računajući specijalizaciju), što znači da, ukoliko su do sada odlazili samo mladi liječnici bez specijalizacije (što nisu, upravo suprotno), Republika Hrvatska je izgubila 900.000.000,00 kn samo na njima. U ovaj broj nije uračunat i iznos edukacije medicinske sestre, kako srednje stručne spreme, tako i više škole. No, s obzirom na broj te trajanje studija lako je za pretpostaviti da je konačni izračun višestruko veći. Nadalje, nije upitan broj „gotovih“ zdravstvenih djelatnika već posao koji im se može ponuditi. Velika većina onih koji odlaze izjavljuje kako ne bi napustila svoju domovinu da ili ima posao ili da im je isti adekvatno plaćen. Stoga, bolje bi bilo novac uložiti u osiguravanje radnih mjesta umjesto u stvaranje nezaposlenih i nezadovoljnih kadrova.

Idući planirani korak je bio skraćivanje postupka licenciranja i stimulacija za „uvoz“ liječnika. Ovdje sada se piše uglavnom o liječnicima s obzirom da, kako smo vidjeli, ostalog osoblja ima dovoljno spremnog za rad. Naravno da postoji zdravstveni kadar koji je nezadovoljniji od našeg te će im se naši uvjeti učiniti boljima, ali jednom kada stupe na tlo EU (što Hrvatska i jest) i njima se otvara bolje i veće tržište. Stoga, postupke licenciranja treba zadržati da dobijemo i dalje samo najbolji kadar, a koji ne ide preko nas samo da dospije dalje.

Uvođenje smjenskog rada u bolnički sustav je doživjelo fijasko. Usprkos upozorenjima da ga se ne može provesti u zamišljenom obliku zbog manjka djelatnika ministarstvo ga je na silu proguralo te u konačnici od njega i odustalo, ali ne prije nego što je šteta napravljena. Naime, smjenski rad je kao ideja izvrsno zamišljen, ali bi za njega bilo potrebno dvostruko više zdravstvenog osoblja nego što ga imamo danas. Činjenica jest da mnoge ambulante u popodnevnim satima zjape prazne, a mnogim pacijentima je svejedno hoće li doći ujutro ili popodne. Također, nesporna je činjenica da se dvosmjenskim radom u ambulantom udvostručuje broj mogućih obrađenih pacijenata te se prepolavljaju liste čekanja, a s vremenom i nestaju. Dakle, smjenski rad da, ali tek kada se stvore uvjeti za to.

Oprema u zdravstvenoj skrbi je relativno stara i premalo je ima. Neke bolnice imaju opremu, a nemaju kadra koji će na njoj raditi dok druge tu opremu nemaju, ili je nedovoljna. Tijekom godina zbog ovog napravilo se javno privatno partnerstvo u kojem se privatnim tvrtkama dao monopol nad dijagnostičkim pretragama, a za što su oni dobivali milijune iz državnog proračuna, a da pritom nisu plaćali ni porez ni najam prostora u kojem se nalaze, a koji pripada javnim ustanovama. Ustanovljeno je da je u samo jednom potezu Ministarstvo izgubilo stotine milijuna kuna u plaćenim pretragama koje su se mahom izvodile nekritički, dok je za taj novac moglo samostalno kupiti navedene uređaje i pri tome zaraditi. Ista stvar se dešava i s dobrim dijelom ostalih dijagnostičko terapijskih zahvata. Vidjeli smo gore kako se u EU neki zahvati izvode u dnevnim ambulantom dok u RH pacijenti „leže“ po nekoliko dana. I dok kod nas još uvijek veliki broj pacijenata odlazi specijalistima po mišljenje u EU je taj broj sve niži. Oprema se kupuje nekritički i bez suglasnosti struke, a kada struka traži onda novca na žalost nema.

## **2.7 Trenutno stanje po pitanju palijativne zdravstvene skrbi**



Prema definiciji palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite teško oboljelih i zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Ona afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa; ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti.

Hospicijska skrb jest skrb za cijelu osobu, s ciljem da zadovolji sve potrebe - fizičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Kod kuće, u dnevnom boravku i u hospiciju, skrbi se za osobu suočenu sa završetkom života, te za one koji je vole. Osoblje radi u multiprofesionalnim timovima za pružanje skrbi temeljene na individualnim potrebama i osobnom izboru, nastojeći ponuditi slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost.

Centri za palijativnu skrb naša su neminovnost, a njega u kući i kućna bolnica naša budućnost. Ministarstvo zdravlja RH donijelo je Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Do ljeta je bilo najavljeno opremanje novog odjela za palijativnu skrb bolnice u Novom Marofu s kapacitetom od 28 postelja, investicije vrijedne 1,5 milijuna kuna. U Hrvatskoj već je sada oko 600 postelja za dugotrajno liječenje, te stotinjak postelja za palijativno liječenje u Sisku, Dubrovniku, Biogradu, Kninu, Ogulinu, Dugoj Resi i Marofu, no potreba još uvijek premašuje trenutne kapacitete posebno u Istri i Slavoniji. U okviru Doma zdravlja Primorsko goranske županije već funkcioniraju mobilni palijativni timovi koji će poslužiti kao uzor organizaciji timova na razini cijele Hrvatske.

Statistički podaci HZJZ-a pokazuju da osobe koje umiru radi zloćudnih novotvorevina uglavnom umiru u kliničkim bolnicama, nešto manje u općim, a najmanje u specijalnim bolnicama ili stacionarima domova zdravlja. Liječenje, odnosno bolničko zbrinjavanje u kliničkim bolnicama, skuplje je nego u općim i specijalnim bolnicama te su troškovi zbrinjavanja umrlih viši. Frapantan je statistički podatak da je za zbrinjavanje 50% bolesnika umrlih poradi zloćudnih novotvorevina utrošeno 68% sredstava što je rezultat intenzivnog liječenja i velikog broja provedenih postupaka, primijenjenih lijekova i utrošenog medicinskog materijala prilikom liječenja. Primjerice, u kliničkim bolnicama je na osobama koje su umrle poradi zloćudnih novotvorevina dnevno provedeno 20 dijagnostičkih i terapijskih postupaka, što je dvostruko više nego u općim bolnicama, peterostruko više nego u specijalnim bolnicama, a deseterostruko više nego u stacionarima domova zdravlja. S istim ishodom liječenja odnosno bolničkog zbrinjavanja! Optimalno bi bilo da svaka županijska bolnica ima odjel za palijativno liječenje. Obzirom na iskazane potrebe, na 100.000 stanovnika potrebno je 8 palijativnih kreveta što primjerice znači 80 postelja za grad Zagreb. Palijativno liječenje provodio bi interdisciplinarni tim zaposlenika bolnice educiran za pristup umirućem.

Osim na bolničku razinu zdravstvene djelatnosti palijativnu skrb treba uključiti na primarnu razinu, dakle blizu pacijenta i njegove obitelji. Time bi se posredno smanjili i troškovi bolničke zdravstvene zaštite iz više razloga, a poštovala bi se i volja većine palijativnih pacijenata za ostankom u vlastitom domu. Skratilo bi se trajanje bolničkog liječenja, smanjio broj hitnih prijema, a bio bi i manji broj umrlih u bolnicama.

## **2.8 Trenutno stanje po pitanju edukacije u zdravstvu i sveučilišnih bolnica**

Godišnje se u RH obrazuje oko 600 liječnika te više od tisuću ostalih zdravstvenih djelatnika na četiri medicinska fakulteta u zemlji. Na ta četiri fakulteta radi nekoliko stotina zaposlenika i preko tisuću suradnika u tzv. „kumulativnom“ radnom odnosu koji dobivaju novac od strane Fakulteta i ustanova u kojima rade, a prema znanstveno-nastavnoj tituli koju posjeduju. Takav oblik radnog odnosa nije uređen pa postoje velika odstupanja među ustanovama. Zbog toga dva zaposlenika različitog KBC-a u dva velika grada sa istom titulom i stažom mogu imati i do 75 % različita primanja.

Također, važno je napomenuti kako zbog ovakvog načina rada postoji i dupla administracija u navedenim ustanovama. Naravno, sve ustanove međusobno surađuju s istim ciljem – edukacija te nije jasno zašto se ne objedine u jedan sustav u kojem bi se regulirale naknade za obavljeni posao, ali i broj zaposlenika.

Ne postoji jasna vizija niti stav vezano za definirane subspecijalnosti u sustavu sestrištva gdje se upravo do-edukacijom može značajno premostiti manjak specijalista u bolnicama i smanjiti troškove liječenja.

## **2.9 Trenutno stanje u bolničkom sustavu**

Bolnički sustav je najveći potrošač novaca u zdravstvenoj djelatnosti s preko 8,5 milijardi kn, a prema relevantnim podacima nedostaje još 6,5 milijardi kuna.

