

HRVATSKI SABOR

1719

Na temelju članka 80. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski sabor na sjednici 9. lipnja 2006., donio je

NACIONALNU STRATEGIJU

RAZVITKA ZDRAVSTVA 2006. – 2011.

1. UVOD

Ima više razloga koji zahtijevaju pripremu, usvajanje i primjenu Strategije razvitka hrvatskog zdravstva u predstojećem razdoblju:

Početne godine stoljeća, odnosno tisućljeća, uobičajeno su popraćene prognoziranjem, planiranjem i programiranjem zbivanja koja se očekuju i žele na početku dugogodišnjih razdoblja.

Pri tome se nerijetko registriraju pojavnosti koje su međusobno proturječne: u slučaju zdravstva javnost se opravdano poziva na ustavno, ali i temeljno ljudsko i moralno-etičko pravo na pravodobnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, s druge strane zdravstvena zaštita (najčešće iz objektivnih razloga) postaje iz dana u dan sve skuplja i potražuje, zbog sve višeg (inače pozitivnog porasta) rejtinga u vrednovanju zdravlja, sve više sredstava (zbog starenja stanovništva, a posebice zbog sve novije, a i time skuplje tehnologije) pa dolazi do prožimanja potreba, zahtjeva, ponuda i mogućnosti u pružanju zdravstvene zaštite koje zahtijevaju jasnu, javnu i koordiniranu strategiju od tijela koja su odgovorna i zadužena za promišljanje, prognoziranje i programiranje statusa, tendencija razvoja kao i samog razvitka te toliko osjetljive djelatnosti.

Daljnji je razlog uvjetovan okolnostima, uvjetima i okolišem u kojem djeluje zdravstvo. Svi navedeni čimbenici utječu na razvitak zdravstva i budući da se mijenjaju toliko dinamično i brzo kao nikada dosad u povijesti zdravstva, prirodno je da se mora mijenjati i sustav zdravstva.

Pri tome se misli ne samo na promjene u razvitku zdravstva i zdravstvu srodnih struka, znanosti i tehnologije, već i na promjene u svim drugim područjima i pojavnostima tranzicije kao što su epidemiologija (slika bolesti), populacijska dinamika, ekološki uvjeti, socijalne i ekonomske determinante i sl.

Svi navedeni čimbenici pridonose potrebi da se zdravstvo kao javna djelatnost od posebnoga društvenog interesa podvrgne analitičkoj procjeni svog statusa i funkcioniranja te da se na objektivna način, uvažavajući gospodarske, zdravstvene, demografske i druge okolnosti, usmjerava u svom razvitku – što drugim riječima predstavlja neminovnost formuliranja strategije razvitka sustava zdravstva.

Proizlazi da je cilj, smisao i svrha ovog dokumenta predočiti uvid u zatečeno stanje sustava zdravstva, kao i u stanje zdravlja hrvatske populacije, razmotriti i raščlaniti determinante o kojima ovisi zdravlje i zdravstvo, a to su objektivno utvrđene:

- zdravstvene potrebe,
 - subjektivno uvjetovani zdravstveni zahtjevi građana za zdravstvenom zaštitom,
 - ponuda zdravstvenih ustanova koje pružaju tu zaštitu,
 - mogućnosti, ponajprije financijsko-ekonomskog karaktera da se tim zahtjevima udovolji
- Krajnji je smisao ostvariti cilj svakog dobro ustrojenog sustava zdravstva, a to je poboljšanje

zdravstvenog stanja, produženje ljudskog života te izrazito povoljan utjecaj na kvalitetu življenja i na osposobljenost neovisnog funkcioniranja

Primijenjena metoda rada zasnovana je na stručno-znanstvenim postulatima, u smislu da se pristupilo utvrđivanju zatečenog stanja, ali s kritičkim osvrtom i objektivnom procjenom tog stanja, naglašavajući pri tome dominantne probleme i tražeći nakon njihove identifikacije realna rješenja za njihovo razrješavanje.

To znači da su se morali pronalaziti ciljevi i zadaci koji čine sadržaj aktualne i za doglednu budućnost rezistentne zdravstvene politike za čiju se provedbu usvaja ključan sadržaj ovog rada – Nacionalna strategija razvitka zdravstva.

Navedena Strategija stoga odgovara na pitanja kako se provodi politika, tko je provodi, u kojim vremenskim razmacima i pod kojim uvjetima i okolnostima.

Daljnji su ključni razlozi zbog kojih je potrebno hitno izraditi plan razvitka zdravstva kao temelja opsežne i duboke reforme zdravstvenog sustava i financiranja zdravstva:

1. Iako je od osnutka hrvatske države i promjene društvenog uređenja od socijalističkog na tržišni prošlo više od petnaest godina, još uvijek nije izrađena strategija razvitka zdravstva koja bi pružila osnovne odrednice u kojem bi se smjeru morale provoditi opsežne i nužne reforme.
2. Neracionalna organizacija zdravstvene skrbi, loše planiranje i loša kontrola troškova u zdravstvu, kao i dugogodišnji nekontrolirani rast potrošnje u zdravstvenoj skrbi doveli su ukupne troškove zdravstva do gornjeg limita koje bi hrvatsko gospodarstvo i državni proračun moglo podnijeti tako da je opsežna i duboka reforma financiranja zdravstva hitna i nužna.
3. Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju (u daljem tekstu: EU) potrebno je reorganizirati sustav javnog zdravstva kako bi postao glavni nositelj preventivnih aktivnosti propisanih pravnom stečevinom EU u području zaštite zdravlja ljudi, kao i nositelj sustavnog provođenja preventivnih programa radi smanjenja oboljenja i rasterećenja zdravstvene skrbi, a time i smanjenja troškova u zdravstvu.

2. POVIJESNE STEČEVINE KOJE OBVEZUJU

2.1. KRATAK POVIJESNI PREGLED

Iako je po broju stanovnika i veličini teritorija, gledano u europskim i svjetskim razmjerima, Republika Hrvatska mala zemlja, ona je ipak tijekom svog povijesnog razvitka dala iznenađujuće značajne doprinose razvitku zdravstva i medicine.

Ne ulazeći u pojedinosti, vrijedno je prisjetiti se Dubrovačke Republike koja je prva u svijetu posjedovala javnu ljekarnu koju su vodili franjevci i što je svojevrsan kuriozitet – ta ljekarna i danas funkcionira. Dubrovnik je nadalje prvi u svijetu osnovao karantenu, tada moćno i učinkovito sredstvo protuepidemijske zaštite.

Zadar je poznat po svojim medicinskim učilištima, pa bi se mogli navoditi brojni primjeri, no ponajviše se ističe naš zemljak, profesor Andrija Štampar kojeg mnogi smatraju najvećim javnozdravstvenim radnikom 20. stoljeća.

To je i zaslužio, jer ne samo da je bio suosnivač Svjetske zdravstvene organizacije, već je prigodom njezine prve osnivačke skupštine (koju je on i otvorio jer je dvije godine bio predsjednik pripremnog odbora za osnivanje te, za zdravstvo, najautoritativnije organizacije uopće) u svom inauguralnom govoru u tri navrata spomenuo kako će se boriti za: zdravlje za svakoga i zdravlje za sve. Upravo su te riječi u zadnjim desetljećima prošlog stoljeća prerasle u svjetski poznati slogan – »Zdravlje za sve do 2000. godine« – slogan koji su mnogi prozvali najplemenitijim geslom i porukom 20. stoljeća.

Međutim, ne može se ne spomenuti ono što je neprijeporno utjecalo i na današnja razmišljanja i koncipiranja sustava zdravstva, a pretežno se odnosi upravo na primarnu zdravstvenu zaštitu.

Valja se podsjetiti da je profesor Štampar osnovao prvu institucionalnu formu primarne zdravstvene zaštite (koja se tada možda nije tako nazivala) još prije 70-ak godina i ono što se čini upravo teško zamislivim i izazovnim izrečeno je najbolje, u, po obujmu malom, Zakonu o domu zdravlja, pravilom da je »Dom zdravlja ustanova koja promiče zdravlje«, što znači da je on zakonom iznio ideje koje su tek zadnjih desetak godina (misleći na promociju zdravlja) ušle u središte zanimanja svjetske zdravstvene javnosti.

Zadržimo li se na primarnoj zdravstvenoj zaštiti, moraju se navesti još neka prvenstva koje Republika Hrvatska u ovom području posjeduje.

Primjerice, može se spomenuti i da je u Republici Hrvatskoj osnovan u Europi prvi suradnički centar primarne zdravstvene zaštite, zatim Republika Hrvatska je prva u svijetu uvela specijalizaciju iz primarne zdravstvene zaštite te je osnovala prvu katedru primarne zdravstvene zaštite u svijetu uopće.

Dakako da su i ostala područja zdravstva i medicine imala svoja velika dostignuća. Na primjer, fenomen je to da je Sveučilišna klinika za dijabetes u Zagrebu u jednoj fazi imala u velikom broju zemalja svijeta svoje ispostave i tamo nastupala kao suradnički centar Svjetske zdravstvene organizacije.

Slično je i SUVAG, globalno napredan u području rehabilitacije sluha, svoje metode rada plasirao doslovno na sve kontinente našeg planeta, a navesti bi se moglo još sličnih primjera. Takav tijek povijesnih događaja obvezuje u smislu da hrvatsko zdravstvo mora nastaviti s određenim dostignućima čiji su učinci bili poznati i u vrijeme Domovinskog rata te da u ovom stoljeću mora dovesti razvitak svog sustava zdravstva do razine u kojoj će neka rješenja moći biti uzor i model i drugim sustavima zdravstva u Europi.

2.2. DOMOVINSKI RAT

Ratna zbivanja na području Republike Hrvatske od 1990. do 1998. godine utjecala su na demografsku strukturu stanovništva, društveno-ekonomske uvjete i zdravlje populacije. Posljedice tog štetnog utjecaja su dugoročne i jasno vidljive u zdravstvu i stanju zdravlja stanovništva pa danas bilježimo povećanu smrtnost kod određenih, stresom induciranih bolesti, neuropsihijatrijska stanja izazvana PTSP-om, povećanu stopu samoubojstava te kao izravnu posljedicu rata financijsko opterećenje po cijeli zdravstveni sustav u iznosu od oko 8 milijardi kuna godišnje.

Zdravstvena zaštita u uvjetima rata

Organizaciji zdravstvene zaštite u uvjetima Domovinskoga rata nije se pristupilo uspostavljanjem izdvojene ratne sanitetske službe, već se, što se ubrzo pokazalo ispravnim, uspostavio integralni civilno-vojni sustav. U uvjetima kada je Hrvatska vojska bila tek u povojima, a cijelo društvo suočeno s brojčano i tehnički nadmoćnim agresorom koji je ciljano uništavao bolnice, domove zdravlja i ambulante, takav, integralan način organiziranja zdravstvene skrbi u izvanrednim uvjetima pokazao se učinkovitim do te mjere da ga se i ubuduće može veoma uspješno primijeniti kao model za izvanredne uvjete. Tome u prilog svjedoči i činjenica kako, u uvjetima obrambenog rata, Republika Hrvatska nije zabilježila niti jednu epidemiju, unatoč velikom broju poginulih, migracijama prognanih i izbjeglih, uništenoj infrastrukturi i neprekidnom terorističkom djelovanju agresora po civilnom stanovništvu i resursima. Osim toga, o tome kako je zdravstveni sustav uspio zadržati jednaku razinu kvalitete svjedoče i indikatori, kao što je dobno standardizirana stopa maternalne smrtnosti, koji su tijekom ratnih godina nastavili trend. Važno je napomenuti i kako su hrvatski liječnici tijekom Domovinskog rata stekli neprocjenjiva iskustva u obradi ratnih ozljeda koja je danas učinkovito primijenjena u tretmanu mirnodopskih ozljeda. Tijekom

Domovinskog rata obrađeno je više od 45.000 ozlijeđenih pacijenata, među kojima je bilo 1142 djece.

Demografske i društveno-ekonomske promjene

Godine 1991. ukupan broj stanovnika u Republici Hrvatskoj iznosio je 4.760.000. Tijekom Domovinskog rata Republiku Hrvatsku je napustilo oko 260.000 stanovnika, ubijeno je 14.000 ljudi, od čega 43,4 posto civila, a prognana su 389.433 stanovnika. Bez jednog ili oba roditelja ostalo je 23.000 djece, a više od 100 000 kućanstava je u potpunosti razoreno. Kao neposrednu posljedicu, Republika Hrvatska je kraj rata dočekala sa 680.000 zaposlenih manje nego što ih je imala prije rata, a udio odraslog muškog stanovništva znatno je smanjen.

Posljedice po stanje zdravlja

Republika Hrvatska je jedina država u regiji za koju postoje podaci o zdravstvenim pokazateljima prije, u vrijeme i poslije rata. Tako znamo kako su se mnoga bolesna stanja pojavila nekoliko godina nakon prestanka rata, vjerojatno kao posljedica stresa i – s tim u svezi – oslabljenog imunološkog sustava stanovništva. Unatoč održanoj kvaliteti zdravstvene zaštite, u usporedbi s 1990. godinom, 1994. Republika Hrvatska je imala 60.000 više pojava zaraznih bolesti, 40.000 više bolesnika s diabetes mellitusom, 32.000 više pojava raznih novotvorevina, 30.000 bolesnika više s bolestima srca te 40.000 više oboljelih od bubrežnih bolesti. Sveukupno, te godine Republika Hrvatska bilježi 200.000 bolesti više nego 1990. godine.

Učinci na smrtnost

Samo od povećanog mortaliteta od ishemične bolesti srca kao posljedice rata u Republici Hrvatskoj umrlo je više ljudi nego što ih je poginulo u vrijeme samoga trajanja rata. Ostali glavni uzroci smrti u Republici Hrvatskoj, kao što su zloćudne novotvorevine i bolesti krvožilnog sustava, bilježe nakon rata porast te time samo još dodaju svoj negativan obol ukupnim učincima rata na smrtnost koji još dandanas predstavlja glavni teret po zdravlje u Republici Hrvatskoj.

Zaključak

Završetkom Domovinskog rata učinci i posljedice rata nisu nestale, čak štoviše neki se negativni učinci, kao što su posljedice uvjetovane društveno-ekonomskim stanjem i stresom, multipliciraju.

Međutim, osim negativnih učinaka, ima i potencijalno pozitivnih iskustava iz tog razdoblja koja također treba valorizirati, pa stoga Domovinski rat moramo, sa stajališta zdravstvene zaštite, procjenjivati s dva gledišta:

- sa stajališta učinaka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i sanaciju dugoročne, permanentne i revolvirajuće štete koju uzrokuju u zdravstvu,
- kao ishodišnu točku za implementaciju pozitivnih iskustava i pomaka u organizaciji zdravstvene skrbi u izvanrednim uvjetima u Republici Hrvatskoj i svijetu.