Organizacijski bolnički sustav ima mnoge manjkavosti, kao što su preveliki udjel nezdravstvenih djelatnika koji nisu sposobni riješiti radne zadatke koji se pred njih postavljaju, pa se dodatno uzimaju vanjske firme koje se mora dodatno platiti. Duge liste čekanja na zdravstvenu uslugu ili hospitalizaciju, radno vrijeme zdravstvenih radilišta nisu organizirana prema potrebama bolesnika, disciplina i radni učinak su ispod traženih i potrebnih normativa, daleko ispod EU, ravnatelji bolnica su samo izvršitelji zadataka od strane ministarstva zdravlja putem upravnih vijeća itd. S druge strane postoji nemotiviranost liječnika primarne zdravstvene zaštite za brigu svojih bolesnika pa isti nekritično upućuju bolesnike u bolnicu ili češće po kraćem putu u hitne službe, što dodatno nepotrebno opterećuje hitne službe, bolnice i specijalističke ambulante.

Ukoliko se sagleda zemljopisni raspored bolnica dolazi se do zaključka da su negdje previše koncentrirane (unutar 30 km) dok je drugdje između dvije ustanove preko 200 km (južna hrvatska). Naravno, u ovom segmentu je važno navesti i kako broj zdravstvenog osoblja na 1.000 stanovnika varira od 10/1.000 do manje od 1/1.000 ovisno o zemljopisnom položaju. Političkim pogodovanjem je u mnogim bolnicama nabavljena i oprema te podijeljena iako bi na drugim mjestima bolje bila iskorištena (MRI u Gospiću).

## **2.10 Trenutno stanje po pitanju organiziranja liječnika**

Trenutno u Hrvatskoj postoji svjesno napravljena podjela liječničkih asocijacija na Hrvatsku liječničku komoru, na Hrvatski liječnički zbor i Hrvatski liječnički sindikat. Hrvatska liječnička komora vođene umirovljeničkim kadrom nije fizički, niti psihički u

mogućnosti braniti interese liječničke stuke, većinom je poslušnik resornog ministarstva umjesto da bude glavni kritičar i borac za prava liječnika. Hrvatski liječnički zbor je strukovno orijentirana organizacija koja bi trebala biti kao jedno tijelo s komorom ili bar u vrlo uskom odnosu i suradnji što u RH nije slučaj. Hrvatski liječnički sindikat je neuspješni pokušaj otpora ukidanju prava liječnika.

Nije jasno je li ta podjela nastala zbog principa „divide et impera“ ili iz nekih partikularnih pobuda, ali činjenica jest da postoje tri različite udruge koje bi se trebale baviti istim ciljem – zaštita liječnika i njihovog dostojanstva.

Na sceni se iz tog razloga pojavila Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) koja pokušava održati u potpunosti narušen dignitet bolničkih liječnika.

### **2.11 Trenutno stanje po pitanju zdravstvenog turizma**

Danas kada netko spomene koncept zdravstvenog turizma većinom misli na Istru i na „jeftine“ stomatološke usluge. Točnije, jeftine za naše susjede. I te usluge većinom pružaju privatni djelatnici, dakle koji imaju pravo naplate svojih usluga osobama koje im nisu pacijenti. Što se tiče ostalog, nešto malo otpada na lječilišta, minimalni postotak i to je to.

Nedostatak zakonske regulative i neprovođenje iste dovelo je do situacije da se u našim ustanovama zbrinjavaju hitni slučajevi, ali ne i elektivni dijagnostičko terapijski zahvati. Samim time nedostaje priljev „svježeg novca“, a koji bi dobro došao sustavu zdravstva izvan obaveznog zdravstvenog osiguranja. U zemlji koja godišnje ima preko 10 milijuna turista šteta je ne stimulirati razvitak zdravstvenog turizma i ne iskoristiti ogromne potencijale zdravstvenog turizma.

Zdravstveni turizam trenutno je interes samo pojedinih lokalnih zajednica bez jasne nacionalne strategije. Obzirom na razvedenost naše obale, gdje zdravstveni turizam ima najviše potencijala nije osigurana zadovoljavajuća hitno medicinska zdravstvena skrb (HEMS - hitni helikopterski transport) pa se time dovodi u pitanje kvaliteta, održivost cijelokupnog, a pogotovo elitnog zdravstvenog turizma.

### **2.12 Trenutno stanje po pitanju hitne medicinske skrbi dislociranih sredina**

Trenutno postoji velika neujednačenost u mogućnostima pružanja hvalitetne hitne medicinske pomoći u ruralnim sredinama, otocima, gorskom kotaru i sl. u odnosu na velike gradove u kojima se nalaze veće bolnice. Konkretno infarkt srca ili politrauma na otoku Cresu i u gradu Rijeci nemaju niti približno jednake šanse za preživljavanje jer je bez helikopterske službe (HEMS) po sistemu „zlatnog sata“ nemoguće jednako tretirati ta dva naizgled ravnopravna građana RH (vojni helikopter nije adekvatna hitno medicinska služba i nikada neće biti, a uskoro ćemo zbog toga početi plaćati penale u EU).

### **2.13 Trenutno stanje po pitanju sportske medicine**

U sustavu vlada nedostatak pravilnog ustroja na polju sportske medicine gdje se neselektivno, nekontrolirano i formalno od strane bilo kojeg liječnika izdaju liječničke potvrde kako za amaterske tako i profesionalne sportaše.

Ne postoji pravilnik pri Minisatrstvu znanosti, obrazovanja i sporta koji bi bio usklađen s pravilnicima Ministarstva zdravlja na tu temu prema kojem bi se organizirano i stručno provodila zdravstvena skrb o sportašima.

### 3. PROBLEMI I CILJEVI

Identificirani problemi u politici zdravstva su sljedeći:

1. **Veliki naslijeđeni dugovi zdravstva;**
2. **Neodrživ sustav financiranja i sadržajno nedefinirana polica (košarica) osnovnog zdravstvenog osiguranja;**
3. **Velike liste čekanja;**
4. **Neefikasan i glomazan bolnički sustav;**
5. **Poremećaj (dualizam) u organizaciji primarne zdravstvene zaštite;**
6. **Omjeri kadrova te broja zdravstvenih djelatnika na 1000 stanovnika daleko od standarda EU;**
7. **Zastoj u projektu informatizacije zdravstva, osobito bolničkog zdravstvenog sustava i eKartona (središnjeg elektroničkog zdravstvenog zapisa);**
8. **Slaba preventiva i zdravstveni odgoj građana;**
9. **Nepostojanje zdravstvenog turizma.**

Ciljevi politike zdravstva stoga bi bili:

#### 1. **Stabilni i održivi sustav financiranja zdravstva**

Kako je već prije spomenuto, trenutni sustav je neodrživ i preskup. Izmjenama sukladno ovim prijedlozima trebao bi se postići sustav koji uz trenutno financiranje može sam sebe održavati. Jednom kada se postigne održivost i financijska stabilnost sustava u kojem će novca ostajati onda se može govoriti o vraćanju novca u proračun, financiranju socijalnih naknada i smanjenju zdravstvenog doprinosa. Ukoliko se popravi gospodarska situacija u RH jedna od predloženih mjera svakako treba biti smanjenje zdravstvenog doprinosa koji plaćaju zaposleni, a povećanje udjela financiranja zdravstvenog sustava iz proračuna. Potrebno je odrediti tržišnu cijenu neke usluge, odrediti koji dio je obavezan i ide u košaricu a koji bi morao biti predmet dodatnog zdravstvenog osiguranja. Upravo iz dodatnog zdravstvenog osiguranja morala bi se postići financijska stabilnost određene zdravstvene ustanove i zadovoljstvo osoblja koje u njoj radi.

#### 2. **Smanjivanje lista čekanja**

Uz nekoliko jednostavnih zahvata kao što su reorganizacija radnog vremena, popunjavanje ambulanti i dijagnostičkih uređaja tijekom cijelog dana, izrada i primjena postupnika te informatizacijom uz sprječavanje dupliranja pretraga i pregleda može postići znatno skraćanje lista. Odgovarajućom motivacijom i zadovoljavajućim naknadama za prekovremeni rad moglo bi se zadržati najeduciraniji specijalistički kadar u bolnicama koji je i nerijetko odgovoran za liste čekanja. Nerijetko pacijenti ne dolaze na dogovorene dijagnostičke pretrage ili zahvate što značajno remeti liste čekanja pa je

stoga nužno uvesti sankcije za neodgovorne pacijente. Nužno je i smanjiti broj nepotrebnih dijagnostičkih pregleda od strane liječnika PZZ ali i bolničkih liječnika. Dijagnostika koja neće promijeniti tijek liječenja i neće nam donjeti nova saznanja o bolesti (u praksi se to često sreće poradi imaginarnih bojazni od sudskih procesa) ne bi se trebala raditi, što bi također značajno smanjilo liste čekanja.

### **3. Jačanje i reorganiziranje primarne zdravstvene zaštite kao temelja zdravstvene organizacije**

Na žalost, danas, liječnik primarne zdravstvene zaštite je sveden na „skretničara“ i „pisara“. Nema ovlasti izvođenja nekih jednostavnih pretraga za koje može lako biti educiran niti indiciranja istih bez suglasnosti specijalista.

PZZ treba, uz preventivu, biti stup zdravstvene zaštite i imati puno veće ovlasti kako bi mogla većinu pacijenata obraditi bez potrebe za uputnicama. Motivacija liječnika PZZ da dijagnostiku, terapiju i manje zahvate učine u sklopu svoje ordinacije. Motiviranje liječnika da se organiziraju u grupacije koje će bolje moći odrađivati terenski rad (trebalo bi ga dodatno platiti), bolje pokrivanje manjih hitnoća (hitne ambulante) koje ne trebaju skupu obradu u Objedinjenim bolničkim prijemima koji su u velikoj mjeri postali ambulante primarne hitne medicine.

### **4. Jačanje i stabilizacija bolničkog sustava**

Prije nekog vremena potrošena su znatna sredstva da bi se napravio „Masterplan bolnica“, a koji se mogao napraviti da su se zaduženja za to dala ljudima koji već u sustavu postoje i sustav poznaju. Izmjenama u broju ustanova, jačanjem palijativne zdravstvene skrbi i funkcionalnom integracijom postigle bi se znatne uštede, a uvođenjem kategorizacije i akreditacija u zdravstvenim ustanovama postigla bi se veća kvaliteta i pravilnija raspodjela zdravstvene zaštite.

Prenamjena manjih bolnica u kojima se radi „sve“ u specijalizirane ustanove za određenu specijalnost s pokrivanjem osnovnih specialističkih polja u zdravstvu. Smanjenja broja ležanja u bolnici i povećanje ambulantnog tipa liječenja kao i jednodnevne bolnice.

### **5. Sustavna i integrativna informatizacija zdravstvenog sustava**

Nužna je potpuna informatizacija zdravstvenog sustava te implementacija eKartona. Povezanost vanbolničkih službi s bolnicama u okrugu a sve zajedno dobra informatička povezanost s tercijarnim centrom određene regije. Informatizacija mora značajno olakšati rad medicinskog osoblja, svesti na minimum potrebe adiminstrativnog osoblja, dati u svakom trenutku zadovoljavajuću statističku analizu te osigurati vjerodostojnost medicinske dokumentacije pri sudskim procesima.

Ubrzanjem projekta informatizacije zdravstva na sustavnoj razini podiže se kvaliteta i brzina obrade, izbjegavaju se suvišni medicinski i administrativni postupci te ostvaruju

velike uštede. Informatizacijom sustava zdravstva izbjegava se nepotrebno “obijanje šaltera” od strane pacijenata i omogućava se ostvarivanje prava u SKZZ na temelju preporuke PZZ. Također se izbjegavaju nepotrebne pretrage.

## **6. Unaprjeđenje zdravlja**

Nužno je jačanje uloge preventivne medicine i medicine rada uz ponovno uvođenje sistematskih pregleda, ciljane dijagnostike ovisno o epidemiološkim pokazateljima određenog područja, preventive i edukacije u vrtićima i školama. Utjecaj na podizanje poreza za štetne proizvode (cigarete, alkohol...) te vraćanje te razlike poreza u zdravstvo gdje i pripada.

Rano otkrivanje mentalnih bolesti, poglavito depresije, mora biti sastavni dio svakog preventivnog pregleda (ciljani upitnik), sistematskih pregleda školske djece, te dio preventivnih aktivnosti liječnika obiteljske medicine, koji bi trebali biti osnovni provoditelji svake sekundarne prevencije (rano otkrivanje), uključujući i nacionalne programe.

## **4. STRATEGIJA**

### **1. Postizanje javno/političko/gospodarsko/zdravstvenog konsenzusa oko prijedloga politike**

Kako je već prije napomenuto, nužno je postići konsenzus oko prijedloga politike kako se povijest ne bi ponovila i kako za par godina ne bi došao netko drugi i ponovno krenuo u izmjene napravljenog. Naravno, nije politički segment jedini u kojem je nužno postići konsenzus. Isti se mora postići i sa pacijentima točnije s udrugama istih jer ipak zdravstveni sustav postoji zbog njih, a ne obrnuto. Također, nužan je i dogovor s predstavnicima gospodarskog sektora jer izmjene u sustavu osiguranja i naknada utječe direktno i na poslodavce, a također isti mogu i trebaju sudjelovati u razvoju zdravstvenog turizma. Gospodarski sektor mora moći osigurati svojim zaposlenicima različite razine zdravstvene skrbi. Dosadašnje zdravstvo koje je vrlo nesavršeno ali je po principu „svima sve“ je neodrživo. Uz gospodarski sektor, politički i socijalni partneri (sindikati) i udruge moraju dobiti jasno sve informacije vezano za ulazne i izlazne parametre financiranja u zdravstvu, predočiti im se mora rješenja koja su moguća boljom organizacijom ali i dati jasno do znanja da se bez dopunskog osiguranja u skladu s praksom u razvijenim zemljama EU i svijetu ne može govoriti o održivom zdravstvu. Privatna osiguranja moraju biti ravnopravna na tržištu s jasno definiranim minimalnim i maksimalnim dopunskim osiguranjem te shodno tome razinama zdravstvene zaštite. Stoga prvo što treba napraviti jest veliki sastanak s predstavnicima najvećih političkih stranaka, udruga pacijenata, udruga liječnika i gospodarstvenika.

### **2. Analiza prihoda i rashoda u zdravstvu prema segmentima**

S obzirom da dio podataka već postoji i na internetu, ova analiza ne bi trebala oduzeti puno vremena, a nužna je kako bi se vidjelo gdje novac odlazi i, što je još važnije, gdje se gubi. Nakon toga se može ići u izmjene s ciljem olakšavanja troškova kako osiguranicima tako i poslodavcima. Kada govorimo o prihodima u zdravstvu moramo obuhvatiti tko sve uplaćuje i gdje se dodatno može prihoditi (dodatni porez na cigarete, alkoholo, brzu hranu...), manji postotak od turističke boravišne pristojbe (za potrebe opterećenja hitne medicine obzirom smo turistička destinacija). Rashode je potrebno posebno analizirati za PZZ (uključuje i stomatološku, ginekološku, pedijatrijsku), javno zdravstvo, hitna medicna te bolnice kao velike potrošače.



### **3. Implementacija informatizacije**

Punom implementacijom informatizacije štedi se vrijeme liječnicima i pacijentima, novac sustavu, a postiže se i skraćivanje lista čekanja te veća kvaliteta zdravstvene usluge.

### **4. Definiranje „košarice usluga“**

Obavezno napraviti sastanak s udrugama pacijenata i predstavnika svih segmenata zdravstva i gospodarstva te definirati „košaricu usluga“ odnosno ono na što pacijent ima pravo kao osigurana osoba.

### **5. Izrada nacionalnih postupnika**

Izradom postupnika postiglo bi se skraćivanje vremena od dolaska pacijenta do terapije te bi se izbjegle nepotrebne pretrage i pregledi. Ovo se može postići samo na način da predstavnici pojedinih udruga specijalističkih djelatnosti zajedno sa svojim članovima izrade takve postupnike.

### **6. Jačanje uloge preventivne medicine i primarne zdravstvene zaštite**

Kako je već prije spomenuto, preventivna medicina treba biti jedan od stupova zdravstvene zaštite. Nužno je ponovno vraćanje nekih djelatnosti i davanja odgovornosti istima za provođenje preventivnih programa i sistematskih pregleda. Također, i ovdje se može govoriti o uvođenju posebnih poreza na alkoholna pića, tzv. „nezdravu“ hranu i podizanju istih na cigarete, a sredstva dobivena na ovaj način mogla bi se uložiti u sustav preventive.

Drugi stup zdravstvene zaštite treba biti primarna zdravstvena zaštita. Stavljanjem veće odgovornosti i reorganizacijom ovog sustava mogu se postići kraće liste čekanja, uštede i skraćivanje vremena od dolaska pacijenta do konačne dijagnoze i terapije. Kako bi se ovo postiglo nužan je dogovor s predstavnicima udruga liječnika PZZ i javnog zdravstva.

### **7. Jasna definicija javne nabave**

Ovaj segment je već postavljen samo ga treba početi provoditi na nacionalnoj razini. Na ovaj način se postižu znatne uštede kako u financijskom segmentu tako i vremenski.

### **8. Izmjene u zdravstvenom osiguranju**

Trenutno određeni segmenti koji se predlažu već postoje. Osnovno zdravstveno osiguranje ostaje kakvo jest dok god se ne popravi gospodarska situacija u RH što predstavlja preduvjet za spuštanje doprinosa za zdravstvo. Potrebno je izvršiti reviziju oslobađanja od participacije te teret istih prebaciti na segmente društva prema kojima su isti oslobođeni. Nužno je i uvođenje dodatnog i privatnog osiguranja i jasnog pozicioniranja istih na tržištu. Ovo može predstavljati i jedan od temelja razvoja zdravstvenog turizma.