2.3. PRISTUP REPUBLIKE HRVATSKE EUROPSKOJ UNIJI

Iako su pregovori za članstvo Republike Hrvatske EU službeno započeli u listopadu 2005. godine, proces približavanja EU i usuglašavanja zakonodavstva stvarno je započeo samim

stvaranjem hrvatske države. Pri opsežnoj promjeni ukupnog zakonodavstva koje je trebalo s jedne strane odraziti državnost Republike Hrvatske, a s druge i promjenu socijalističkog sustava na uvjete tržišne ekonomije, vodilo se računa i o propisima EU. Međutim, u tom razdoblju nije bilo radikalnih promjena u zakonima vezanim uz zdravstvenu skrb ili zdravstvenu preventivu.

Godine 2000. otvara se drugo razdoblje odnosa Republike Hrvatske s EU. Potpisivanjem Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju u listopadu 2001. godine Republika Hrvatska postaje pridruženi član EU. Potrebno je naglasiti da Sporazum predstavlja pravni temelj odnosa koji omogućavaju postupne pripreme za ostvarenje punopravnog članstva u EU. U tom razdoblju dolazi do značajnih promjena u zakonodavstvu prvenstveno potkraj 2003. godine. Kako bi se dobio pozitivan odgovor na Upitnik (Avis) do koje mjere je Republika Hrvatska usuglasila svoje zakonodavstvo s EU propisima, krajem 2003. godine dolazi do brojnih promjena. U tom ubrzanom postupku promjene zakonodavstva, koje su izvršene kroz nepunih šest mjeseci, učinjene su brojne pogreške, pri čemu je zdravstveni sektor vrlo loše prošao jer je izgubio brojne nadležnosti. Ponajprije se to odnosi na zaštitu na radu, zaštitu od kemikalija, zdravstvenu zaštitu hrane i drugo.

Zdravstvena skrb, kao glavni interes Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (u daljnjem tekstu: ministarstvo nadležno za zdravstvo), nije regulirana posebnim poglavljem pravne stečevine EU, ali se zato u većini poglavlja nalazi i komponenta koja se odnosi na zdravstvo: Sloboda kretanja roba, Pravo poslovnog nastana i sloboda pružanja usluga, Poljoprivreda i ruralni razvitak, Socijalna politika i zapošljavanje, Poduzetništvo i industrijska politika, Okoliš, Zaštita potrošača i zdravlja. U sustavu zdravstva, usuglašavanju s odrednicama EU podliježe većina zakona iz nadležnosti sanitarne uprave, te propisi vezani uz lijekove, krv i krvne pripravke te djelomice sigurnost na radu.

Budući da sustav zdravstva, za razliku od drugih ministarstava nije zadužen kao nositelj niti jednog od 35 poglavlja pravne stečevine, u samom početku pretpristupni program je dobio relativno nizak prioritet u ministarstvu nadležnom za zdravstvo. Zbog takvog pasivnog stajališta prema ulozi javnog zdravstva u usklađivanju s propisima i praksom EU, donesen je čitav niz odluka s kojima su neke bitne nadležnosti izmještene iz sustava zdravstva u druge sustave državne uprave. Na primjer, pitanje zaštite potrošača, zaštita od kemikalija (nedavno ispravljeno), zdravstvena zaštita na radu i zaštita od zračenja u kontekstu nuklearne sigurnosti dodijeljena je sustavu gospodarstva, pitanja sigurnosti hrane pridružena su sustavu poljoprivrede, zaštiti okoliša pridodana su pitanja zdravstvenih standarda za zrak, vodu, buku, otpad (medicinski), rekreacijske vode (uključujući more).

Tijekom 2004. i 2005. godine učinjeni su veliki naponi kako bi se većina spomenutih pogrešaka ispravila. Tako je u tijeku donošenje novog Zakona o zaštiti od ionizirajućeg zračenja, pri čemu je ministarstvo nadležno za zdravstvo dobilo nadzornu ulogu, te je 9. prosinca 2005. godine donesen novi Zakon o kemikalijama kojim je nadležnost nad tim zakonom izmještena iz ministarstva nadležnog za gospodarstvo u ministarstvo nadležno za zdravstvo.

Ključni zadaci u usuglašavanju s zakonodavstvom i praksom EU utvrđeni su Nacionalnim programom Republike Hrvatske za pridruživanje Europskoj uniji za 2005. godinu (NPPEU 2005.)¹ i Pretpristupnim ekonomskim programom 2005.-2007. (PEP)². Tim dokumentima naznačeni su i zadaci koje bi trebalo odraditi ministarstvo nadležno za zdravstvo.

Da bi Republika Hrvatska mogla zatvoriti pregovore i dobiti punopravno članstvo Unije, treba ne samo u potpunosti uskladiti zakone nego i sustav provedbe, što znači kompletno reorganizirati i osposobiti državnu upravu i ostalu institucionalnu infrastrukturu za učinkovitu provedbu zakona. Svi zavodi i agencije u sklopu javnog zdravstva predstavljaju tu institucionalnu infrastrukturu koja će se trebati reformirati i uskladiti svoje djelovanje u sklopu procesa prilagodbe. Predviđanja su da će za cijeli program transformacije

zakonodavstva i institucionalne infrastrukture trebati 3 do 5 godina, a neophodne prilagodbe privrede i društva od 5 do 15 godina.

Republika Hrvatska će trebati uskladiti svoje zakonodavstvo i praksu s konvencijama iz područja zdravstva koje su donijela tijela izvan Europske komisije, no koje su obvezne za pristupanje EU. Svakako je najpoznatija Konvencija Vijeća Europe o zaštiti ljudskih prava i digniteta ljudskih bića po pitanju biologije i medicine (ETS, No 164, Oviedo 1997.), koja još nije primijenjena u Republici Hrvatskoj. Druga konvencija od važnosti za zdravstvo je Konvencija o zaštiti pojedinaca o pitanju automatske obrade podataka (ETS- No 108, Strassbourg, 1981.), no nju Republika Hrvatska još nije potpisala.

Otvaranje pregovora s EU povećalo je intenzitet pristupnih aktivnosti i pritisak na državnu upravu i institucionalnu infrastrukturu za reformama. Nakon potpisivanja početka pregovora započinje i proces »screeninga«. Proces »screeninga« odnosno priprema materijala za prikaz usuglašenosti hrvatskih zakona i prakse s propisima Europske unije značajan je i veliki korak u prikazu ozbiljnosti Republike Hrvatske kao kandidata za članstvo. Odgovornost je tijela državne uprave da taj zahtjevan posao odradi paralelno s redovitim aktivnostima i zadacima tih tijela. Trenutak je to i za ojačanje suradnje tijela državne uprave s ostalim čimbenicima sustava (struka, socijalni partneri, udruge građana...) upravo u svladavanju mogućih stručnih i tehničkih poteškoća radi kvalitetne pripreme materijala.

Važno je naglasiti da će reforma koju treba provesti ministarstvo nadležno za zdravstvo i institucionalne strukture, posebice državni zavodi, biti potpomognuta pristupnim fondovima³. Međutim, da bi se mogla povući ta sredstva, ministarstvo nadležno za zdravstvo treba izraditi svoju strategiju razvitka, te strategije na svakom od područja od značaja za pravnu stečevinu. Za svako područje bit će potrebno pripremiti odgovarajuće projektne prijedloge, za što će se trebati osnažiti i ministarstvo nadležno za zdravstvo, a i institucionalna infrastruktura. Potrebno je naglasiti da su države 5. ciklusa pridruživanja⁴ utrošile na usklađivanje zakonodavstva i prakse šest do deset godina i to uz svesrdnu pomoć EU. Ukupan proces pridruživanja trajao je punih 14 godina i EU je za to utrošila više od 20 milijardi eura.

Prikaz 1.

Popis poglavlja pravne stečevine

1.	Sloboda kretanja roba
2.	Sloboda kretanja radnika
3.	Pravo poslovnog nastana i sloboda pružanja usluga
4.	Sloboda kretanja kapitala
5.	Javne nabave
6.	Pravo trgovačkih društava
7.	Pravo intelektualnog vlasništva
8.	Tržišno natjecanje
9.	Financijske usluge
10.	Informacijsko društvo i mediji
11.	Poljoprivreda i ruralni razvitak
12.	Sigurnost hrane, veterinarstvo i fitosanitarni nadzor

13.	Ribarstvo
14.	Prometna politika
15.	Energetika
16.	Porezi
17.	Ekonomska i monetarna unija
18.	Statistika
19.	Socijalna politika i zapošljavanje
20.	Poduzetništvo i industrijska politika
21.	Transeuropske mreže
22.	Regionalna politika i koordinacija strukturnih instrumenata
23.	Pravosuđe i temeljna ljudska prava
24.	Pravda, sloboda i sigurnost
25.	Znanost i istraživanje
26.	Obrazovanje i kultura
27.	Okoliš
28.	Zaštita potrošača i zdravlja
29.	Carinska unija
30.	Vanjski odnosi
31.	Vanjska, sigurnosna i obrambena politika
32.	Financijski nadzor
33.	Financijske i proračunske odredbe
34.	Institucije
35.	Ostalo

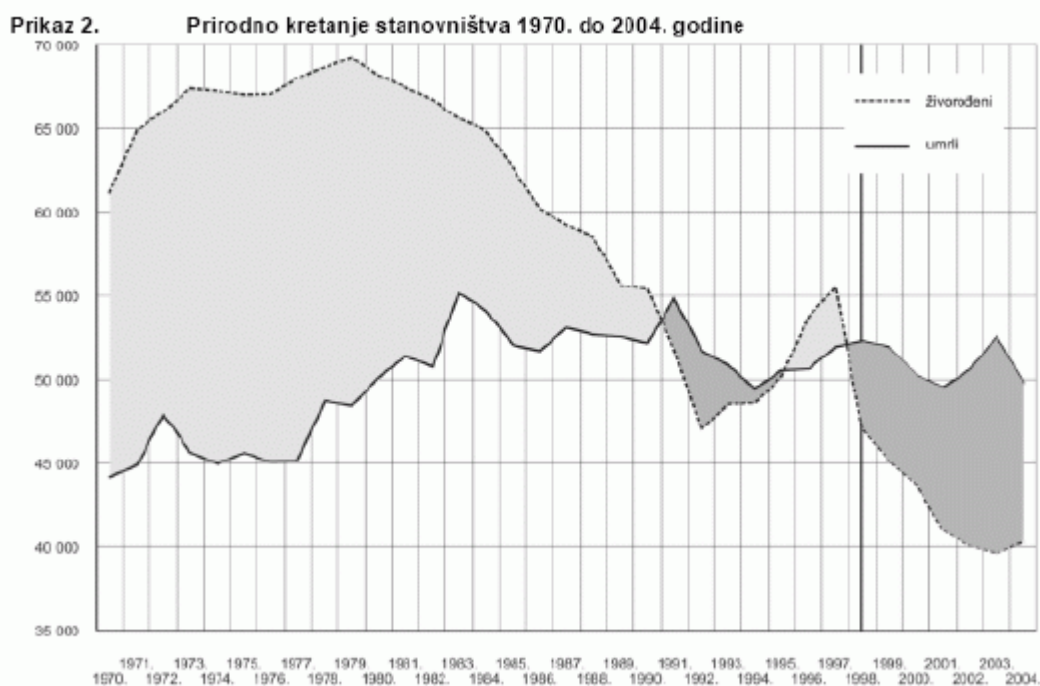
3. PRIKAZ AKTUALNOG STANJA ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

3.1. DEMOGRAFSKA SITUACIJA I DRUŠTVENO-EKONOMSKI UVJETI

Prema popisu stanovništva iz 2001. godine Republika Hrvatska je imala 4.437.460 stanovnika, a procjena je Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske (statistički podaci iz 2005.) da je trend kretanja broja stanovnika za 2002. i 2003. godinu negativan. Budući da je zadnjih godina zanemariv utjecaj migracije na demografsku sliku Republike Hrvatske (od 1999. do 2003. godine ukupnost doseljenih i iseljenih stanovnika ne prelazi 23.500 stanovnika) za zdravstvo je od posebnog značenja praćenje prirodnog pada stanovništva i starenja stanovništva. Navedena zbivanja uzrokovana su produljenjem očekivanog trajanja života, postupnim padom ili stagnacijom stope smrtnosti te padom nataliteta i fertiliteta.

Prikaz 2

Prirodno kretanje stanovništva od 1970. do 2004. godine



Izvor: Statistički ljetopis 2005. DSZ

Početak 1990-ih godina, tijekom ratnog razdoblja, dogodile su se u Republici Hrvatskoj značajnije demografske promjene: uz već prisutan pad nataliteta istodobno se javlja i porast mortaliteta, posebno u mlađoj dobnoj skupini.

Usmjerenost ka padu nataliteta, uz kratkotrajan porast od 1995. do 1998. godine, nastavila se do danas. U Republici Hrvatskoj stopa živorođenih na 1000 stanovnika 2003. godine bila je 8,93, što je ispod prosjeka EU, čija stopa iznosi 10,33. Tijekom 2004. godine stopa živorođenih u Republici Hrvatskoj porasla je na 9,1/1000 stanovnika. Godine 2004. stopa mortaliteta iznosila je 11,2/1000 stanovnika što je više od bilo koje zemlje EU. Podaci Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske govore o padu prirodnog kretanja.

Slične usmjerenosti vezane uz starenje stanovništva prisutne su i u ostalim zemljama EU, a posljedica su niza društveno-ekonomskih čimbenika uključujući, među ostalim, i poboljšanje i unapređenje standarda života, zdravstvene zaštite te obrazovanja.

Uz tendenciju prirodnog pada stanovništva prisutno je i starenje populacije. Broj djece starosti od 0 do 14 godina u Republici Hrvatskoj bio je relativno stabilan u 1980-ima i 1990-ima, ali je, prema najnovijim raspoloživim podacima, pao s od oko 19,8% u 2000. godini na 16% u 2003. godini, što je ispod prosjeka EU.

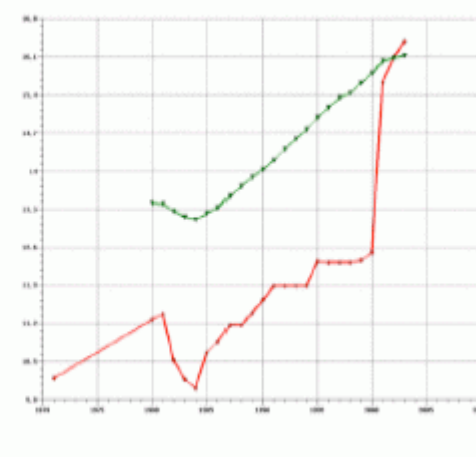
Istodobno, postotak starijih od 65 godina je 16,4% i iznad prosjeka EU, a predviđa se da će 2030. godine 24% hrvatske populacije biti starije od 65 godina.

Prikaz 3.

Prikaz 3. Udio stanovništva od 0-14 godina



Udio stanovništva starijeg od 65 godina



Izvor: WHO, HFA Database, 2005.

Značajno je i produljenje očekivanog trajanja života koje je prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u Republici Hrvatskoj 2003. godine iznosilo 74,73 godine za oba spola, odnosno za žene 78,23 te za muškarce 71,17 godina.

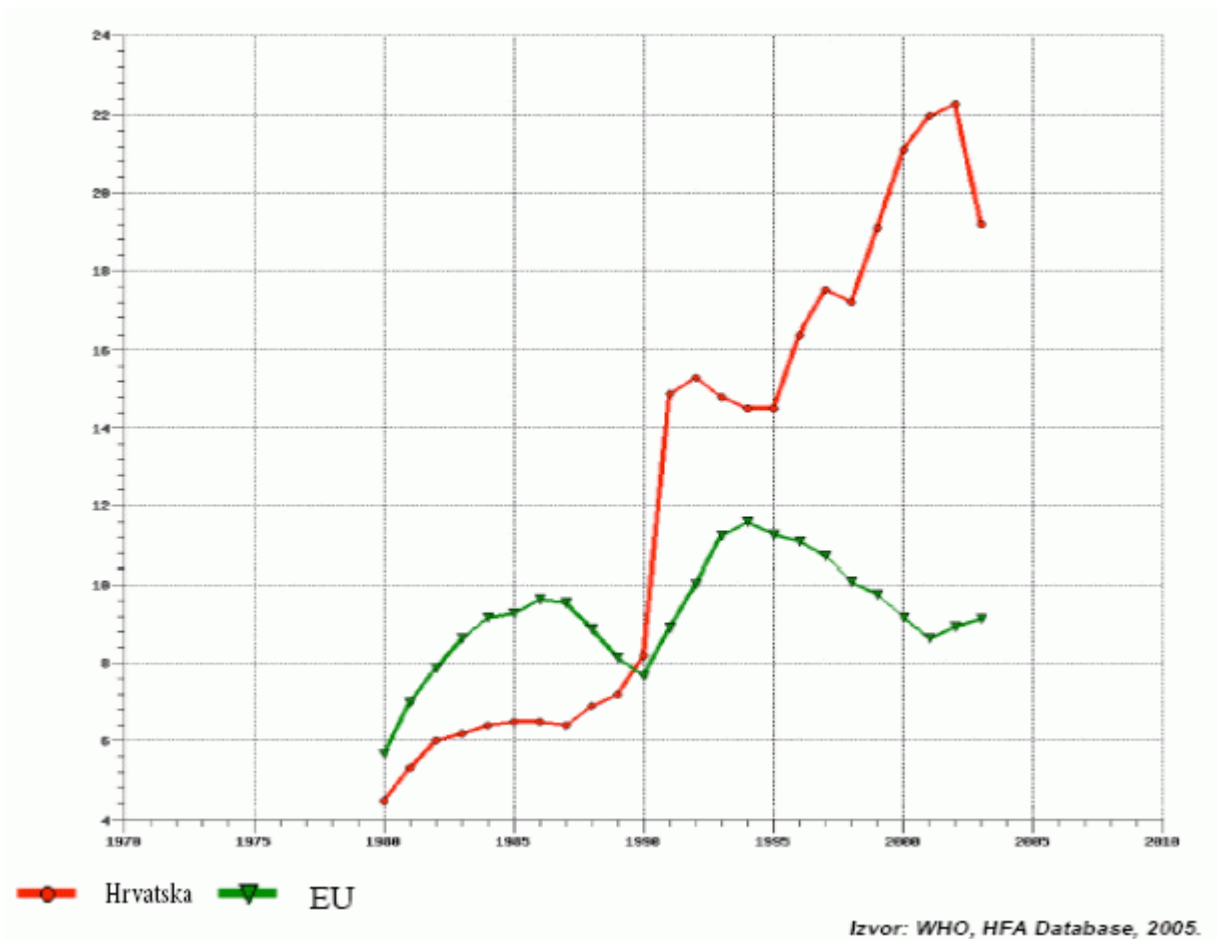
Demografska kretanja i zdravstveni status stanovništva ovise, među ostalim, i o nizu društveno-ekonomskih čimbenika kao što su obrazovanje, zaposlenost i prihodi.

Pismenost je u Republici Hrvatskoj 2001. godine iznosila 98,4%, što je porast u odnosu na 1991. godinu, kada je iznosila 97%. Postotak stanovništva sa završenom osnovnom školom prema popisu stanovništva 2001. godine iznosio je 21,75%, sekundarno obrazovanog stanovništva 47,06%, a tercijarno obrazovanog stanovništva bio je 11,89%.

Značajan je i izrazit porast nezaposlenosti od 1990. godine kada se Republika Hrvatska s 8,2% nalazila na gotovo istoj razini s prosjekom EU (7,65%), da bi već 1991. godine dosegla stopu od 14,9%, 2002. godine od 22,3%, a 2003. godine bilježi stopu od 19,2% što je mnogo više od najveće stope u EU (španjolske stope od 11,3%), dok je prosjek EU 9,13%. Stopa nezaposlenosti u 2004. godini za Hrvatsku iznosi 18,05 posto, što ukazuje na ustaljivanje postupnog smanjenja.

Prikaz 4

Kretanje stope nezaposlenosti



Republika Hrvatska je prema pokazateljima prihoda na posljednjem mjestu unutar Eur-A grupe. Tako je bruto nacionalni prihod po stanovniku 2003. godine (prilagođen nabavnoj moći) iznosio 10.610 USD, dok je isti prosjek EU iznosio oko 25.000 USD.

Svjetska banka trenutno koristi apsolutni iznos od 2,15 USD i 4,30 USD prihoda po stanovniku dnevno kao mjerilo siromaštva u zemljama niskog i srednjeg prihoda europske regije Svjetske zdravstvene organizacije (koristeći 1993. međunarodne cijene prilagođene nabavnoj moći).

Između 1988. i 2001. godine postotak hrvatske populacije koja je živjela s manje od 4,30 USD/dan povećao se s 1,5% 1988. godine na gotovo 4 % u 2001. godini za koju postoje posljednji podaci.

3.2. STANJE ZDRAVLJA

Stanje zdravlja u Republici Hrvatskoj najkraće se može ilustrirati činjenicom što je Svjetska zdravstvena organizacija Hrvatsku, po klasifikaciji SZO prema smrtnosti djece i odraslih u skupine od A do E, svrstala u »najprestižniju« skupinu – u skupinu A s veoma malom smrtnošću djece i malom smrtnošću odraslih. U Europi skupinu Eur-A čine Andora, Austrija, Belgija, Republika Hrvatska, Cipar, Češka, Danska, Finska, Francuska, Njemačka, Grčka, Island, Irska, Izrael, Italija, Luksemburg, Malta, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugal, San Marino, Slovenija, Španjolska, Švedska, Švicarska i Velika Britanija. Od tranzicijskih zemalja, prema podacima za 2004. godinu, u toj su skupini uz Hrvatsku još samo Slovenija i Češka, a u svijetu je još samo osam zemalja u skupini A – SAD, Japan, Kanada, Australija, Kuba, Brunei, Novi Zeland i Singapur. To znači

da je Republika Hrvatska među 35 zemalja svijeta (od ukupno 192 članice SZO) koje imaju veoma dobro stanje zdravlja. To je podatak kojim se i mnoge europske zemlje ne mogu pohvaliti.

Godine 2004. Republika Hrvatska je po dojenačkoj smrtnosti iza posljednje zemlje EU s 6,1 umrle dojenčadi na 1000 živorođenih. Iako je taj broj još uvijek za oko 1,4 iznad prosjeka EU, postoji obećavajući trend približavanja EU-prosjeku koji je u 25 godina svoj jedini kratkotrajni obrat doživio u ratnim godinama 1991. i 1992. Po perinatalnoj smrtnosti Republika Hrvatska 2003. godine bilježi manji broj umrlih na 1000 živorođenih od prosjeka EU, tj. 6,35 u odnosu na EU-prosjek od 6,71.

3.2.1. Uzroci smrti

Među vodećim uzrocima smrti u Republici Hrvatskoj, prve četiri skupine – ishemična bolest srca, cerebrovaskularne bolesti, insuficijencija srca te zloćudne novotvorevine – sadrže više polovice svih uzroka smrti.

Tablica 1.

Vodeći uzroci smrti u Republici Hrvatskoj u 2004. godini

Dijagnoza	Postotak
Ishemična bolest srca	18,44
Cerebrovaskularne bolesti	16,00
Insuficijencija srca	5,94
Zloćudna novotvorevina dušnika, dušnica i pluća	5,30
Zloćudne novotvorevine debelog crijeva	3,14
Pneumonija	3,02
Kronične bolesti jetre, fibroza i ciroza	2,52
Bronhitis, emfize, astma	2,38
Diabetes mellitus	1,96
Zloćudna novotvorevina želuca	1,94
PRVIH 10 UZROKA SMRTI	60,63

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2005. god.
MED – EKON d.o.o., Zagreb

Posebno je važno naglasiti dugoročnu tendenciju porasta dobno standardizirane stope smrtnosti za ishemičnu bolest srca, koja se u posljednjih dvadeset godina udvostručila, dok se prosjek za EU smanjuje stabilnim trendom već 25 godina. Tako Republika Hrvatska 2003. godine ima dobno standardiziranu stopu smrtnosti za ishemičnu bolest srca za 76,7 posto višu od prosjeka EU, dok je – usporedbe radi – 1985. godine taj omjer bio čak 75,3 posto u »korist« Republike Hrvatske.

Tablica 2.

Dobno standardizirana stopa smrtnosti, ishemična bolest srca, na 10 000 stanovnika

Godina	Republika Hrvatska	EU
1985.	87.85	153,36
1986.	87.89	150,47
1987.	91.04	146.43
1988.	84,61	144,05
1989.	81,42	142,61
1990.	70,01	142,08
1991.	129.73	142,31
1992.	175,85	137.80
1993.	176,12	137.90
1994.	186,00	131.48
1995.	183,58	129,40
1996.	197.45	124.78
1997.	202,47	121.57
1998.	207.91	121,13
1999.	193,25	118,30
2000.	201,14	111,85
2001.	162,83	108,10
2002.	159,46	105,94
2003.	186,88	105,76

Izvor WHO, HFA Database

Jednak smjer razvoja – manje drastičan, ali jednako znakovit - uočavamo i kod malignih novotvorevina, dok se standardizirana stopa smrtnosti za cerebrovaskularne bolesti udaljava od prosjeka EU sporijim tempom, ali je zato iznad EU-prosjeka 2003. godine za čak 111,7 posto. Standardizirana stopa smrtnosti za bolesti krvožilnog sustava također bilježi, dugoročno gledano, udaljavanje od prosjeka EU, iako postoji stabilan, ali očito nedostatan, trend smanjenja.

3.2.2. Teret bolesti na zdravlje stanovništva

Teret bolesti na zdravlje stanovništva ukazuje koliko pojedina skupina bolesti utječe na otklon od idealnog stanja zdravlja⁵. Kako DALY podaci iz 2002. godine pokazuju, prema teretu po zdravlje koje određena skupina bolesti donosi hrvatskom stanovništvu, na prvome mjestu su bolesti krvožilnog sustava na koje otpada čak 27,3 posto ukupnog opterećenja, a odmah ih s 23,2 posto slijede neuropsihijatrijska stanja. Potonja ne pokazuju visoku stopu mortaliteta, ali zato imaju izrazito jak negativan utjecaj na sposobnost djelovanja u svakodnevnom životu. Zloćudne novotvorevine zauzimaju treće mjesto sa 16,2 posto udjela, tako da samo prve tri skupine čine točno dvije trećine cjelokupnog opterećenja.

Tablica 3.

Deset vodećih skupina bolesti po postotku udjela u DALY-u, u Republici Hrvatskoj, 2002. godine

Muškarci		Žene	
Skupina bolesti	%	Skupina bolesti	%
Bolesti krvožilnog sustava	26,9	Bolesti krvožilnog sustava	27,6
Neuropsihijatrijska stanja	20,7	Neuropsihijatrijska stanja	25,6
Zloćudne novotvorevine	17,4	Zloćudne novotvorevine	15,0
Nehotimične ozljede	8,0	Bolesti koštano-mišićnog sustava	4,5
Bolesti probavnog sustava	6,2	Bolesti osjetilnih organa	4,5
Bolesti dišnog sustava	3,9	Bolesti probavnog sustava	4,0
Hotimične ozljede	3,5	Bolesti dišnog sustava	4,0
Bolesti osjetilnih organa	3,1	Nehotimične ozljede	3,6
Bolesti koštano-mišićnog sustava	2,3	Diabetes mellitus	1,8
Zarazne i parazitske bolesti	1,3	Zarazne i parazitske bolesti	1,6

Izvor: WHO, podaci 2003.

Najveći doprinos razvoju oboljenja s najvećom štetom za zdravlje 2002. godine dala je kod muške populacije u Republici Hrvatskoj konzumacija duhana i alkohola, dok su kod žena na prvome mjestu povišen krvni tlak i povišen kolesterol.

3.2.3. Očekivano trajanje zdravog života

Veoma značajan indikator zdravlja, koji ukazuje na to koliko godina života čovjek može očekivati u dobroj zdravlju (očekivano trajanje zdravog života) za 2003. godinu govori da prosječan stanovnik Republike Hrvatske provede 89 posto svog života bez bolesti i onesposobljenosti što znači da će prosječan stanovnik provesti 8,2 godine u bolesti, a to je gotovo 1 godinu više od prosjeka Eur-A skupine (7,3), a više i od prosjeka »slabije« grupe Eur-B+C (7,6).

Budući da su žene dugovječnije od muškaraca, a vjerojatnost poboljšavanja raste s godinama starosti, žene žive i dulje u pobolu od muškaraca (9,3 godine prema 7,2), ali ipak provode 5,5 više godina u dobroj zdravlju od muškaraca zbog duljeg očekivanog trajanja života. U dobi

od 60 godina, kada žene mogu u prosjeku do smrti očekivati 16,1 godinu zdravoga života, a muškarci samo 12,5, ta razlika iznosi samo 3,6 godina u »korist« žena.⁶

3.2.4. Trendovi kretanja stanja zdravlja

U procjeni kretanja stanja zdravlja hrvatskog stanovništva veoma je važno uzeti u obzir kako su mnogi indikatori doživjeli značajne kvalitativne »padove« u razdoblju pojačane imigracije doseljenika izvan Republike Hrvatske, tj. u drugoj polovici 90-ih godina. Činjenici što je taj dio populacije prije doseljenja bio izvan dohvata hrvatskog sustava zdravstvene zaštite potrebno je pridodati i nepovoljne čimbenike kojima su doseljenici bili izloženi kroz duže razdoblje.