## **9. Izmjene u sustavu rada, plaćanja i kontrole istog**

Nužno je smanjivanje nemedicinskog kadra u zdravstvenom sustavu što se može postići prirodnim odljevom. Također je nužno vrednovanje rada prema učinku čime se postiže stimulacija rada. Uvođenjem zdravstvenih menadžera u sustav postiže se bolja kontrola nad financijskim segmentom, a ne samo kao do sada stručnim. Ovdje je nužan širi konsenzus sa svim segmentima zdravstva kako bi se ove izmjene mogle napraviti. Nužno je pokazati kvalitetu ovog načina rada jednako kao i vrijednost vrednovanja rada.

## **10. Izmjene u sustavu socijalnih naknada**

Socijalne naknade koje su zaostale u zdravstvu iz vremena jedinstvenog sustava treba prebaciti u socijalni sustav. Na ovaj način se mogu postići uštede i bolja kontrola nad troškovima. Naravno, ne može se samo reći da se to prebacuje, za ovo je potreban dogovor s predstavnicima socijalnog sustava te iznalaženje načina za financiranje ovih izmjena.

## **11. Bolnički sustav i ukidanje naknada za upravna vijeća**

Funkcionalnu integraciju bolnica se već počelo provoditi i nužno ju je završiti. Potrebno je pokazati kako to ne znači gašenje ustanova već samo reorganizaciju. Nije realno održavanje istih odjela i pretraga u krugu od 30 km. Stoga je potrebna implementacija „Masterplana“ u većem segmentu, a višak kreveta prebaciti u palijativnu skrb i zdravstveni turizam.

Izmjene u sustavu upravljanja bolnicom bi za učinak imale ukidanje naknada za članove upravnih vijeća u kojima bi onda sjedili predstavnici vlasnika, pacijenata i zaposlenika koji doista žele pomoći svojoj ustanovi, a ne jer im to nešto nosi.

## **12. Stimuliranje nacionalne farmaceutske industrije**

U danima kada se jako puno priča o Imunološkom zavodu dolazi ponovno svijest kako je bilo nužno zadržati farmaceutsku industriju u vlastitim rukama. Stoga je nužno spasiti IZ jer može poslovati pozitivno, a iz tog osnova dalje razvijati vlastite lijekove. Farmaceutska industrija je jedna od najvećih generatora novca u svijetu i potrebno je napraviti sve što je u našoj moći kako bi se to realiziralo.

## **13. Sveučilišne bolnice i financiranje sudjelovanja u nastavi**

Trenutno ne postoji jasno definiran način plaćanja u nastavi, a ne vrednuju se znanstveno nastavne titule. Nužno bi bilo odrediti pojedinačni status svakog liječnika u sveučilišnoj bolnici koji bi bio podjeljen na segmente: liječenje bolesnika, administracija, edukacija i znanstveni rad. Na taj način bi se prema određenom postotku, gledajući interes, granu i kvalifikacije, jasnije definirali poslovi i zadaci liječnika nastavnika i znanstvenika u Sveučilišnim bolnicama.

Stoga je potrebno napraviti sastanak s predstavnicima zdravstveno obrazovnih ustanova i postići dogovor oko istog.

#### **14. Zdravstveni turizam**

Ovdje već postoji opći konsenzus, ali na žalost se jako malo novca izdvaja za isti. U državi u kojoj imamo 4 različita klimatološka sustava na maloj površini i koja ima potencijala za sve oblike liječilišta i zdravstveno-turističkih ustanova nužno je stimuliranje otvaranja istih. Također, potrebno je i otvaranje zdravstvenog sustava stranim građanima koji su voljni platiti za uslugu koja je u njihovim državama možda preskupa.

## 5. TAKTIČKI ALATI I VREMENSKI TIJEK AKTIVNOSTI

### 5.1. Stabilni i održivi sustav financiranja zdravstva

- a) **Definiranje košarica usluga** – potrebno je jasno definirati na što pacijenti imaju pravo u zdravstvenoj zaštiti i što zdravstveni sustav može financirati. Ovim se definira nivo standardne usluge i, potencijalno, nadstandardne usluge koju pacijent može očekivati. Definiranjem osnovne košarice omogućava se jednaki pristup uslugama za svih, bolja kontrola potrošnje i u konačnici garantira svima Ustavom zajamčeno pravo na zdravstvenu zaštitu. U košaricu usluga obavezno treba uključiti i financiranje lijekova po principu da HZZO financira do cijene najjeftinije varijante određenog lijeka (ne najjeftiniji lijek), a pacijentu se ostavlja mogućnost nadoplate drugog lijeka ukoliko ga želi bilo novcem bilo putem dodatnog osiguranja. Košarica je dinamički otvoreni sustav i širila bi se prema potrebama i mogućnostima. Potrebno ujednačiti cijene usluge privatnog sektora s cijenom HZZO-a za usluge koje plaća primarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolnicama i prema tome raditi izračune troškova dijagnostike i liječenja, a u konačnici i plaća zdravstvenih djelatnika.
- b) **Izrada nacionalnih algoritama i postupnika** – uz osnovnu košaricu zdravstvenih usluga na koju svaki pacijent ima pravo, potrebno je definirati i točne protokole upotrebe tih usluga, odnosno liječenja, koje bi uniformirale pristup liječenju na području cijele Hrvatske i tako spriječile diskriminaciju pacijenata.
- c) **Novi sustav plaćanja zdravstvenih radnika i ustanova** - polazeći od društvenog značaja i važnosti zdravstvenog sustava držimo iznimno važnim osmisliti održiv i stimulativan model financiranja zdravstvenih radnika i zdravstvenih ustanova, stoga predlažemo model financiranja koji treba sadržavati slijedeće komponente:
- i. jamčena minimalna plaća medicinskog kadra u zdravstvenim ustanovama i članova timova ugovorenih s HZZO-om (kao osnovicu uzeti prosječnu plaću u državi), gdje se ugovara broj i struktura članova tima prema potrebnim kompetencijama, specijalnostima i akreditacijama (znanstvena i nastavna zvanja se ne bi ovdje financirala već kroz obrazovni sustav),
  - ii. realno pokriće osnovnih troškova poslovanja i amortizacije opreme,
  - iii. naknada za obavljene usluge od sustavnog interesa (plaćanje za obavljene dijagnostičko-terapijske postupke DTP koji su ordinirani prema nacionalnim algoritmima postupanja),
  - iv. naknada prema indeksu kvalitete rada ili neki drugi sustav stimulacije.
- d) **Plaćanje prema realnim cijenama** – Nužno je jasno definiranje cijena prema

kojima će biti plaćano svim zdravstvenim ustanovama. Uz ovo obavezna je objedinjena javna nabava što većeg obima jer se na ovaj način postižu znatno niže cijene i velike uštede, da se ne govori o uniformiranju istih u cijeloj RH. Fokus zdravstvenog sustava mora biti na povećanju kvalitete zdravstvene usluge te racionalnosti zdravstvene organizacije.

- e) **Objedinjena javna nabava** – sve nabave zdravstvenih ustanova trebale bi ići odjednom zajedno preko centralizirane ustanove. Nadalje, mora se bazirati na regijama oko tercijarnog centra (dakle 4 velika grada), jer je najčešća cirkulacija pacijenta u pojedinim regijama, a vrlo rijetko izvan njih. Obzirom je suradnja liječnika najčešća unutar pojedine regije oko tercijarnog centra, tu je važno da oprema gotovo unificirana. Treba navesti da je uz povoljnosti niske cijene ovdje važna i kvaliteta, posebno ako se radi o bolnicama. Važna je dvostruka kontrola nadzora nad nabavom posebno skupe medicinske opreme jer je taj segment sklon korupciji i pogodovanju, a ključ svega je dvostruka pa i trostruka provjera pri izradi podloga za natječaj skupe medicinske opreme te definiranja stvarnih potreba za takvom opremom. Na ovaj način bi se ujednačila cijena usluge tj. nabavljene robe i postigle uštede zbog veće nabavljene količine i postigla bolja kontrola nad provođenjem iste u smislu sprječavanja korupcije.
- f) **Izmjene u sustavu zdravstvenog osiguranja** – trenutno postoje osnovno i dopunsko osiguranje s tim što dopunsko služi za nadoplatu onog što HZZO ne pokriva svojom osnovnom cijenom. Prijedlog je da se definira što osnovno osiguranje pokriva (a preduvjet za isto je stvaranje košarice usluga) i da se to na taj način i plaća. Npr. HZZO financira lijek do cijene najjeftinijeg istog, bez obzira o kojem se lijeku radi dok se pacijentu ostavlja na izbor hoće li nadoplatiti za drugi, skuplji lijek ukoliko smatra da mu je taj bolji. Osnovno osiguranje mora ostati u rukama HZZO. Po definiranju košarice usluga i algoritama dijagnostike i liječenja znalo bi se što pokriva HZZO, a što se može dobiti ostalim oblicima osiguranja. Pri ovom bi također trebalo razmisliti i o ukidanju određenih oslobođenja od participacije s obzirom da se danas taj instrument koristi dosta nekritički. Predlaže se da oslobođenje participacije ostane kod djece i trudnica, a da se za sve ostale kategorije pobrinu ustanove po čijoj su osnovi i oslobođeni. Dopunsko zdravstveno osiguranje treba jasno definirati, usmjeriti prema ostalim osiguravateljskim kućama i potaknuti ih da za svoje osiguranike uredi dio bolničkih odjela (koje bi naravno kada su slobodni kapaciteti i drugi bolesnici koristiti) i osiguraju bolesniku traženog liječnika. Privatno osiguranje omogućava osobi da na temelju svoje police, svoja prava u nekakvom nadstandardu osigurava u ustanovama koje prihvaćaju privatno osiguranje i ono bi bilo isključivo moguće ostvariti kod privatnih osiguravatelja. Kao preduvjet većini ovih izmjena nužno je stvoriti mrežu zdravstvenih ustanova koja bi se, uz javne ustanove, popunjavala ovisno o potrebama i na natječajima.