Posebice se to dobro može uočiti na čitavom nizu najznačajnijih indikatora – standardizirane stope smrtnosti za bolesti krvožilnog sustava, cerebrovaskularne bolesti, zloćudne novotvorevine, uzroci povezani s pušenjem – gdje stabilan trend smanjenja bilježi prekid u drugoj polovici 90-ih godina, nakon čega nastavlja kretanje jednakim intenzitetom.

Od po hrvatski zdravstveni sustav važnih indikatora, ishemična bolest srca bilježi svojom standardiziranom stopom smrtnosti veoma zabrinjavajuću tendenciju rasta, jer je u stalnom porastu već 20 godina te u usporedbi s EU pokazuje izrazito negativnu divergenciju.

3.3. ORGANIZACIJA ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

U Republici Hrvatskoj se zdravstvena zaštita osniva na načelima dostupnosti, pravičnosti, učinkovitosti, kvaliteti te na načelu osiguravanja sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite. Organizirana je kroz primarnu zdravstvenu zaštitu koju provodi opća medicina, hitnu medicinsku pomoć te sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu koju predstavljaju bolnice i poliklinike.

Broj jedinica primarne zdravstvene zaštite naglo se povećao u zadnjem desetljeću prošloga stoljeća. Takvo kretanje broja jedinica primarne zdravstvene zaštite posljedica je tranzicije sustava domova zdravlja u privatne jedinice primarne zdravstvene zaštite i to kroz zakup, ugovaranje zdravstvenih usluga liječnika opće medicine i usluga liječnika u privatnoj praksi koji nisu ugovorni subjekti Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO).

Sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita pokazuju jednu specifičnost koja se često spominje, a to je izražena gravitacija u kliničke bolnice koja na državnoj razini iznosi 49 posto, prema 43 posto za opće bolnice. Takva gravitacija uvjetovana je teritorijalnim rasporedom bolnica po skupinama, jer oko polovine stanovništva Republike Hrvatske živi ne samo u neposrednoj gravitacijskoj zoni neke od kliničkih bolnica, nego i predaleko od prve opće bolnice te time niti nema izbora.

3.3.1. Bolesničke postelje i kapaciteti

Jedan od čimbenika pri ocjeni učinkovitosti zdravstvene zaštite je broj bolesničkih postelja, koji u Republici Hrvatskoj prati smjer smanjenja prosjeka EU, te je za 2004. godinu iznosio 5,53 na 1000 stanovnika, što je najbliže prosjeku EU (6,0) dosad. Preliminarni podaci za 2005. godinu govore o 4,8 postelja na 1000 stanovnika.

Prosječan broj dana bolničkog liječenja u Republici Hrvatskoj konstantno se smanjuje, ali se zadržava uvijek za oko 2 dana više od prosjeka EU, pa tako 2004. prosječan broj dana liječenja za sve bolnice iznosi 10,7 a za kliničke i opće bolnice 8,3.

Zauzetost postelja u kliničkim i općim bolnicama za 2004. godinu u Republici Hrvatskoj

iznosi 86,54 posto bez značajnog trenda, dok je prosjek EU već 20 godina između 76,31 i 77,39 posto.

3.3.2. Medicinsko osoblje

Broj liječnika na 1000 stanovnika također prati europski smjer razvoja, koji je u porastu, pa tako Republika Hrvatska i tu bilježi zdrav i konstantan trend tijekom posljednjih 20 godina. No, budući da u 2004. u Republici Hrvatskoj djeluju 2,3 liječnika na 1000 stanovnika, što je oko 1 liječnik na 1000 stanovnika manje nego u EU, trend porasta mora biti u pozitivnoj divergenciji s europskim, tj. mora još strmije rasti kako bi Republika Hrvatska dostigla EU prosjek.

Znakovit je podatak o broju sestara kao sve važnijem čimbeniku pri pružanju zdravstvene zaštite i njezi pacijenata, posebno u uvjetima starenja populacije koje se događa u Republici Hrvatskoj. Republika Hrvatska po broju sestara na 1000 stanovnika od samo 5,2 u 2004. godini zaostaje za standardima EU za gotovo 60 posto, uz zabrinjavajuće negativno odstupanje, tj. udaljavanje od prosjeka EU. Trenutačno u Republici Hrvatskoj stanje nije sukladno pravnoj stečevini i pozitivnim standardima Europske unije.

3.3.3. Teritorijalna pokrivenost bolnicama

Primjenom GIS-analiza pokazalo se kako postoje područja u Republici Hrvatskoj s veoma slabom teritorijalnom dostupnošću bolnica, a za koja se donedavno, jer se baratalo samo uobičajenim indikatorima na razini županije, smatralo kako su čak dobro pokrivena.

Najočividniji primjer je kopneni dio južne Dalmacije između Dubrovnika i Splita gdje živi oko 140.000 stanovnika na zračnoj udaljenosti većoj od 40 km do najbliže bolnice, tako da najveći dio tog broja stanovnika putuje dulje od sat vremena do prve opće ili kliničke bolnice, a više od polovice tog broja mora putovati dva sata ili više. Kod otočnih dijelova cijele južne Dalmacije ta je pojava još izraženija.

Uz Splitsko-dalmatinsku i Dubrovačko-neretvansku županiju, županije s velikim brojem stanovnika koji su udaljeniji više od 40 km zračne linije do najbliže bolnice, još su Istarska, Primorsko-goranska, Ličko-senjska i Vukovarsko-srijemska.

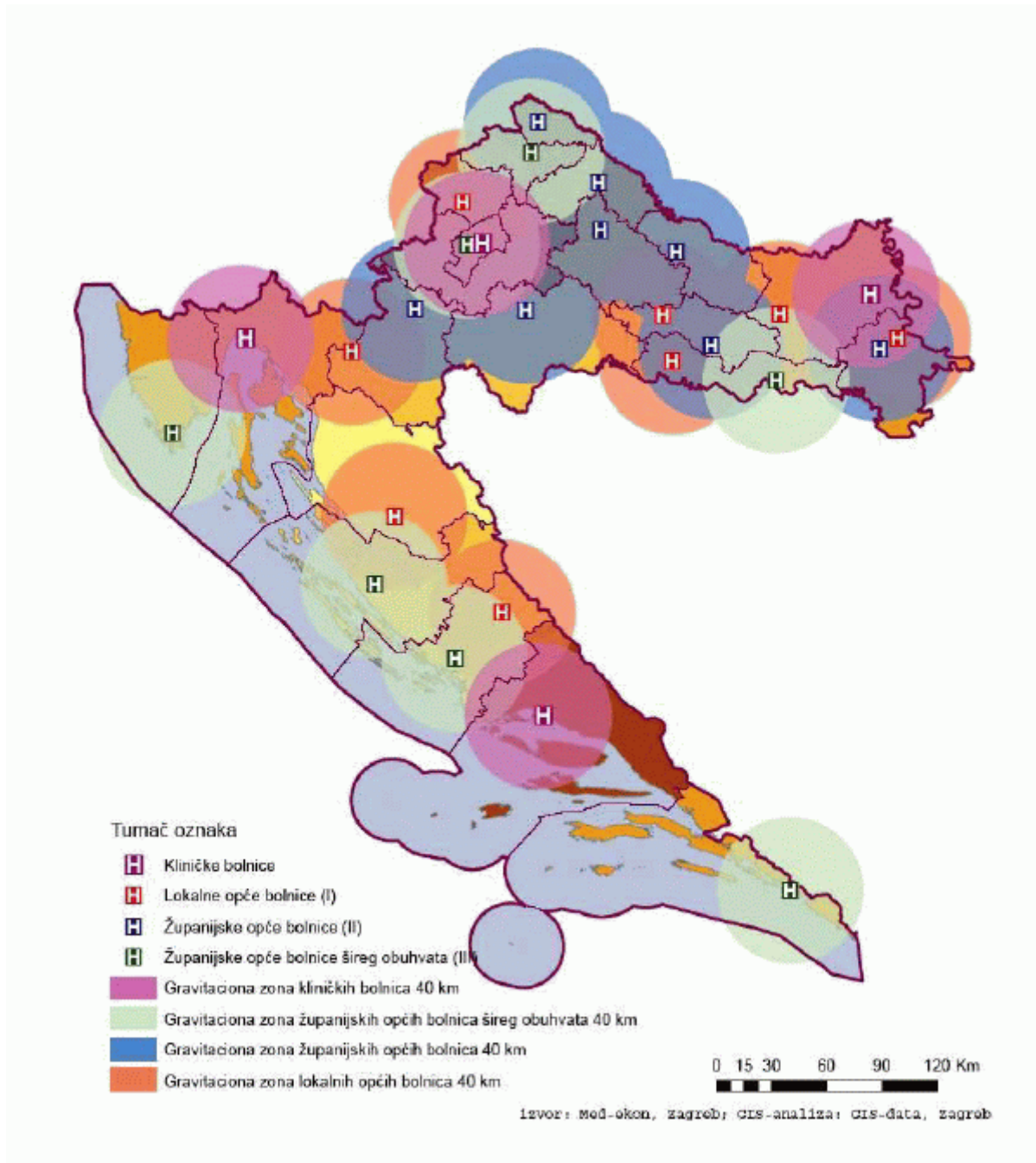
Tablica 4.

ŽUPANIJA	Broj stanovnika udaljenih više od 40 km zračne linije do najbliže bolnice
Splitsko-dalmatinska	78018
Dubrovačko-neretvanska	61930
Istarska	51622
Primorsko-goranska	23695
Ličko-senjska	16768
Vukovarsko-srijemska	11557
Sisačko-moslavačka	7394
Karlovačka	6770

Zadarska	1327
UKUPNO HRVATSKA	259081

Izvor podataka: Med-ekon, Zagreb

REPUBLIKA HRVATSKA – PROSTORNI RAZMJEŠTAJ KLINIČKIH I OPĆIH BOLNICA I NJIHOVE GRAVITACIJSKE ZONE



3.4. NAČIN FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

Hrvatski sustav zdravstva osniva se na Bismarckovom modelu financiranja, jer se oko 80% troškova zdravstvenog osiguranja financira doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje. Osim toga, člankom 68. Zakona o zdravstvenom osiguranju predviđeno je financiranje zdravstvenog osiguranja i iz proračuna (poreza) što je inače osobina Beveridge modela. Slijedom navedenog, hrvatski sustav zdravstva ima značajke mješovitog sustava financiranja. Iako se naziva mješoviti sustav, izvor financiranja je gotovo isključivo javan, jer se financiranje ostvaruje većim dijelom iz doprinosa i poreza (transferi iz državnog proračuna). Ovaj način mješovitog sustava financiranja zdravstva građanima je nerazvidan.

Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj pretežito se financira izravnim financiranjem putem doprinosa na plaću (više od 80 %), manjim dijelom sredstvima iz državnog i županijskog proračuna (porez), donacijama, sredstvima iz dobrovoljnih osiguranja te izravnim plaćanjem pacijenata (doplata, administrativna pristojba te ostala plaćanja).

Početak 2002. godine zdravstveni sustav Republike Hrvatske utvrđen je na poseban način s time da je HZZO-u promijenjen status izvanproračunskog fonda, te je postao dio središnjeg državnog proračuna. Doprinosi za zdravstveno osiguranje uplaćuju se na račun riznice (središnjeg državnog proračuna), ali i dalje, s obzirom na zakonsko uređenje zdravstvenog sustava, zadržavaju obilježje doprinosa i prate se odvojeno od ostalih prihoda, a obveze HZZO-a izmiruju se u mjesečnom iznosu od 1/12 godišnje planiranih sredstava za pojedine namjene. Razvojem sustava riznice, preciznom analizom potrebno je ustvrditi mogućnosti opstojnosti zdravstvenog osiguranja u sklopu riznice u odnosu na mogućnosti samostalnog sustava financiranja zdravstva, a s obzirom na mogućnosti daljnjeg razvoja zdravstvenih osiguranja u Republici Hrvatskoj.

Na osnovi sklopljenih ugovora bolnicama se doznačuju sredstva iz proračuna za pružene zdravstvene usluge. Iz proračuna se doznačuju i sredstva za naknade za redoviti i dodatni rodiljni dopust. Za svu ostalu zdravstvenu zaštitu sredstva iz proračuna doznačuju se HZZO-u, odakle se obavljaju plaćanja.

Ukupna potrošnja za zdravstvo može se podijeliti na javnu i privatnu potrošnju. Javna potrošnja predstavlja potrošnju financiranu iz javnih fondova, državnog, regionalnog i lokalnog proračuna uključujući socijalno osiguranje. Nadalje, javnu potrošnju predstavljaju i investicije u sustavu zdravstva iz državnih fondova, kao što je izgradnja infrastrukture te financiranje kupnje medicinske opreme.

Privatna potrošnja za zdravstvo predstavlja potrošnju iz privatnih izvora, kao što su izravno plaćanje (doplata, administrativna pristojba) i dobrovoljno osiguranje. Prema podacima Svjetske banke, privatna potrošnja u Republici Hrvatskoj iznosi manje od 1 % dok je u državama Europske unije u prosjeku oko 7%.

Republika Hrvatska za zdravstvo troši relativno veliki dio BDP-a. Krajem devedesetih godina postojalo je razdoblje nagle eskalacije troškova koje je vrhunac doseglo 2000. godine kada je ukupna potrošnja za zdravstvo predstavljala 10,2% BDP-a. Javna potrošnja za zdravstvo iznosila je 8,2%, a privatna 2% BDP-a. Ukupna potrošnja HZZO-a, ne računajući naknade i pomoći, do 2000. godine rasla je brže od BDP-a te je 2000. godine iznosila 8,0% BDP-a. Nakon 2000. godine porast potrošnje je zadržan ispod stope rasta BDP-a te je 2005. godine iznosila 5,8% BDP-a. Porast izdataka ugovornih subjekata te izostanak financijske kontrole, posebno u razdoblju od 2000. do 2003. godine, doveo je do deficita koji su se povremeno pokrivali iz državnog proračuna.

Budući da do kraja 2001. godine nisu u cijelosti provedeni nužni reformski zahvati, čiji cilj je morao biti racionalizacija, kako u kadrovskom, tako i u financijskom poslovanju zdravstvenih subjekata, te kako HZZO nema nikakvu kontrolu nad zdravstvenim ustanovama, već je potonje u nadležnosti osnivača (države i županije, odnosno Grada Zagreba), to je situacija u poslovanju zdravstvenih ustanova-bolnica na dan 31. 12. 2001. godine pokazala da neplaćene

obveze preko 90 dana potonjih iznose oko 876 milijuna kuna dok neplaćene obveze preko 90 dana zdravstvenih subjekata na primarnoj razini zdravstvene zaštite iznose daljnjih 58 milijuna kuna, odnosno ukupno zdravstvene ustanove 946 milijuna kuna.

Sagledavajući financijsku situaciju u cjelokupnom sustavu zdravstva, Vlada se odlučila na sanaciju kojom su se podmirile obveze zdravstvenih ustanova prema dobavljačima za lijekove, sanitetski materijal, krv i krvne pripravke, živežne namirnice, energiju, za repromaterijal te za proizvodne i neproizvodne usluge. Isto tako, sanacijom su se pokrila i dugovanja prema zaposlenicima na područjima od posebne državne skrbi.

Samo 2004. godine uplaćeno je više od 3,0 milijarde kuna na ime podmirenja obveza po dospjelom kreditnom zaduženju HZZO-a iz 2000., 2002. i 2003. godine te na ime sanacije dugovanja zdravstvenih ustanova prema veledrogerijama za dugove iz 2003. godine. Ako se potrošnji HZZO-a pridodaju spomenuta sredstva te potrošnja iz državnog, regionalnog i lokalnog proračuna i sredstva za kapitalne investicije (decentralizirana sredstva), javna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 7,7% BDP-a. Procijenjena privatna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 2,0% BDP-a. Slijedom navedenog, ukupna potrošnja za zdravstvo u 2004. godini iznosila je 9,7% BDP-a. Međutim, potrebno je napomenuti da je ukupna potrošnja za zdravstvo 2003. godine iznosila 8,9 % BDP-a, a 2005. godine 8,7% BDP-a.

U bolničkim ustanovama u Republici Hrvatskoj u 2004. godini bilo je ugovoreno 21.815 postelja, od čega 15.855 za akutna stanja i 5.960 za subakutna i kronična stanja.

Ukupno iskazane obveze na dan 31. 12. 2004. godine u 14 kliničkih ustanova zajedno iznosile su 1,28 milijardi kuna, od čega su obveze više od 90 dana 485,5 milijuna kn. Ukupno iskazane obveze općih bolnica na isti dan iznosile su 889,8 milijuna kuna, od čega obveze više od 90 dana 444,9 milijuna kuna. Ukupno iskazane obveze specijalnih bolnica na dan 31. 12. 2004. godine iznosile su 180,8 milijuna kuna, od čega obveze više od 90 dana 60 milijuna kuna. Rast obveza bolničkih ustanova u 2004. godini je usporen, ali je i dalje prisutan.

Uočivši potrebu za jačanje fiskalne discipline u zdravstvenom sustavu, a da bi umanjila godišnji deficit koji ima negativan utjecaj, kako na zdravstveni sustav, tako i na fiskalnu situaciju u cjelini, Vlada je uvela mjere koje imaju za cilj povećati izvore prihoda (prihodi iz privatnih izvora: doplata, administrativna pristojba, dobrovoljna osiguranja), ojačati fiskalnu disciplinu i upravljanje sredstvima (financijska odgovornost osnivača zdravstvene ustanove za negativan financijski rezultat poslovanja), ograničiti troškove od strane dobavljača (objedinjena nabava) te reformom ograničiti troškove plaćanja davateljima usluga.

Ministarstvo nadležno za zdravstvo donijelo je tijekom 2004. i 2005. godine 35 hitnih mjera za smanjivanje potrošnje i stabilizaciju sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja koje su kao novi elementi ugrađene u ugovore primarne zdravstvene zaštite, specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te bolničke zdravstvene zaštite.

Sustav plaćanja primarne i bolničke zdravstvene zaštite je mješovit i uključuje nekoliko mehanizama te se, u skladu s trendom u drugim sustavima, neprestano mijenja i unapređuje. Plaćanje zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja se putem glavarine. Od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja cijena puta usluga (fee for services) u početku za preventivne programe, a kasnije i za kurativu. Od 2005. godine uz navedeni mehanizam plaćanja u primarnu zdravstvenu zaštitu uvodi se i mehanizam PPTP (Plaćanje po terapijskom postupku).

Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnih proračuna – limita koji ustanove pravdaju ispostavljenim računima za izvršeni rad. Uz definiranje ukupnog proračuna (global budget) bolnička zdravstvena zaštita plaćena je mehanizmima cijena puta usluga (fee for services) i plaćanje po terapijskom postupku (PPTP).

Bolničke zdravstvene ustanove ugovaraju proračun s HZZO-om na razdoblje od godine dana, odnosno ugovara se određeni broj postelja, dijagnostički i terapijski postupci i sl.

Kapitalne investicije u sustavu zdravstva odvojeno se financiraju putem ministarstva nadležnog za zdravstvo, HZZO-a, lokalnih uprava (decentralizirana sredstva) i donacija. Plaće zaposlenih u zdravstvu isplaćuju se u skladu s Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja koji je na snazi od siječnja 2005. godine. Apsolutne veličine zdravstvene potrošnje vidljive su iz Tablice 5.

Tablica 5.

Potrošnja za zdravstvo u Republici Hrvatskoj

	2003.*	2004.*	2005.*
Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi	313.232.999	206.451.321	631.462.320
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	14.220.019.860	14.004.842.115	14.729.000.000
a) zdravstvena zaštita	11.940.357.139	11.748.425.229	12.496.812.000
b) naknade	1.880.444.037	1.898.132.338	1.857.800.000
c) ostalo	399.188.684	358.284.548	374.388.000
Obveze po dospjelim kreditnim zaduženjima [”]		2.488.666.275	850.000.000
Sanacija dugovanja prema veledrogerijama ^{”*}		533.013.285	
Decentralizirana sredstva	398.059.917	389.380.924	398.059.917
UKUPNO ^{””}	13.050.868.739	15.784.251.582	14.750.722.237

*Podaci izdvajanja za zdravstvo za 2003. i 2004. godinu predstavljaju izvršenje, dok podaci za 2005. godinu predstavljaju plansku veličinu.

** Podmirenje obveza po dospjelim kreditnim zaduženjima HZZO-a iz 2000., 2002. i 2003. godine te kreditno zaduženje u 2005. godini za obveze iz 2004. godine.

”Sanacija dugovanja zdravstvenih ustanova prema veledrogerijama za dugove iz 2003. godine.

**** Ne uključuje privatnu potrošnju. Prema procjeni WHO-a privatna potrošnja za zdravstvo u Hrvatskoj iznosi 18,2% ukupne potrošnje za zdravstvo, odnosno 2% BDP-a. Ne uključuje naknade. Ne uključuje izdvajanja lokalne (regionalne) samouprave za zdravstvo koja prema procjeni Vlade RH iznose 0,1 % BDP-a.

S obzirom na aktualnost rasprava i po svemu sudeći daljnjih rješenja vezanih uz intenciju decentralizacije u predstojećem razdoblju, o tome se mogu iznijeti sljedeće činjenice: Na stanja u sustavu zdravstva do 2001. godine utjecala je i zakonska promjena kojom je ukinut obračun amortizacije dugotrajne imovine u zdravstvenim ustanovama u skladu s Pravilnikom o knjigovodstvu i računskom planu neprofitnih organizacija (»Narodne novine«, br. 20/94.). Time je zdravstvenim ustanovama onemogućeno osiguranje potrebnih sredstava za investicijsko održavanje prostora i opreme. Izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju koji je stupio na snagu 1. srpnja 2001. godine stvoreni su uvjeti za

decentralizaciju financiranja zdravstvenih ustanova u vlasništvu županija i Grada Zagreba. Izmjenama i dopunama Zakona o financiranju jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave («Narodne novine», br. 59/01.) utvrđeni su način i izvori sredstava za pokriće decentraliziranih troškova ustanova u području zdravstva.

Sredstva se prenose i osiguravaju gradovima i županijama ustupanjem dodatnog udjela u porezu na dohodak za investicijsko održavanje zdravstvenih ustanova u vlasništvu županija odnosno Grada Zagreba u iznosu od 2,5%, a iz sredstava potpore izravnavanja-pozicije u državnom proračunu RH osigurava se razlika nedostajućih sredstava za pokriće utvrđenih obveza.

Odlukama o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije zdravstvenih ustanova u 2001. i 2002. godini omogućeno je korištenje odobrenih sredstava za investicijsko održavanje prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava zdravstvenih ustanova, a za 2003. godinu uz investicijsko održavanje predviđena je i mogućnost investicijskog ulaganja u prostor, medicinsku i nemedicinsku opremu i prijevozna sredstva zdravstvenih ustanova. U 2001. godini odobreno je 192 milijuna kuna za decentralizirane funkcije, 2002. godine 385 milijuna kuna, 2003. godine 398 milijuna kuna, 2004. godine 389 milijuna kuna, a 2005. godine 398 milijuna kuna.

Radi usporedbe podataka potrebno je napomenuti da su ukupna izdvajanja za investicijsko ulaganje u 2004. godini iznosila 502,9 milijuna kuna, a 2005. godine 577,8 milijuna kuna. Iznosi sredstava za decentralizirane funkcije utvrđeni su u ukupnom iznosu na godišnjoj razini za svaku županiju, a same županije obavljaju raspored dodijeljenih sredstava između zdravstvenih ustanova na svom području, uvažavajući svrhu i kriterije utvrđene Odlukom. Decentralizacijom dijela financiranja upotpunjuje se postupak decentralizacije sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj u cjelini. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1997. godine decentralizirano je vlasništvo zdravstvenih ustanova na način da su kliničke ustanove ostale u državnom vlasništvu, dok su zdravstvene ustanove na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite vlasništvo županija, odnosno Grada Zagreba.

Izradom Mreže zdravstvene djelatnosti postignuta je decentralizacija kapaciteta i to na razini zdravstvenih regija u skladu sa zdravstvenim potrebama stanovništva.

Decentralizacija upravljanja u zdravstvenim ustanovama postignuta je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti kojim je utvrđeno da vlasnik zdravstvene ustanove imenuje članove upravnog vijeća ustanove čime dobiva izravnu mogućnost upravljanja potonjom, ali stječe i financijsku odgovornost za negativan rezultat poslovanja ustanove. Nažalost, potonje nije bilo adekvatno uređeno Zakonom, te se financijska odgovornost vlasnika kontinuirano zanemarivala.

U skladu s navedenim, od lokalnih se vlasti očekuje doprinos u subvencioniranju određenih kategorija osiguranika. Međutim, u 2002. godini lokalne vlasti potrošile su svega 3,3% svog proračuna na zdravstvene usluge. Stoga, lokalne vlasti, županijske kao osnivači, ali i gradske vlasti, moraju poboljšati svoje kapacitete i poduzeti mjere iz svoje nadležnosti kako bi preuzele odgovornost koja im je dodijeljena decentralizacijom sustava zdravstva.

S mnogo objektivnosti može se i mora utvrditi da je jedan od glavnih problema u području vođenja zdravstvene politike, a napose u dijelu financiranja, problematika neproporcionalno visokih i po općem sudu neopravdanih izdataka za lijekove. Iz tog razloga potrebno je o tome iznijeti sljedeća mišljenja:

Poduzete mjere u području farmakoekonomike, ponajprije donošenjem Zakona o lijekovima i niza pravilnika ministarstva nadležnog za zdravstvo, Agencije za lijekove i provedbenih akata HZZO-a utjecat će se na smanjenje potrošnje za lijekove.

Zakonom o lijekovima i medicinskim proizvodima iz 2003. godine uređeno je tržište lijekova

u Republici Hrvatskoj. Zakon uređuje postupak ispitivanja lijekova, stavljanja u promet i proizvodnju, označavanje i klasifikaciju, oglašavanje te nadzor lijekova i praćenje nuspojava. U svrhu postizanja optimalne opskrbe potrebnim lijekovima za zdravstvenu zaštitu stanovništva, cijene lijekova na hrvatskome tržištu moraju biti primjerene socijalnome ustroju Republike Hrvatske. Slijedom navedenog donesen je Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i načinu izvještavanja o cijenama na malo. Cijene lijekova se određuju osnovom usporedne cijene u Italiji, Francuskoj i Španjolskoj (Češkoj i Sloveniji) te osnovom razine usporedne cijene i farmakoeekonomskih studija. Nadalje, cijena se može odrediti i izravnim pregovaranjem, odnosno licitacijom na godišnjoj razini.

Dodatan poticaj smanjenju potrošnje za lijekove može se postići uvođenjem sustava referentnih cijena. Sustav referentnih cijena osniva se na određivanju cijene lijekova istog generičkog sastava kojeg financira HZZO osnovnim osiguranjem na način da za najmanje jedan lijek (u skupini istog sastava) u cijelosti podmiruje troškove, dok za ostale lijekove istoga generičkog sastava razliku između referentne i stvarne cijene lijeka pokriva osiguranik izravnim plaćanjem. Iskustva zemalja EU (Njemačka, Irska, Slovačka) koje su uvele taj sustav ukazuju na moguće smanjenje potrošnje za lijekove na recept na godišnjoj razini u prvoj godini primjene za oko 10%. Sustavom referentnih cijena utvrđuju se dvije liste lijekova, osnovna (esencijalna) na kojoj su lijekovi u cijelosti pokriveni osnovnim osiguranjem i druga, dopunska na kojoj su lijekovi čiju cijenu dijelom podmiruje obvezno osiguranje, a dijelom osiguranik izravnim plaćanjem (doplatom ili dobrovoljnim osiguranjem).

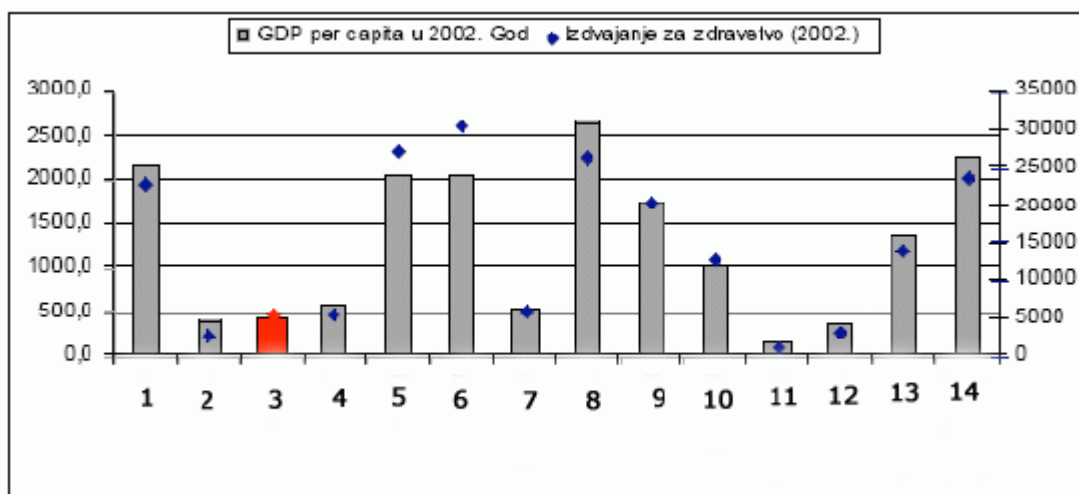
Osim određivanjem cijene lijekova kontrola potrošnje za lijekove postiže se i ograničavanjem broja recepata po osiguraniku, odnosno broja lijekova po jednom receptu. Jedna od mogućnosti je i uvođenje ograničenja potrošnje za lijekove na razini primarne zdravstvene zaštite, odnosno na razini liječnika ovisno o broju i strukturi pacijenata (fundholding).