- g) Izdvajanje socijalnih naknada iz zdravstvenog sustava** – Trenutno se 2,2 milijarde kuna izdvajaju za socijalna davanja koja nemaju veze sa zdravstvom. Također, jasnim definiranjem protokola i uvođenjem strožih kontrola smanjiti će se mogućnost zloupotrebe instituta bolovanja i čuvanja trudnoće. Ukoliko se postigne financijska stabilnost, jedna od mjera kojom bi se olakšalo proračunu može biti i preusmjerenje dijela ovih sredstava u jaslice/vrtiće/škole...
- h) Potenciranje odgovornosti pacijenta i njegovog liječnika** – nekoliko je stavki o kojima se ovdje može govoriti.
- i. Danas preko 15% pacijenata nikada ne dođe na pretragu i/ili pregled na koji je naručen, a do 20% ih ne podigne svoje nalaze. Pacijentima treba onemogućiti rezerviranje na pretragu/pregled u više ustanova istovremeno i olakšati im otkazivanje istih u nemogućnosti dolaska. Informatizacijom i stvaranjem mreže zdravstvenih ustanova pacijent neće biti u mogućnosti na jednu uputnicu rezervirati uslugu u više ustanova, a nalazi će dolaziti direktno liječniku.
  - ii. Trenutno je u RH veliki broj konzumenata cigareta i alkohola. Takve osobe predstavljaju rizičnu skupinu za pojavu bolesti povezanih s tim ponašanjem. Korekcijom dopunskog osiguranja za osobe koji ulaze u rizičnu skupinu kompenziralo bi se njihovo buduće, najčešće skupo liječenje. Podizanjem poreza na duhanske prerađevine te uvođenjem poreza na alkoholna pića i slijevanjem istog u proračun zdravstva omogućilo bi se povećanje prihoda za milijardu kuna godišnje, a koji se kasnije mogu koristiti za prevenciju takvog ponašanja. Naravno, i povećanje cijene navedenih proizvoda djeluje na prevenciju. Također, neke zemlje EU i svijeta su uvele dodatni porez na tzv. “nezdravu hranu” kao prevenciju debljanja koje je danas najveća pošast modernog doba.
- i) Uvođenje posebnog zaštitnog zdravstvenog doprinosa** koji bi bili dužni uplaćivati svi sudionici u gospodarstvu koji svojom djelatnošću direktno uzrokuju povećanje očekivanih rizika pobolijevanja i ozljeđivanja.
- j) Uvođenje zdravstvenih menadžera te sustava kontrole upravljanja** – činjenica da je netko uspješan liječnik ne znači da zna puno o ekonomiji i ekonomici zdravstva. Treba u sustav upravljanja zdravstvenim subjektima uz stručne upravitelje uvesti i poslovne upravitelje te ustrojiti sustav nadzora. Osnovni upravljački alat treba postati dobro organiziran i integriran informacijski sustav.
- k) Smanjivanje broja nemedicinskog kadra** – danas je više od trećine zaposlenika zdravstvenog sustava “nemedicinski kadar”. Nemedicinski kadar koji nije potreban u novoj organizaciji bi trebalo smanjiti nekim društveno prihvatljivim modelom. Model „Outsorsinga“ trebalo bi postepeno trebalo primjenjivati tamo gdje je to moguće.

- l) *Stimuliranje nacionalne farmaceutske proizvodnje*** – država bi trebala razraditi strategiju vlastite proizvodnje strateški važnih farmaceutskih pripravaka. Aktualno, ne smije se dopustiti propadanje Imunološkog zavoda.
- m) *Reorganizacija primarne zdravstvene zaštite*** – Sveukupnu zdravstvenu organizaciju treba koncipirati tako da se zdravstvena usluga maksimalno približi pacijentu slijedeći moderne medicinske znanosti i tehnologije, stoga reorganiziranu primarnu zdravstvenu zaštitu treba stvarno, organizacijski, financijski te investicijski, smjestiti u središte zdravstvene skrbi za pacijenta. Vođeni idejom racionalne organizacije, držimo potrebitim reorganizirati PZZ implementacijom grupnih praksi i klastera grupnih praksi te zdravstvenih centara, kao i sadržajno redefinirati domenu primarne zdravstvene zaštite u smislu proširenja medicinskih djelatnosti i kompetencija ordinacija primarne zdravstvene zaštite, slijedom promjena i dostupnosti moderne medicinske tehnologije (dijagnostičke i terapijske). Ovime bi se značajno povećao potencijal zdravstvenog zbrinjavanja na razini primarne zdravstvene zaštite te povećala efikasnost ukupnog zdravstvenog sustava. Trebalo bi omogućiti liječnicima PZZ odlazak u koncesiju ili neki drugi oblik smozaposlenih liječnika u ugovornom odnosu s HZZO-om. Jedinice lokalne samouprave im trebaju osigurati prostorne i tehničke resurse (uz plaćanje najma i naknade za korištenje), pa se na ovaj način smanjuju troškovi koje generiraju domovi zdravlja, a pacijentima se pruža kvalitetna zdravstvena skrb. Također, jedinice lokalne samouprave više ne bi imale troškove pokrivanja gubitaka domovi zdravlja već prihode od nove organizacije PZZ. Pacijent, između ostalog, ovom organizacijom dobiva veću dostupnost sustava jer u slučaju izbivanja jednog liječnika preuzima ga drugi. Također, omogućavaju se dijagnostičke i konzultacijske usluge SKZZ u PZZ.
- n) *Osiguranja bolnica*** – u Europi i svijetu većina zdravstvenih ustanova osigurane su kod privatnih osiguravatelja od posljedica komplikacija. Uvođenjem ovog sustava uz postojeću liberalizaciju tržišta omogućilo bi se da ustanove naplate svoje usluge, a koje su van očekivanih dijagnostičko/terapijskih rezultata, od osiguravajućih kuća, a ne od nacionalnog osiguravatelja.
- o) *Organiziranje sveučilišnih bolnica i nastavnog kadra*** – u velikim gradovima gdje postoje medicinski fakulteti, KBC-ove treba proglasiti sveučilišnim bolnicama. Na taj način bi se omogućila kontinuirana edukacija djelatnika, ukinuo kumulativni radni odnos te reguliralo primanja. Primanja svih djelatnika u nastavi bi bila kao i u javnim ustanovama podijeljena na fiksni i varijabilni dio s tim što bi fiksni dio ovisio o postignutom stupnju (povećanje koeficijenta i dodatak na plaću) dok bi varijabilni bio osim prema obavljenom poslu i prema održanom satu rada sa studentima. Razlika u plaći bi bila financirana iz sredstava Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta dok bi uprava ovih ustanova bila

zajednička uz smanjenje administracije. Ovim činom postigle bi se uštede na administrativnom dijelu ovih ustanova te ujednačavanje plaća u svim gradovima RH.