Upravo u sadašnjoj fazi intenzivnog pregovaranja za ulazak u članstvo EU korisno je iznijeti barem nekoliko podataka o visini sredstava koja se izdvajaju iz bruto društvenog proizvoda u Republici Hrvatskoj u odnosu na neke od zemalja iz EU.

Ti podaci su predočeni kao Prikazi 5 i 6.

Prikaz 5.

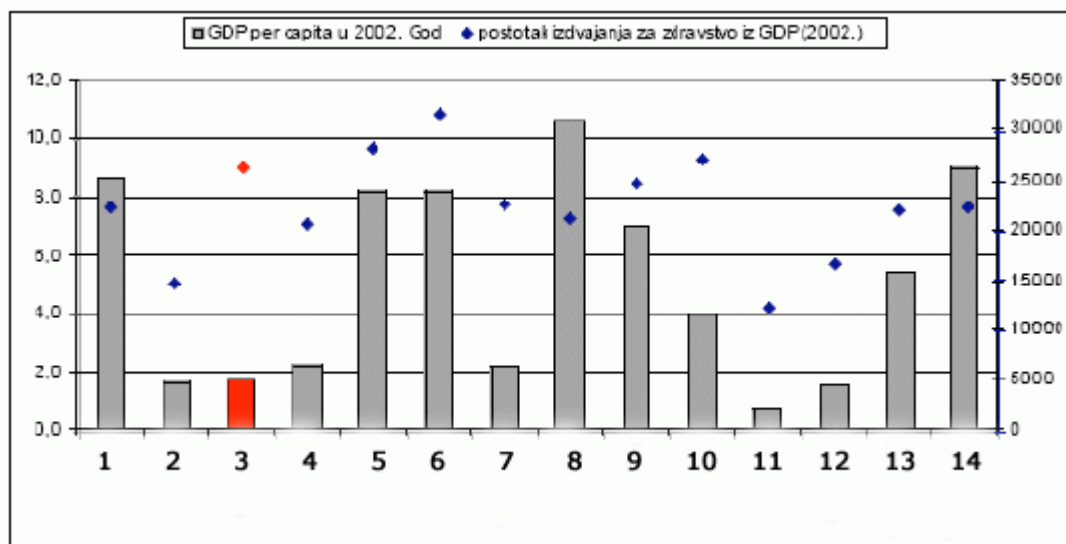
Izdvajanje za zdravstveno i bruto društveni proizvod za 2002. godinu



▪GDP per capita u 2002. god. izdvajanja za zdravstvo (2002).

Prikaz 6.

Postotak izdvajanja za zdravstvo i bruto društveni proizvod za 2002. godinu



Legenda:	4. Češka	8. Irska	12. Slovačka
1. Austrija	5. Francuska	9. Italija	13. Španjolska
2. Estonija	6. Njemačka	10. Portugal	14. Velika Britanija
3. Hrvatska	7. Mađarska	11. Rumunjska	

3.5. OCJENA SADAŠNJEG STANJA ZDRAVSTVA

Prilikom ocjenjivanja sadašnjeg stanja zdravstva vrednuju se čimbenici koji moraju biti rezultanta učinkovitosti sustava zdravstva i odražavati svrhovitost njegovog funkcioniranja. To drugim riječima znači da je pri ocjenjivanju hrvatskog sustava zdravstva potrebno procijeniti u kojoj je mjeri taj sustav pridonio ispunjenju bitnih ciljeva svake primjerene zdravstvene politike, koja se, sažeto govoreći, usredotočuje na nekoliko sastavnica, od kojih su ključne: produženje životnog vijeka, život oslobođen štetnih utjecaja na zdravlje, poboljšanje zdravstvenog stanja i kvalitete življenja te funkcionalne i radne sposobnosti. Nadalje, sustav zdravstva u službi zdravstvene politike mora primjenjivati i njegovati ključne značajke napredne zdravstvene politike, a to su: dostupnost zdravstvene zaštite, pravičnost u prihvatu zdravstvene zaštite, učinkovitost u postupcima utvrđivanja potreba i terapijskim i rehabilitacijskim postupcima, kvaliteta u provođenju zdravstvene skrbi te osiguravanje sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite.

Proučavajući sve komponente dostupnosti (fizičke, teritorijalne, vremenske, ekonomske i psihološke), mora se ustanoviti kako je dostupnost provedena ujednačeno, jer kao što to izneseni podaci pokazuju broj jedinica zdravstvene zaštite na primarnoj razini je primjeren pa bi razina primarne zdravstvene zaštite morala biti ocijenjena zadovoljavajućom.

Međutim, u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti postoji velika neujednačenost u broju raspoloživih bolničkih postelja, promatrano prema županijama, ako se pri tome - kao što to korektno ispitivanje zahtijeva – uvažava gustoća stanovništva po županijama.

Pri tome se mora razmotriti i pitanje racionalnosti:

Prilikom razmatranja rečenih pokazatelja potrebno je promotriti kretanja u svijetu, a posebice u razvijenijim zemljama, naročito onima u zapadnoj i sjevernoj Europi ili još preciznije u zemljama članicama EU, koja ukazuju na pojavnost smanjenja broja bolničkih postelja što se kompenzira ili drugačijom organizacijom bolničkog rada (s vrlo opravdanim i visokoracionalnim forsiranjem tzv. dnevnih bolnica) ili osnivanjem socijalno-medicinskih ustanova tipa palijativnih bolnica i hospicija, odnosno organizacijom kućnog liječenja i kućne njege čime se smanjuju visoki troškovi bolničkog liječenja.

Osim toga, potrebno je ispitati i prostornu raspoređenost bolnica u smislu poboljšanja dostupnosti sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi uz racionalnost bila postignuta i maksimalna učinkovitost za sve stanovnike Republike Hrvatske, jer trenutačno oko 6 % stanovništva mora daleko putovati do najbliže bolnice.

Drugim riječima, sve gore navedeno pruža velik prostor za postupke kategorizacije i akreditacije bolnica.

Istraživanja provedena u svezi s provođenjem tercijarne zdravstvene zaštite pokazala su da se 49% svih specijalističko-konzilijarnih usluga obavlja u ustanovama tercijarne zaštite što ukazuje na određeni neracionalan pristup, a koji je jedan od čimbenika stvaranja bolničkih listi čekanja.

Govoreći o tercijarnoj zaštiti, mora se ukazati i na još jedan fenomen.

Iako se određenoj zdravstveno-obrazovnoj decentralizaciji, u smislu formiranja i funkcioniranja zdravstvenih fakulteta u središtima izvan glavnoga grada, ne može prigovoriti, valja imati na umu kako se u tim središtima mora osposobljavati visokoobrazovni kadar, u ovom slučaju se ponajprije misli na liječnike, pa je pretpostavka da su zdravstveno-obrazovne ustanove u svojim mogućnostima osposobljavanja ujednačene s pretpostavkom »produkcije« visokoobrazovanih stručnjaka ujednačene osposobljenosti za obavljanje svojih funkcija u sustavu zdravstva.

Međutim, ostaje dojam da su – kvantitativno i kvalitativno promatrajući – ustanove tercijarne zdravstvene zaštite pretjerano koncentrirane u glavnom gradu tako da izostaje toliko koristan i željen policentrizam u smislu izvođenja visokosofisticiranih zahvata specijalizirane zdravstvene zaštite na jednom mjestu u državi koje ni u kojem slučaju ne bi trebalo uvijek biti izjednačeno s glavnim gradom.

Što se tiče učinkovitosti, razmotri li se stanje na razini primarne zdravstvene zaštite, mora se konstatirati kako su u tijeku neka kretanja koja izazivaju određenu zabrinutost. Naime, podaci pokazuju da se smanjuje profesionalna kompetentnost timova primarne zdravstvene zaštite jer stalno raste korištenje polikliničko-specijalističke zaštite pa se u pojedinim razdobljima (u razmaku od pet godina) broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite od liječnika primarne zdravstvene zaštite uvećao za 30%. S druge strane, smanjuje se broj preventivnih usluga čije su pojavnosti u izrazitoj opreci s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva.

Primarna zdravstvena zaštita morala bi rješavati glavninu zdravstvenih problema (70 – 80 %) tako da tim liječnika primarne zdravstvene zaštite i patronažna služba postane voditeljem pacijenata kroz »labirint« sve zamršenijeg ustroja sustava zdravstva i da on, najviše od svih medicinskih timova, pruža sveobuhvatnu zaštitu koja se sastoji od promotivnih, preventivnih i intervencijsko-rehabilitacijskih mjera, dakle cjelokupnog spektra zdravstvenih usluga.

U skupinu dominantnih problema ulazi i sporo rješavanje institucionalnog statusa primarne zdravstvene zaštite, egzistiranje triju vrsta tzv. privatizirane primarne zdravstvene zaštite (zakup, ugovaranje na tržištu zdravstvenih usluga slobodnog liječnika i potpuno nezavisnog

istog takvog liječnika), onda se u ovoj razini zdravstvene zaštite nailazi na splet problema koji zahtijevaju svoja strateški provedbena rješenja počevši od institucionalnog, individualnog i grupnog organiziranja pa do pronalaženja mogućnosti i situacija koje liječnika primarne zdravstvene zaštite maksimalno stimuliraju (npr. fund-holding, gate-keeping) da zaista postane središnja ličnost sustava zdravstva, u neposrednom i neprestanom kontaktu s građanima koji su se za njega opredijelili, te da svojom stručnom i iz dana u dan boljom kompetentnošću i dobrom opremljenošću rješava zdravstvene probleme građana u partnerskom odnosu s njima.

Time liječnik primarne zdravstvene zaštite daje ozbiljan doprinos stabilizaciji cjelokupnog zdravstva, potvrđuje svoju poziciju u tom sustavu, uživa ugled kakav mu je namijenio osnivač domova zdravlja u Republici Hrvatskoj i u svijetu profesor Andrija Štampar, koji je i u Europi, posebice Velikoj Britaniji, stekao velik ugled i uvažavanje. Na taj način davanje prednosti i prvenstva primarnoj zdravstvenoj zaštiti neće više biti samo fraza, već zahvalan realitet.

Ljekarnička djelatnost dio je zdravstvene djelatnosti od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju obavljaju magistri farmacije. Osigurava pučanstvu opskrbu i izradu lijekova te opskrbu medicinskim, homeopatskim i dijetetskim proizvodima, dječjom hranom te kozmetičkim i drugim sredstvima za zaštitu zdravlja.

Ljekarnička djelatnost na razini primarne zdravstvene djelatnosti obavlja se u javnim ljekarnama organiziranim u ljekarničkim ustanovama ili kao privatna praksa, a na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u bolničkim ljekarnama.

Potrebe za zdravstvenom skrbi a time i troškovi za zdravstvo posljednjih godina svugdje u svijetu značajno rastu, što ne mogu pratiti ni mnogo bogatije zemlje od naše. Razlozi su starenje populacije, uslijed dužeg životnog vijeka, pojava novih bolesti čije je liječenje dugotrajno i skupo, primjena novih ali i skupljih medicinskih postupaka i lijekova, povećana svijest pojedinaca o održavanju zdravlja i očekivanja bolje kakvoće zdravstvene skrbi. U takvim se okolnostima i pred ljekarništvo postavljaju nove zadaće s ciljem postizanja sigurnijeg, učinkovitijeg i jeftinijeg liječenja pa se i uloga ljekarnika bitno mijenja.

Farmaceutska skrb koju promiče Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) podrazumijeva i preuzimanje dijela odgovornosti za ishod liječenja. Za provođenje farmaceutske skrbi neophodna je dobra suradnja ljekarnika s pacijentom i njegovim liječnikom radi praćenja farmakoterapije i poboljšanja kvalitete života bolesnika. Od ljekarnika se zahtjeva, osim savjetovanja i informiranja pacijenta o lijekovima, praćenje tijeka i ishoda farmakoterapije, uočavanje teškoća pri primjeni lijekova te neželjenih nuspojava ili interakcija i rješavanje tih problema, sudjelovanje pri izboru lijekova (posebice onih za samoliječenje), te evidentiranje zapažanja i postupaka. To je strukturirani proces koji omogućuje pacijentu da lijekove rabi na najbolji način. Koncept farmaceutske skrbi nije statičan i jednoznačan već se razvija i ugrađuje u ljekarničku praksu na temelju potreba zdravstvene skrbi, pri čemu uloga ljekarnika u zdravstvenom sustavu treba biti jasno definirana.

Provedbu smjernica SZO-a i provođenje farmaceutske skrbi te ostvarivanje zacrtanog razvoja ljekarništva u Europi podržavaju i olakšavaju izradom projekata i protokola organizacije EuroPharm Forum pri Regionalnom uredu za Europu SZO-a, Međunarodna farmaceutska federacija (FIP) te Farmaceutska grupacija EU (PGEU), čiji su članovi i u čiji su rad uključeni i hrvatski ljekarnici putem Hrvatskoga farmaceuskog društva.

U ocjeni sekundarne zdravstvene zaštite mora se uočiti da u kvantitativnom pogledu po broju bolnica i bolničkih postelja Republika Hrvatska pripada donjoj trećini europske ljestvice.

Dapače, broj postelja se i dalje smanjuje što se također može uvrstiti u prevladavajuće europske trendove.

Ono što zabrinjava u pojedinim ustanovama jest pretjerana doza spontanosti i nesustavnosti – u prvom redu u razmještaju bolničkog krevetnog fonda, odnosno prevelikih amplituda u broju

bolničkih postelja unutar Republike Hrvatske prema županijama, kao i određeni zaostatak u traženju novih stilova rada (npr. dnevne bolnice, pomanjkanje dostatne suradnje s primarnom zdravstvenom zaštitom radi organiziranja kućnog liječenja i kućne njege).

Osim toga, struktura postelnog fonda ne slijedi tranziciju slike pobola.

Unutarnja organizacija bolnica također je šarolika, nerijetko ovisna o utjecajima, više subjektivnog nego objektivnog karaktera.

Zbog tih i takvih dominantnih problema, mnogo se očekuje od uvođenja nekih snažnijih instrumenata regulacije bolničkog podsustava, a to su kategorizacija i akreditacija.

Tercijarna zdravstvena zaštita također pati od neravnomyjernosti i to dvostruke: u odnosu na sekundarnu zdravstvenu zaštitu ona je u nekim sredinama pretjerano razvijena, što rezultira začuđujuće visokim udjelom specijalističko-konzilijarnih pregleda u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, ta »elitistička« pojava ukazuje na svojevrsnu neracionalnost koja pogoduje težnji da sami domovi zdravlja organiziraju svoju specijalističku službu kako – zbog potrebnih konzultacija – primarna zdravstvena zaštita ne bi morala koristiti tercijarnu zdravstvenu zaštitu.