- p) *Razvitak lječilišta i zdravstvenog turizma*** – trenutno na žalost samo u dentalnoj medicini i to samo u određenim dijelovima RH imamo većih uspjeha na području zdravstvenog turizma. Izmjenama zakonske regulative treba omogućiti pacijentima, građanima drugih zemalja da, ukoliko im treba i žele, imaju mogućnost doći u RH i preko svog osiguravatelja i/ili samostalno financirajući, obaviti pretragu ili zahvat. Na ovaj način bi se u zdravstveni sustav unio svjež kapital kojeg do sada nije bilo. Ovaj novac bi se koristio za plaćanje troška obavljene djelatnosti i naplaćivala bi ga sama ustanova. Ovakvi zahvati, zbog toga ne bi bili opterećenje na sustav HZZO-a jer bi bili privatno financirani.
- q) *Ukidanje naknada u upravnim vijećima i nadzornim odborima te reorganizacija istih*** – trenutno se u ovim tijelima nalaze osobe koje su postavljene po političkoj liniji te zbog vlastitih interesa. Treba ukinuti financiranje članovima navedenih tijela u zdravstvenim ustanovama te postaviti jasna pravila tko može imenovati koliko članova kojeg tijela uz obaveznu napomenu kako dio članova mora biti iz redova korisnika usluga te ustanove. Na ovaj način bi u navedenim tijelima bile osobe kojima je stalo do rada i uspješnosti iste. Ravnatelji moraju biti stručni, sposobni i imati rezultate. Ukoliko to ne pokažu u prvom mandatu, za drugi se ne mogu kandidirati. Naravno, i ovdje je nužno izbjeći političko kadroviranje.
- r) *Povjerenje je dobro, ali kontrola rada je još bolja*** – u svim segmentima zdravstvenog sustava potrebno je uvesti strogi nadzor kvalitete usluge. Dokazano je da što je usluga kvalitetnije i savjesnije pružena, manje je komplikacija. Na ovaj način postižu se jednako uštede kao i podizanje kvalitete usluge što dovodi do sekundarnih dobitaka kao pozicioniranje zdravstva na svjetskom tržištu i napretka zdravstvenog turizma.

## **5.2. Smanjivanje lista čekanja**

- a) *Izrada nacionalnih algoritama i postupnika*** – najhitnije je potrebno definirati algoritme postupanja u zdravstvenoj skrbi i na taj način standardizirati postupanje te izbjeći nepotrebne pretrage.
- b) *Potenciranje odgovornosti pacijenta i njegovog liječnika*** – već obrazloženo preveniranje nedolaska na pretrage i preglede te ne podizanje nalaza.
- c) *Jačanje preventive*** – pojačati financiranje preventivne medicine i ojačati ulogu



Zavoda za javno zdravstvo, školske medicine i medicine rada. Treba intenzivirati rad na području prevencije bolesti povezanih s ovisnostima, preti lošću i radnim uvjetima.

- d) *Jačanje primarne zdravstvene zaštite*** – povećati broj timova PZZ, omogućiti udruživanje istih u grupne prakse te udruživanje grupnih praksi u grozdove i olakšati pacijentima ostvarivanje prava na primarnoj razini te proširiti paletu zdravstvenih usluga na razini PZZ. Uz definiranje košarice usluga i algoritama postupanja treba pojačati edukacije liječnika PZZ te im omogućiti obavljanje dodatnih djelatnosti za koje se educiraju, a koje su se do sada obavljale samo u ustanovama SKZZ. Na ovaj način se smanjuje priljev pacijenata u SKZZ, a oni koji dođu već su obrađeni i spremni za daljnje postupanje prema dogovorenim nacionalnim algoritmima.
- e) *Smanjivanje dupliranja pregleda*** – ponovno, uspostavljanjem algoritama pretraga i zabranom ponavljanja istih u SKZZ ako su obavljene u PZZ ili nekoj drugoj ustanovi, smanjio bi se i trošak i vrijeme obrade pacijenata u SKZZ i bolničke zdravstvene zaštite (dalje: BZZ).
- f) *Pametnijim planiranjem nabave robe i pruženih usluga*** postigla bi se i skraćivanja lista čekanja. Irealno je da se plaćaju djelatnici i hladni pogon dok se neki zahvati ne mogu izvršiti zbog nedostatka materijala (npr. kukovi i leće...)
- g) *Sustavna i integrativna informatizacija*** – U ovom kontekstu potrebno je naglasiti primjereno proračunsko planiranje troškova pojedinih faza informatizacije zdravstvenog sustava te svakako iskoristiti sve mogućnosti financiranja kroz EU.  
Preko A5 uputnica i telemedicine omogućilo bi se liječnicima PZZ izravan kontakt sa specijalistima temeljem uputnica i ubrzalo bi se liječenje pacijenata koji su do sada nerijetko morali obilaziti nekoliko ustanova da bi ostvarili jednu pretragu ili pregled, a u isto vrijeme se stavlja naglasak na snagu poznavanja pacijenta od strane njegovog obiteljskog liječnika.
- h) *Pametna organizacija smjenskog rada*** – Produžavanje radnog vremena radilišta na 12 sati uz smjenski rad. Produžavanjem radnog vremena radilišta omogućava se rad u više smjena i obrada većeg broja pacijenata tijekom jednog dana. Također, uvođenjem plaćanja prema učinku djelatnike bi se stimuliralo na rad i u popodnevnim satima.
- i) *Potenciranje rada kroz dnevne bolnice*** – Veliki broj zahvata danas se može obaviti u dnevnim bolnicama. Na ovaj način se smanjuje vrijeme koje pacijent provodi u ustanovi i SKZZ čini dostupnijom.

### 5.3. Jačanje i reorganiziranje primarne zdravstvene zaštite kao temelja zdravstvene organizacije

- a) **Reorganizacija primarne zdravstvene zaštite** – Sveukupnu zdravstvenu organizaciju treba koncipirati tako da se zdravstvena usluga maksimalno približi pacijentu slijedeći moderne medicinske znanosti i tehnologije, stoga reorganiziranu primarnu zdravstvenu zaštitu treba stvarno, organizacijski, financijski te investicijski, smjestiti u središte zdravstvene skrbi za pacijenta. Vođeni idejom racionalne organizacije, držimo potrebitim reorganizirati PZZ implementacijom grupnih praksi i klastera grupnih praksi te zdravstvenih centara, kao i sadržajno redefinirati domenu primarne zdravstvene zaštite u smislu proširenja medicinskih djelatnosti i kompetencija ordinacija primarne zdravstvene zaštite, slijedom promjena i dostupnosti moderne medicinske tehnologije (dijagnostičke i terapijske). Ovime bi se značajno povećao potencijal zdravstvenog zbrinjavanja na razini primarne zdravstvene zaštite te povećala efikasnost ukupnog zdravstvenog sustava. Trebalo bi omogućiti liječnicima PZZ odlazak u koncesiju ili neki drugi oblik smozaposlenih liječnika u ugovornom odnosu s HZZO-om. Jedinice lokalne samouprave im trebaju osigurati prostorne i tehničke resurse (uz plaćanje najma i naknade za korištenje), pa se na ovaj način smanjuju troškovi koje generiraju domovi zdravlja, a pacijentima se pruža kvalitetna zdravstvena skrb. Također, jedinice lokalne samouprave više ne bi imale troškove pokrivanja gubitaka domovi zdravlja već prihode od nove organizacije PZZ. Pacijent, između ostalog, ovom organizacijom dobiva veću dostupnost sustava jer u slučaju izbivanja jednog liječnika preuzima ga drugi. Također, omogućavaju se dijagnostičke i konzultacijske usluge SKZZ u PZZ.
- b) **Promjena razine financiranja primarne zdravstvene zaštite** – da bi PZZ mogao odgovoriti zahtjevima koji se od njega sustavno očekuju u smislu obavljanja 80% zdravstvenih potreba populacije, neophodno je potrebno promijeniti trend financiranja te u najkraćem roku (ne duljem od 5 godine) doseći barem razinu financiranja PZZ-a s kraja 90-tih godina prošlog stoljeća.
- c) **Obavezno određivanje liječnika PZZ** – Svakome tko do određene dobi ne izabere samostalno liječnika PZZ isti će biti dodijeljen automatski prema mjestu prebivališta, međutim kojeg taj pacijent može promijeniti ukoliko to želi. Na ovaj način se postiže bolja kontrola i prevencija nekih stanja već u startu, a koju nije moguće provesti ako osoba nema liječnika.

### 5.4. Jačanje i stabilizacija bolničkog sustava

- a) **Revizija i prilagodba broja kreveta** u ustanovama kako bi ostvarivale 80-85%

popunjenosti – uvijek mora biti određeni broj kreveta za hitne slučajeve, ali imati 35% popunjenosti neke ustanove nije održivo jer se resursi troše nepotrebno.

- b) *Preusmjeravanje resursa tamo gdje će biti bolje iskorišteni*** – nerealno je da neke bolnice imaju uređaje, a nemaju ljudi koji će ih koristiti i/ili nemaju dovoljno sati korištenja, dok u drugim bolnicama vrhunski stručnjaci nemaju adekvatnu medicinsku opremu. Nakon ispitivanja iskoristivosti medicinske opreme i općenito potrebe za njom, takve se uređaje mora preraspodijeliti i postaviti gdje će biti bolje iskorišteni. Neki specijalisti i subspecijalisti nisu nužni u svim bolnicama, pa se grupiranjem pojedinih specijalnosti u neke bolnice može učiniti da one postanu prepoznatljive upravo po nekoj specijalnosti. Nadalje ukoliko specijalist ili subspecijalist ne uspije realizirati zadane okvire u skladu s potrebnim opterećenjem moguće je da svoju realizaciju ostvari u više bolnica.
- c) *Reorganizacija i funkcionalna integracija bolničkog sustava*** - definirati minimalnu rentabilnost zdravstvenih ustanova i minimalnu opremljenost za obavljanje registrirane djelatnosti. Potom neke ustanove koje ne ispunjavaju kriterije i/ili nisu nužne jer postoji bolja u realnoj blizini reorganizirati u palijativne ustanove (kojih imamo jako malo) ili u centre zdravstvenog turizma (kojih uopće nemamo), a koje bi prenamijenile akutne krevete. Na ovaj način bi se omogućilo tretiranje životno ugrožavajućih stanja dok bi sva druga bila preusmjerena u opremljenije ustanove. Za takve ustanove, a koje su blizu jedna druge potrebna je i funkcionalna integracija koja se trenutno provodi, a koja može dovesti jednako do ušteda kao i do poboljšavanja kvalitete usluge.
- d) *Skraćivanje trajanja boravka u bolnicama*** – nakon definiranja algoritma liječenja znati će se koliko je nužno za boravak u bolnici po pojedinačnom prijemu. Većinu dijagnostičkih postupaka potrebno je odraditi u ambulantnim uvjetima, osim kada se radi o hitnim slučajevima. Pripremu za operacijske postupke trebalo bi gotovo u potpunosti izbaciti iz bolničkih uvjeta prema ambulantama, a poraditi i na minimalnom broju dana ležanja u bolnici nakon medicinskih postupaka, za što je potrebno aktivnije uključivanje PZZ i patronažne službe.
- e) *Akreditacija i kategorizacija zdravstvenih ustanova*** – Akreditirati zdravstvene ustanove potrebno je u skladu sa strategijom razvoja, potrebama zajednice i mogućnostima same ustanove. Nužno je upravo akreditacijama kontrolirati ali i zajamčiti odgovarajuću i istovjetnu zdravstvenu skrb svim građanima RH. Nadalje, važno bi na taj način bilo rasteretiti tercijarne centre jednostavnih i rutinskih zahvata (preusmjeriti pacijente na manje bolnice) te im omogućiti rad na složenijim medicinskim postupcima koje niže rangirane (akreditirane) ustanove ne mogu ostvariti.

## 5.5. Sustavna i integrativna informatizacija zdravstvenog sustava

- a) **Reorganizirati projektnu organizaciju informatizacije zdravstva** – na nacionalnoj razini bi bilo uputno sadašnji Zavod za telemedicinu reorganizirati u Zavod za medicinsku informatiku i telemedicinu koji bi vodio, operativno provodio i nadzirao sve aktualne i buduće projekte informatizacije zdravstva, te osiguravao podršku implementiranim rješenjima i brinulo o kompatibilnosti, standardizaciji i integraciji.
- b) **Informatizacija bolnica** – potrebno je ubrzati implementaciju standardiziranih bolničkih informacijskih sustava te ih integrirati u sustav Cezih i funkcionalnosti eKartona.
- c) **Implementacija eKartona** – elektroničkog zdravstvenog zapisa (*eng. EHR – Electronic Health Record*) kao funkcionalnog središnjeg mjesta razmjene medicinskih podataka o pacijentu.

## 5.6. Unaprjeđenje zdravlja

- a) **Razvitak i unaprjeđenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja** – apsolutni je imperativ da se djecu educira u vrijeme stvaranja njihove ličnosti i da se ta edukacija nastavlja i kasnije. Na ovaj način se smanjuje rizično ponašanje i prevenira nastanak nekih bolesti. Potrebna je i kontinuirana edukacija i odraslih uz kampanje protiv ovisnosti, edukaciju o sigurnim odnosima, porovođenju osnovnih mjera oživljavanja i sl. Za ovu namjenu također postoje sredstva iz EU fondova za koja se mora aplicirati.
- b) **Osmišljavanje sustavnih preventivnih programa** – treba inzistirati na preventivnim programima koji će biti racionalno organizirani uz korištenje postojećih kapaciteta zdravstvenog sustava. Primjerice, potpuno je besmisleno provoditi program prevencije kolorektalnog karcinoma zaobilazeći obiteljske liječnike kojima je to sustavna aktivnost.
- c) **Uvođenje medicine rada u veće korporacije** – prijedlog je da se u veće kompanije uvede ambulanta medicine rada koja bi se skrbrila o zaposlenicima te kompanije, a uz sufinanciranje od strane iste. Ove ordinacije bi se bavile s bolovanjima, preventivom i terapijom profesionalnih oboljenja te edukacijom zaposlenika.
- d) **Povećanje poreza na duhanske proizvode te uvođenje istog na alkohol i "nezdravu hranu"**. Već je rečeno kako će ovo smanjiti korištenje tih proizvoda te

povećati priljev novca, s tim što bi taj novac bio korišten za daljnju prevenciju.

- e) **redovne kontrole, sistematski pregledi, i kontrola terapije, odnosno kontrola pridržavanja terapije.** Uspostavom algoritama i jasnim definiranjem postupaka pri određenom stanju postiglo bi se smanjenje nepotrebnih dolazaka na kontrole i ujedno kontroliralo pacijente koji neredovito dolaze na kontrole.
- f) **promicanje mentalnog zdravlja, prevenciju ovisnosti i mentalnih bolesti,** trebaju provoditi službe u zavodima uz timove sastavljene od specijalista javnog zdravstva i psihologa, socijalnih radnika uz provedbu mjera: edukacije, interdisciplinarnu suradnju (provedba i predlaganje zakonodavnih mjera, socijalne mjere, savjetovanja). Dio koji se odnosi na kurativu (liječenje ovisnosti i mentalnih poremećaja) treba biti obvezna djelatnost domova zdravlja, koju će provoditi liječnici psihijatri.
- g) **školski liječnik treba u cijelosti preuzeti nadzor nad zdravljem i bolešću svojih korisnika** djelujući preventivno: u smislu značajno veće suradnje sa službama škole, roditeljima, učenicima sa istaknutom savjetodavnom ulogom. Organizacijski bi bilo logičnije vratiti školsku medicinu u domove zdravlja. Promicanje zdravlja školske djece (akcijske planove, strategiju, kontrolu higijenskih uvjeta, evaluaciju zdravstvenih pokazatelja...) treba raditi specijalist javnog zdravstva u zavodima za javno zdravstvo.
- h) **obvezna kontrola uvjeta rada i zaštite kako fizičkog tako i mentalnog zdravlja na radnom mjestu uz razvoj intervencija za unapređenje zdravlja na radu:** pravila o radnim uvjetima-prilagodbe na radnom mjestu, uvođenje aktivne pauze, prehrana na radnom mjestu, programi prevencije stresa te zaštita od mobinga. Dio ovih aktivnosti, vezan uz unapređenje zdravlja na radu, trebao bi biti obvezna djelatnost zavoda za javno zdravstvo.
- i) **Promicanje oralnog zdravlja kao dio djelatnosti javnog zdravstava.** Suradnja medicinskog i stomatološkog fakulteta, značajno veća povezanost stomatološke i medicinske struke.
- j) **Jačanje kapaciteta javnozdravstvene službe** (specijalisti epidemiologije i javnog zdravstva) za kontrolu zaraznih bolesti, za djelovanje u izvanrednim situacijama (poplave, elementarne nepogode).
- k) **Jačanje djelovanja socijalne medicine i socijalno medicinskih intervencija** (rad sa rizičnim skupinama), kroz rad u zajednici i multidisciplinarnu suradnju (socijalne službe, obrazovanje, policija...).
- l) **Nacionalni programi:** potrebno ih je reorganizirati na način da liječnici PZZ

skrbe o svojim pacijentima (imaju uvid u to tko nije napravio PAPA test, mamografiju itd. u određenom razdoblju) te ih pozivaju na pregled, što bi se posebno plaćalo. Zavodi za javno zdravstvo trebaju brinuti om promidžbi, prikupljanju i evaluaciji podataka o nacionalnim programima.

**m) potreba za zakonskim definiranjem obaveza klubova i sportaša ali i boljeg osiguranja sportskih manifestacija** (edukacija pomoćnog medicinskog osoblja, trenera iz osnovnih vještina oživljavanja i primjene vanjskog automatskog defibrilatora.

### **Vremenski tijek aktivnosti**

Da bi se izvršila implementacija navedenih ciljeva potrebno je izvršiti dubinsku analizu trenutnog stanja zdravstva, broja kreveta, djelatnika po granama, ustanova, lista čekanja...

Prvi rezultati mogu se očekivati kroz 6 mjeseci od početka primjene dok se puna implementacija očekuje kroz dvije godine, nakon što se riješe zakonske prepreke, a koje pogoduju trenutnom stanju.

Najvažnije je postići konsenzus na političkoj razini da se ne bi ponovno dogodilo da se nešto napravi, a da nekoliko godina kasnije netko drugi to odbaci i krene u drugom smjeru.

Potom se može krenuti istovremeno s više stvari. Neki segmenti poput košarice usluga i analize bolničkog sustava su već napravljeni, jednako kao i prijedlog kategorizacije i akreditacije ustanova pa bi oni mogli najprije pokazati svoje učinke, ali cjelokupna strategija bi pokazala svoju učinkovitost kroz najmanje 2-4 godine, nakon što se postigne puna implementacija i riješe trenutni „repovi“.