Druga neravnomyjernost je na razini osposobljenosti pojedinih klinika i kliničkih centara u medicinskim sveučilišnim gradovima u Republici Hrvatskoj gdje bi spektar tercijarnih djelatnosti, pa i njihova razina u svim fakultetskim središtima Republike Hrvatske, morala biti ujednačenija. Slično se može uočiti i u pomanjkanju policentričnog pristupa u razvitku najsofisticiranijih oblika zdravstvene zaštite u zemlji.

Promatranjem pokazatelja javnozdravstvenih institucija može se utvrditi i pohvaliti napor učinjen nakon osnivanja države koji je rezultirao uspješnim rješenjem da svaka županija posjeduje svoj županijski zavod za zaštitu zdravlja.

U županijama u kojima dolazi do uspješnije i trajnije suradnje na području promotivno-preventivnih programa s domovima zdravlja može se očekivati i željeni povoljan ishod, tj. smanjenje rizičnih faktora, uzroka sve izraženije incidencije i prevalencije kroničnih nezaraznih bolesti.

U ocjeni zdravlja nacije registriraju se ambivalentna stajališta. S jedne se strane sa zadovoljstvom prihvaća ocjena Svjetske zdravstvene organizacije, jasno izražena u jednom njihovom informativnom aktu⁸ u kojem se doslovno kaže:

»Temeljeno na mortalitetnim indikatorima, stanje zdravlja u Republici Hrvatskoj je vjerojatno bolje nego bi se moglo očekivati prema danoj ekonomskoj situaciji kao i u usporedbi s nekoliko sličnih zemalja. Republika Hrvatska se uistinu, prema nekoliko zdravstvenih indikatora, približava više prosjeku Europske unije, nego određenom broju referentnih zemalja.«

Jednako tako u pozitivnu ocjenu ulazi i činjenica da je u skupini od 20-ak tranzicijskih zemalja po najvažnijim zdravstvenim indikatorima (dojenačka smrtnost, očekivano trajanje života, materalna smrtnost) Republika Hrvatska u grupi vodećih (bolje su u pravilu samo Češka i Slovenija), što se zacijelo mora pripisati tradicionalno održavanoj mreži primarne zdravstvene zaštite i umješnosti u postupcima sekundarne i tercijarne zaštite.

Svakako se u manje afirmativne pojavnosti mora ubrojiti presporo smanjivanje bitnih uzročnika smrtnosti, tj. krvožilnih bolesti, što se ne podudara s kretanjima u Europskoj uniji gdje se smanjuje udio smrtnosti od krvožilnih bolesti u prvom redu zahvaljujući velikoj zdravstvenoj promidžbi i osmišljenim akcijama u borbi protiv rizičnih čimbenika, u prvom redu protiv navike pušenja.

Proizlazi da je Republika Hrvatska ponovno nositelj prvenstva u borbi za promociju zdravlja koje potječe iz prve polovice prošlog stoljeća⁹, iako se moraju istaknuti i drugi pozitivni primjeri, primjerice u svijetu najbolje organizirana borba protiv dijabetesa, i to kroz integralan sustav (promocija zdravlja, prevencija bolesti, terapija, rehabilitacija).

4. CILJEVI STRATEGIJE RAZVITKA ZDRAVSTVA ZA RAZDOBLJE 2006. – 2011. GODINE

Osnovni ciljevi strategije su unaprijediti zdravstveni sustav do 2011. godine tako da zadovolji potrebe građana Republike Hrvatske za kvalitetnom stručno medicinskom zdravstvenom skrbi koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima, a obuhvaća sprečavanje bolesti, sprečavanje profesionalnih bolesti, edukaciju o zdravlju, ranom prepoznavanju rizika bolesti te liječenje i rehabilitaciju bolesnih.

Pod pojmom unapređenja sustava misli se na zdravstvenu infrastrukturu (prostor, opremu, kadar). Glede prostora i opreme potrebno je uvažiti suvremene standarde i normative, a glede kadra u zdravstvu definirati minimalne potrebe prema djelatnostima kao i edukaciju na svim razinama, sukladno Bolonjskom procesu, Direktivi 88/03 i Direktivi 36/05 EU.

Unaprijediti sustav zdravstvenog osiguranja koji će do 2011. godine omogućiti kvalitetno funkcioniranje zdravstvenog sustava uz istodobno uvođenje novih stručno medicinskih postupaka zasnovanih na znanstvenim dokazima sukladno praksi deset najrazvijenijih EU država.

Stvoriti uvjete za provođenje već utvrđenih i prihvaćenih strategija koje se odnose na zdravstvenu djelatnost (Nacionalna strategija o prevenciji kardiovaskularnih bolesti, Nacionalna strategija borbe protiv ovisnosti i druge).

1. PRISTUPAČNOST SUSTAVA ZDRAVSTVA

Pristupačnost sustava višestrukog je karaktera:

1.1. Teritorijalna pristupačnost

Teritorijalna pristupačnost sustava zdravstva označava mogućnost fizičke dostupnosti zdravstvenih kapaciteta na način da su oni u dovoljnoj, prikladnoj udaljenosti da bi pružanje medicinske pomoći bilo pravovaljano.

U predstojećem razdoblju trebat će povećati broj jedinica primarne zdravstvene zaštite u područjima od posebne državne skrbi i to zbog dvojakog razloga:

Riječ je o područjima od posebne državne skrbi koja su slabo naseljena, pa je udaljenost veća od prosječne udaljenosti pojedinih naselja od lokacija jedinica primarne zdravstvene zaštite. Pretežito je to slučaj s brdsko – planinskim predjelima Republike Hrvatske (zaleđe Velebita, Dalmatinska zagora itd.).

Drugi je razlog vezan uz posljedice okupacije tog područja u vrijeme rata kad su mnoge, ne samo jedinice primarne zdravstvene zaštite, već naročito bolnice (npr. Vinkovci, Dubrovnik, Pakrac) bile oštećene ili uništavane pa je u određenom razdoblju u pitanje dolazila dostupnost, sada problematična jedino kod jedinica primarne zdravstvene zaštite.

Hitna medicinska pomoć

Kvaliteta hitne medicinske pomoći jedan je od važnijih čimbenika pristupačnosti sustava zdravstva. Nedostaci koji se neposredno odražavaju na kvalitetu hitne medicinske pomoći prisutni su na svim razinama. Medicinsko-tehnička opremljenost ustanova za hitnu medicinsku pomoć je dotrajala i nedostatna, a nedostatak opreme pa čak i znanja i vještina nužnih za urgentne intervencije najočitiji je u nekim dijelovima Republike Hrvatske. S obzirom na lokalnu i regionalnu raspoređenost, hitnom medicinskom pomoći nisu dostatno pokriveni magistralni cestovni pravci gdje su hitne intervencije i hitan medicinski prijevoz značajni za ozljede u prometnim nesrećama. Isto tako nije riješeno pitanje pružanja hitne medicinske pomoći na otocima, slabo nastanjenim i izoliranim područjima i na moru, a vrlo akutan je problem financiranja potrebne organizacije hitne medicinske pomoći i zdravstvene

zaštite turista.

Stoga je u cilju unapređenja i ujednačenja kvalitete hitne medicinske pomoći u svim dijelovima zemlje potrebno uspostaviti novi sustav hitne izvanbolničke medicinske pomoći koji bi objedinio hitne službe u svakoj županiji, a temeljio bi se na planskim potrebama za hitnim intervencijama. U tom je smislu predloženo i osnivanje Zavoda za hitnu medicinsku pomoć koji bi objedinjavao cijelu službu hitne pomoći na čitavom području Republike Hrvatske, pratio situaciju i potrebe te osiguravao ujednačene standarde kvalitete i opremljenosti u svim županijama i lokalnim zajednicama, koordinirao rad ustanova hitne medicinske skrbi i osiguravao odgovarajuće obrazovanje djelatnika. Usto bi osiguravao hitan i brz (po potrebi helikopterski) medicinski prijevoz u svim dijelovima zemlje i sustavnu koordinaciju s bolničkim djelatnostima zbog što učinkovitijeg djelovanja u hitnim stanjima te organizirao cestovnu hitnu pomoć za glavne magistralne prometnice i primorsku hitnu medicinsku pomoć u vrijeme turističke sezone.

1.2. Vremenska pristupačnost

Takav ustroj zdravstvenih ustanova omogućio bi pružanje hitne medicinske pomoći u svako doba tako da se na čitavom području Republike Hrvatske ne bi smjelo čekati dulje od 20 minuta na primjerenu zdravstvenu pomoć.

Upravo stoga će se pokrenuti inicijativa da se već tijekom predstojećeg razdoblja u bolnicama smanje duže liste čekanja, naglašava smjenski rad, a sličan ritam rada trebao bi se uvesti i u one jedinice primarne zdravstvene zaštite u kojima djeluju dva ili više liječničkih timova. Bolja dostupnost pogodovat će boljem iskorištenju prostora i opreme.

1.3. Ekonomska pristupačnost

U predstojećem razdoblju trebat će svakom građaninu Republike Hrvatske jamčiti onaj opseg zdravstvenih potreba koji mu osigurava zdravstvenu sigurnost (tzv. paket zdravstvenih usluga).

Treba također napomenuti da će doći do modificiranja glavarine i to u trojakom smislu:

a) u strukturi će se predvidjeti sredstva za tzv. »hladni pogon«, uz osiguranje varijabilnog dijela koji će ovisiti o broju osiguranih osoba te ugovorenim preventivnim i promotivnim postupcima,

b) utvrdit će se zdravstvene glavarine za lijekove (uz izuzeće vrlo skupih lijekova) kao i glavarine za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,

c) osigurat će se transparentan prikaz glavarine u namjeri predočavanja razloga njezine veličine i strukture.

Isto tako kod obračuna bolničkog rada forsirat će se puna transparentnost kao i uvođenje DTS sustava koji se može tretirati kao varijanta DRG sustava što prevladava u zemljama EU.

Sadašnji je sustav obračuna nerealan i neodrživ.

U slučaju da pacijentu neće moći biti izvršena zatražena usluga morat će se osigurati mogućnost da tu uslugu zadovolji u privatnom sustavu kod onih subjekata tog sustava koji će imati za obavljanje takvih djelatnosti posebno sklopljen ugovor s HZZO-om.

Dogovorom između liječnika koji potražuje određenu zdravstvenu uslugu za svog pacijenta i onog koji je može dati nastojat će se predvidjeti naručivanje u točno određenom terminu (izuzetak su hitni slučajevi).

2. PRAVIČNOST I JEDNAKOST PRI KORIŠTENJU ZDRAVSTVENIH USLUGA

Pravičnost i jednakost pri korištenju zdravstvenih usluga ostvaruje se na način da svi građani, ovisno o vrsti i karakteru svojih zdravstvenih potreba, na istovjetan način mogu ostvariti svoje zdravstvene potrebe. Time je navedeno načelo u suprotnosti s korupcijom, mitom, privilegijama i sličnim pojavnostima.

U predstojećem razdoblju ne samo da će pitanje korupcije u zdravstvu postati sustavan dio sveopćeg pokreta protiv korupcije u hrvatskom društvu, već će se uvoditi posebne mjere koje će sprečavati i činiti nepotrebnim bilo koji oblik korupcije. Prije svega riječ je o transparentnim, javnim listama čekanja.

3. UČINKOVITOST ZDRAVSTVA

Promjenom sustava dodiplomskog obrazovanja zdravstvenih radnika, koji se izjednačuje s onim prevladavajućim u EU, te posebice postulatom da zdravstveni profesionalac podliježe permanenentnoj obvezi stjecanja novih znanja i vještina, da mu se omogućava nabava novih pomagala u radu (suvremene zdravstvene tehnologije), prikladnost i funkcionalnost zdravstvenih prostorija, te posebice razumnom kadrovskom politikom nastojat će se postići što bolja učinkovitost koja će rezultirati boljim zdravstvenim stanjem građanina, za što će biti zaslužan sustav zdravstva.

U predstojećem razdoblju bit će potrebno postupno uvoditi tijek i verifikaciju specijalizacije na način identičan onome koji predlažu odgovarajuće europske liječničke udruge, odnosno trebat će je izjednačiti s onim što je na snazi u EU.

Isto tako trebat će doći do donošenja dviju politika: politike zdravstvenog kadra i politike obrazovanja zdravstvenog kadra.

Zbog toga će se donijeti novi podzakonski akti o specijalizaciji, kao što će se i za provjeru osposobljenosti liječnika za samostalan rad putem stručnih ispita morati ustanoviti suvremeni katalog znanja i vještina u medicini. Puna pozornost posvetit će se sustavu provjere, nabave i praćenja korištenja nastavne tehnologije s time da će se uvoditi i najnovija tehnološka rješenja, kao što je to telemedicina.

U taj sklop zadataka ulazi i zdravstveno-investicijska politika koja će se usredotočiti na dovršenje nekih zdravstvenih objekata koji su ostali nedovršeni, rekonstrukciju postojećih te podizanje nekih novih.

Sve će to zahtijevati izradu »Masterplana« koji će sadržavati programe zdravstvenog investiranja, predvidivog za sve županije.

4. POBOLJŠANJE KVALITETE MEDICINSKOG RADA

Na svim područjima zdravstvenog rada njeguje se atmosfera kvalitetnog obavljanja zdravstvenih poslova, počevši od postupanja s pacijentima (primjenjujući pri tome već postojeća međunarodna i nacionalna pravila o pravima pacijenata), pa do primjene standarda internog ustroja u radu zdravstvenih ustanova, zdravstvenih postupaka i ponašanja koji također podliježu normiranju.

U predstojećem razdoblju potrebno je utvrditi standarde i normative kao preduvjet za dovršenje započetog sustava kategorizacije i akreditacije bolnica s time da će se nakon implementacije pokušati primijeniti i na sve ostale dijelove sustava zdravstva.

5. SIGURNOST PACIJENATA I ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Zbog karaktera rada u zdravstvenim ustanovama, zdravstvo se kao djelatnost tretira kao poprište i radilište u kojem nerijetko dolazi do oštećenja zdravlja pa i gubitka života i to u svakom slučaju najčešće kod pacijenata, a nerijetko i kod zdravstvenih radnika. U svrhu

osiguranja kvalitete u radu planira se po uzoru na Europsku uniju donijeti i zakonske propise o medicinskoj opremi.

U predstojećem razdoblju donijet će se posebni pravilnici o sigurnosti na radu, o pravilnom odnosu i ponašanju svih koji sudjeluju u procesu liječenja, bilo primatelji bilo davatelji usluga, te će se propisati pravila i standardi vezani uz akreditaciju zdravstvenih ustanova.

6. SOLIDARNOST

Najveće odstupanje od redovitog stanja funkcioniranja čovjeka u zajednici, njegove osposobljenosti da obavlja svakodnevne zadatke, događa se u slučajevima gubitka zdravlja ili povređivanja. Ta stanja su ujedno i uzrokom brojnih drugih posljedica (financijskih neprilika, nemogućnosti sudjelovanja u radu, potrebe za tuđom pomoći i sl.). Uostalom, to je i bio glavni uzrok stvaranja sustava zdravstvenog osiguranja. Stoga i proizlazi da nema dobrog sustava zdravstva, ni sustava zdravstvenog osiguranja u kojem nije naglašeno načelo solidarnosti.