## **6. FINANCIJSKI INSTRUMENTI**

Nerealno je pričati o točnom iznosu dugova u zdravstvu jer se oko tog ne mogu usaglasiti ni trenutni i bivši ministar zdravstva pa se taj podatak ne može točno prikazati.

No, poznato je da trenutnom sustavu da bi funkcionirao nedostaje oko 5 milijardi kuna godišnje. Ukoliko se postigne puna implementacija navedenih metoda može se govoriti o uštedi na ime viška administrativnih djelatnika i općenito administracije, kreveta u bolnicama koji nisu popunjeni, neefikasnih domova zdravlja, jačanju zdravstvene svijesti pacijenata, javnom nabavom, smanjenjem «praznog hoda» i sl. te dodatnom prihodu u obliku povećanih trošarina na cigarete i alkohol, medicinskom turizmu, uvođenjem novih vrsta osiguranja itd. te posebno uvođenjem zdravstvenih managera u sustav kao ravnopravnih suradnika zdravstvenih djelatnika «na vrhu», a koji bi pomogli pri regulaciji sustava.

## 7. MJERENJE UČINAKA/EVALUACIJA

Učinci se, nakon potpune implementacije izmjena mogu mjeriti na nekoliko načina:

1. financijski – posluje li zdravstveni sustav i dalje u minusu ili dolazi vrijeme kada postaje održiv i može se pričati o smanjivanju zdravstvenih doprinosa
2. vremenski – jesu li se liste čekanja skratile
3. gospodarski – pridonosi li zdravstveni sustav većem BDP-u
4. zdravstveno – je li se smanjio broj preventibilnih bolesti i vrijeme od dolaska pacijenta do dijagnoze
5. kategorizacijom – je li se unaprijedila kategorizacija zdravstvenih ustanova tijekom godina
6. zadovoljstvom djelatnika i korisnika – ovdje se može uvesti anketa zadovoljstva korisnika i djelatnika prema kojoj se može mjeriti i taj najvažniji čimbenik



## **8. VEZE S OSTALIM SEKTORIMA**

Kroz ovaj tekst već je nekoliko puta spomenuto kako se može i mora uključiti i ostale sektore u zdravstveni sustav. Tako se izmjenama u sustavu socijalnih naknada i revizijom oslobođenja od participacije direktno dira u socijalni sustav, izmjenama u radnom vremenu i plaćanju u sustav rada, jačanjem zdravstvenog turizma u turistički i gospodarski sektor u koji se uključuju i izmjene po pitanju vrsta osiguranja te stimulacija vlastite farmaceutske industrije. Također, u gospodarski segment se još uključuju i uvođenje poreza na alkoholna pića i nezdravu hranu te podizanje istih na duhanske proizvode i uvođenje posebnog doprinosa za poslodavce koji direktno utječu na povećanje rizika od pobolijevanja i ozljeđivanja. Naravno, ništa od ovog ne može se realizirati bez da se postigne dogovor sa regulatorima financija u državi.

## 9. SAŽETAK I ZAKLJUČAK

Veći broj „reformi“ i „reorganizacija“ koje su se nametale zdravstvu tijekom zadnjih 20-ak godina nanijele su više štete nego koristi upravo zbog nepostojanja općeg suglasja oko istih. Naime, po isteku mandata jednog „reformatora“ dolazi drugi koji se ne slaže s napravljenim te kreće s novim izmjenama. Tijekom proteklih 20 godina nitko se nije potrudio sjesti i napraviti plan reorganizacije koji će nadići osobna uvjerenja i politička nesuglasja.

Dokument „Održivo zdravstvo“ predstavlja rezultat višemjesečnog zajedničkog rada suradnika iz svih sfera zdravstva koji su bili voljni odbaciti stavove nametane tijekom godina te krenuti iznova s ciljem stvaranja dokumenta koji se može bez straha prezentirati članovima zdravstvenog sustava jednako kao i onima zbog kojih zdravstveni sustav i postoji – pacijentima. Naravno, kako bi se ovaj sadržaj i realizirao u svom konačnom obliku i pokazao svoju djelotvornost biti će potrebno i šire suglasje s ostalim članovima javno/političko/gospodarsko/zdravstvene zajednice na koje ovim putem autori i pozivaju.

Veliki problemi zdravstvenog sustava kao što su veliki naslijeđeni dugovi zdravstva, neodrživ sustav financiranja i sadržajno nedefinirana polica (košarica) osnovnog zdravstvenog osiguranja, velike liste čekanja, neefikasan i glomazan bolnički sustav, dualizam u organizaciji primarne zdravstvene zaštite, omjeri kadrova te broja zdravstvenih djelatnika na 1000 stanovnika koji su daleko od standarda EU, zastoj u projektu informatizacije zdravstva, osobito bolničkog zdravstvenog sustava i eKartona, slaba preventiva i zdravstveni odgoj građana te nepostojanje zdravstvenog turizma samo su neki od problema na koje se može ukazati. Stoga bi naši ciljevi pri reorganizaciji sustava trebali biti stabilni i održivi sustav financiranja zdravstva, smanjivanje lista čekanja, jačanje i reorganiziranje primarne zdravstvene zaštite kao temelja zdravstvene organizacije, jačanje i stabilizacija bolničkog sustava, sustavna i integrativna informatizacija zdravstvenog sustava i ponajviše unaprjeđenje zdravlja.

Kako je već u uvodu napomenuto, Hrvatsko je zdravstvo još od osamostaljenja u stanju neprekidnih promjena. Svrha ovog dokumenta je predložiti jedinstveni model i reorganizaciju koja će unaprijediti trenutni zdravstveni sustav, učiniti ga kvalitetnijim, racionalnijim, učinkovitijim i jasnijim. Pri pisanju ovog dokumenta autori su se vodili željom za financijskom stabilnošću zdravstvenog sustava, jačanjem gospodarsko-turističke ponude RH, skraćivanjem lista čekanja, unaprjeđenjem kvalitete, dostupnošću i jednakošću zdravstvenog sustava za svih... što je sve dovelo do krajnjeg cilja – zadovoljstva korisnika i održivog zdravstva.

## 10. LITERATURA

Pri izradi ovog dokumenta korišteni su navedeni pisani materijali, ali i znanje i iskustvo svih autora.

1. Narodne novine broj 22/14.
2. Narodne novine broj 150/08.
3. Izvješće o strukturi rashoda/izdataka HZZO.
4. Svjetska banka: privatni izdaci za zdravstvo RH/EU, javni izdaci za zdravstvo RH/EU, plaćanje iz džepa građana
5. <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N22/art20183.pdf>
6. <http://www.who.int/publications/en/>
7. Statistički ljetopis - <http://www.dzs.hr/>
8. Zakon o zdravstvenoj zaštiti
9. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja
10. [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/maps-and-charts/WCMS\\_241698/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/maps-and-charts/WCMS_241698/lang--en/index.htm)
11. [http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_242617/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_242617/lang--en/index.htm)
12. <http://www.hzzo.hr/o-zavodu/o-hrvatskom-zavodu-za-zdravstveno-osiguranje>
13. [http://www.hzzo-net.hr/dload/novosti/HZZO\\_izvjesce\\_2012\\_WEB.pdf](http://www.hzzo-net.hr/dload/novosti/HZZO_izvjesce_2012_WEB.pdf)
14. Maja Vehovec. „O zdravstvu iz ekonomske perspektive“, Ekonomski institut Zagreb 2014, Zbornik radova.
15. Dubravko Mihaljek: „Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize,“ Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb 2014., str. 29
16. Tanja Broz i Sandra Švaljek: „Financiranje zdravstva u Hrvatskoj od reforme do reforme“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb 2014., str. 51
17. Mario Puljiz: „Dobrovoljno zdravstveno osiguranje“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb 2014., str. 109
18. Danijel Nestić i Ivica Rubil: „Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb, 2014., str. 79
19. Ivana Rašić Bakarić: „Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb 2014., str. 143
20. Maja Vehovec, Ivana Rašić Bakarić, Sunčana Slijepčević: „Bolnice pred poslovnim izazovima restrukturiranja“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb, 2014., str. 167
21. Sunčana Slijepčević: „Ocjena tehničke efikasnosti bolnica“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb, 2014, str. 201
22. Tanja Broz: „Potrošnja lijekova i specifičnost funkcioniranja tržišta lijekova“, Zbornik radova Ekonomskog instituta Zagreb, 2014., str. 221
23. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) 2009: „Izvješće o financijskom

poslovanju HZZO za 2008 god.”

24. WHO: “World Health Statistics 2013.”, Ženeva

25. Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2008.

26. Ustav Republike Hrvatske

27. Svjetska banka 1997.: ”Financiranje javnog sektora, reforma zdravstva i mirovinska reforma u Hrvatskoj”, Revija za socijalnu politiku str. 265-285