Osim postojećeg modela solidarnosti u predstojećem razdoblju razmotrit će se i novi oblici solidarnosti i pronalazit će se opcije osiguranja u kojima će što je više moguće, ovisno o gospodarskim mogućnostima, prevladavati atmosfera solidarnosti i uzajamnosti.

Da bi se s jedne strane mogla ostvariti ustavna načela i spomenuta osnovna načela modernog, humanog, i solidarnog zdravstva, a s druge ostvariti politički ciljevi radikalnog smanjenja javne potrošnje, duboka i sveobuhvatna reforma zdravstvenog sustava ima sljedeća dva strateška cilja:

- reforma sustava zdravstva
- reforma sustava financiranja zdravstva.

Pri tome će se u najvećoj mogućoj mjeri respektirati stručno i organizacijski već usvojena polazišna načela koja će trebati prožimati sve predviđene reforme.

Valja istaknuti da se Republika Hrvatska opredijelila za potrebu provođenja reformi još u proteklom desetljeću, vodeći pri tome računa o glasovitoj Povelji o reformama sustava zdravstva, prihvaćenoj na ministarskoj konferenciji ministara zdravstva svih europskih zemalja održanoj 1996. godine u Ljubljani, a u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije, Svjetske banke i EU. Također su na tim temeljima smjernice i pretpostavke za provedbu politike putem strategije.

7. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE: PRAVA I OBVEZE

U skladu s ustavnim određenjem, po kojem je Republika Hrvatska i socijalna država, dopunjuje se i mijenja zdravstvena legislativa kojom se uređuje obvezno zdravstveno osiguranje, te otvaraju mogućnosti dopuskog, dodatnog i privatnog osiguranja. Obvezno osiguranje provodi se putem Zavoda za obvezno zdravstveno osiguranje, koji u svim rješavanjima o pravima i obvezama osiguranih osoba ima javne ovlasti. Zavodom upravljaju sami osiguranici putem Skupštine i Upravnog vijeća.

U sklopu Zavoda raspoloživo je i dopunsko zdravstveno osiguranje kojim se osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, s time da je iz tog sustava, koji djeluje po načelima dobrovoljnosti, isključena doplata za lijekove, koja se može osigurati učlanjenjem kod nekog društva za osiguranje koje djeluje po tržišnim principima. Predviđeno je i dodatno zdravstveno osiguranje kojim se osigurava veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, kao i viši standard zdravstvenih usluga u odnosu na standard zdravstvenih usluga iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Također je otvorena mogućnost

privatnoga zdravstvenog osiguranja za one fizičke osobe koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje nisu obvezne osigurati se prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.

5. PRETPOSTAVKE ZA PROVEDBU POLITIKE PUTEM STRATEGIJE

Da bi se prije i sada izneseni temeljni principi moderne, za Republiku Hrvatsku osebujne zdravstvene politike, mogli provesti u praksu, u razradi strateških odrednica takve akcije korisno je i neizbježno zadovoljiti neke pretpostavke koje u pravilu važe za sustav zdravstva promatran u njegovoj cjelokupnosti.

Najvažnije su sljedeće pretpostavke:

1. Cjelovita informatizacija sustava zdravstva

U zdravstvu djeluju brojni subjekti, počevši od najvažnijih: korisnici zdravstvene zaštite, zatim provoditelji zdravstvene zaštite, upravna zdravstvena vlast, osiguravatelji, razne nevladine udruge i asocijacije, stručna udruženja, sindikati i sl.

Svaka aktivnost, svaki događaj, svaki segment procesa, unosa, postupka i ishoda, vezan uz zdravstvenu zaštitu mora biti registriran, a u suvremenom zdravstvu – zbog moguće primjene digitalizacije - sva ta zbivanja i postupci moraju biti ne samo registrirani i na odgovarajući način memorirani, već i uvijek na raspolaganju onima koji su ovlašteni da donose određene odluke i to počevši od zdravstvene vlasti koja donosi propise, utvrđuje koncepciju, prati provedbe i obavlja permanentni nadzor pa preko zdravstvenih radnika, koji moraju znati što i kako je nešto urađeno u bilo kojem segmentu sustava zdravstva za pojedinca koji je predmet medicinske pažnje pa sve do osiguravatelja koji snosi troškove zdravstvene zaštite.

Jedan od primjera takvog načina prikupljanja podataka slijedi:

U jedinicama primarne zdravstvene zaštite propisuju se za pojedine osiguranike recepti. Na vrlo malenom obrascu recepta nalazi se obilje podataka, kao što su:

- ime i prezime, adresa i status korisnika,
- ime i prezime, adresa i jedinica propisivača lijeka,
- podaci o izdavatelju lijeka,
- cijena lijeka,
- vrsta, oblik i količina lijeka
- datum i mjesto propisivanja i izdavanja lijeka, itd.

To obilje podataka u pravilu je (osim podizanja lijeka i njegovog plaćanja) ostalo neiskorišteno. Današnjom kompjutorskom tehnologijom moguće je dobiti trenutačan (on-line) uvid u sva zbivanja koja su u vezi s važnom sastavnicom medicinskog rada, a to je terapijska intervencija. Naravno da tu metodu treba koristiti za neposredan nadzor, analize, intervencije i sl.

U predstojećem razdoblju digitalizirat će se cjelokupan sustav zdravstva što će omogućiti permanentan i precizan uvid u sve postupke i radnje, te zbivanja u sustavu zdravstva, a to će biti podloga za donošenje odluka koje smjeraju poboljšanju funkcioniranja tog sustava.

2. Partnerstvo u zdravstvu

Tradicionalan način postupanja u zdravstvu, grubo rečeno, pretpostavlja zdravstvenog djelatnika u ulozi zaštitnika i nalogodavca u odnosu na pacijenta¹⁰. Isto tako svoje točno limitirane uloge imali su osiguravatelji kao platioci i zdravstvena vlast kao određeni propisivač postupaka.

U novom duhu i atmosferi potrebno je stvarati osjećaj partnerstva, što znači kreativnost i zajedničko programiranje svih sudionika u zdravstvenoj zaštiti, a posebice davatelja i

korisnika zdravstvenih usluga, što potiče i snaži učinkovitost, kvalitetu i racionalnost zdravstvene zaštite.

3. Transparentnost svih postupaka u zdravstvu

Transparentnost svih postupaka u zdravstvu prevenira nerijetko nerazumijevanje javnosti za složene proceduralne radnje koje su u vezi s prihvatom, obradom i tretmanom pacijenata. S tim u svezi jest i korisnost i neophodnost uvođenja jedinstvene medicinske dokumentacije koja će se u potpunosti oslanjati na europska kretanja, primjene elektroničkog zdravstva (e-health) pa će tako, primjerice, biti uvedeni i elektronički vođeni zdravstveni kartoni. Nastavit će se tendencija izdavanja i korištenja zdravstvenih knjižica za djecu.

4. Decentralizacija ovlasti, organiziranosti, ali i obveza nižih tijela

Decentralizacija ovlasti, organiziranosti, ali i obveza nižih organa provodit će se prvenstveno na razini županija. U pružanju zdravstvene zaštite primarna zdravstvena zaštita mora na tako decentraliziran način surađivati sa svim činiocima zdravstvene zajednice (community health) da se čak može razmišljati o primarnoj socijalno-zdravstvenoj zaštiti u budućnosti. Pri tome treba koristiti razne metode evolucije i dekoncentracije poslova, a respektirati glasovit princip supsidijarnosti što je također doprinos europskom karakteru daljnjeg razvitka hrvatskog zdravstva.

5. Osjećaj za gospodarsku realnost

Osjećaj za gospodarsku realnost upućuje na to da rekonstrukcija sustava zdravstva u svakom trenutku treba zadržati osjećaj realiteta, što znači uvijek posjedovati izračun troškova i što novi pothvat znači za ekonomiju zdravstva.

6. Jedinstvo sustava

Jedinstvo sustava zahtijeva jačanje postojećih i stvaranje novih horizontalnih i vertikalnih veza između pojedinih segmenata zdravstva, što znači da u predstojećem razdoblju valja misliti na razne oblike komplementarnosti, koji su od koristi i učinkovitosti za svaki segment sustava zdravstva.

7. Europeizacija hrvatskog zdravstva

Moralna, etička i stručna obveza koja postoji u hrvatskom zdravstvu, koje je svojim dostignućima i stečevinama davalo stalne doprinose razvitku europskih sustava zdravstva, mora egzistirati i jačati. Pri tome valja imati u vidu da je Republika Hrvatska sada kandidat za članicu EU i da upravo u predstojećem razdoblju treba ostvariti puninu članstva u toj svjetski najvažnijoj međudržavnoj tvorevini.

Uzimajući u obzir iznesena načela suvremene zdravstvene politike, prilagođena hrvatskim osebujnostima, te uvažavajući bitne odlike koje treba posjedovati, odnosno snažiti u predstojećem razdoblju hrvatski sustav zdravstva - može se formulirati kao: konceptualan okvir strategije razvitka hrvatskog zdravstva 2006. – 2011.

6. KONCEPTUALAN OKVIR STRATEGIJE RAZVITKA HRVATSKOG ZDRAVSTVA ZA RAZDOBLJE 2006. – 2011.

Temeljeći se na polaznim principima, na bitnim odrednicama zdravstvene politike te obvezujućim, upravo spomenutim pretpostavkama, predočava se smjer, karakter i obujam strategije razvitka hrvatskog zdravstva koja će se kontinuirano implementirati u zakonske i podzakonske akte u predstojećem razdoblju.

U tom prikazu – sistematičnosti radi - poštivat će se redosljed koji odgovara pretpostavljenim razinama zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna), odnosno pojedinim segmentima sustava zdravstva, kao što su snabdijevanje, propisivanje i potrošnja lijekova, ekonomska konstelacija odnosa zdravstva i zajednice kao i unutar zdravstva, kadrovska i investicijska politika i sl.

6.1. INTEGRIRANA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Situacija

Postojeća dezintegriranost zdravstvene zaštite predstavlja glavni problem u postizanju racionalnog zdravstva. To znači da nema primjerene odgovarajuće vertikalne povezanosti među raznim stupnjevima zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna) kao ni horizontalne povezanosti među različitim specijalnostima. U takvom sustavu ne postoji ni jasan koncept kontinuirane zaštite tako da je svaki pacijent prepušten lutanju od jednog do drugog liječnika bez ikakvog uspostavljenog sustava, a svaki liječnik obavlja svoj posao u potpunoj izolaciji. Tako svaki odjel radi svoje dijagnostičke pretrage bez obzira na to što je to već učinjeno u drugom odjelu iste bolnice. Specijalističko-konzilijarna djelatnost (SKZ) nalazi se u vrlo teškoj situaciji, jer je podjelom domova zdravlja između privatnog i javnog sektora i konfuzijom u organizaciji tzv. bolničkih poliklinika, koja su ustvari depandansa za rad bolničkih liječnika za »vanjske pacijente« (ili »stojeće pacijente«) te posebno velikom ekspanzijom tzv. privatnih poliklinika, poremećena ključna karika u lancu između liječnika opće prakse i bolničkog liječenja. Neopravdanom ekspanzijom tzv. kliničkih bolnica, katkada i upitne kvalitete, te neravnomjernim ulaganjem u kliničke bolnice u odnosu na opće bolnice, dogodio se svjetski paradoks da u tercijarnoj skrbi ima više akutnih postelja, nego na sekundarnoj razini (bolnice).

U međuvremenu, primarna zdravstvena zaštita je doslovno prepuštena samoj sebi kroz tzv. privatizaciju i objedinjavanje domova zdravlja na županijsku razinu. U toj situaciji liječnicima opće prakse bilo je onemogućeno da kroz postojeći sustav financiranja napreduju, adekvatno opremaju i obavljaju one poslove koje bi prema općim principima medicine i postojećim zakonskim propisima trebali obavljati. Plaćanjem usluga putem tzv. glavarina, liječnik opće prakse nema dovoljno motiva, ali ni mogućnosti da adekvatno opremi svoju ordinaciju tako da mu ne preostaje ništa drugo, nego da pacijente šalje u polikliniku ili u bolnicu, nerijetko kliničku.

U takvoj situaciji nemoguće je uspostaviti kontrolu nad radom, kvalitetom i troškovima, a još manje postići racionalnu zdravstvenu skrb. Zbog toga hrvatsko zdravstvo traži rekonstrukciju zdravstvenog sustava pri čemu je potrebno u analizi problema i pronalaženju rješenja početi od interesa pacijenta.

Cilj

Rekonstrukcija zdravstvenog sustava na principu integrirane skrbi, uključujući i kontinuiranu i kroničnu skrb u lokalnoj zajednici, kroz značajno jačanje primarne zdravstvene zaštite u cilju uspostave učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općom potrošnjom zdravstva te rješavanjem do 80% medicinskih slučajeva u primarnoj zdravstvenoj skrbi.

Načela

Glavna načela na kojima će se provesti temeljita rekonstrukcija i reforma zdravstva kao javnog sektora su:

- centralizirana politika, standardi i norme, planiranje i kontrola provedbe,
- uspostava integrirane zdravstvene zaštite,
- decentralizacija upravljanja (devolucija) i odgovornosti,
- jačanje primarne zdravstvene zaštite kao osnovnog elementa integrirane skrbi i uspostava učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općom potrošnjom zdravstva te rješavanje do 80% medicinskih slučajeva u primarnoj zdravstvenoj skrbi,
- obvezna informatizacija kao temelj opće kontrole potrošnje i kvalitete,
- osiguravanje i racionalizacija sredstava i raspodjela prema temeljnim načelima (jednakost, solidarnost, pristupačnost, racionalnost i kvaliteta) te posebnim potrebama,
- unaprijeđeno nagrađivanje i uvjeti zapošljavanja – fleksibilnost, poduzetništvo,
- nagrađivanje, uspjeh, eliminacija birokracije,
- veći izbor, veće zadovoljstvo,
- usklađivanje s pravnom stečevinom Europske unije i europskim normama i standardima.

6.2. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Zbog mnogih, dobro poznatih razloga (razrješenje glavnine zdravstvenih problema, obnašanje promotivnih i preventivnih aktivnosti, neposredan i neprekinut kontakt s osiguranicima koji su se opredijelili za pojedine timove primarne zdravstvene zaštite, povezivanje sa zdravstvu srodnima djelatnostima, racionalnost i sveobuhvatnost) Strategija mora stvarati uvjete za optimalan razvitak sustava primarne zdravstvene zaštite.

Rukovodeći se tim ciljem, u predstojećem razdoblju poduzet će se sljedeće:

U namjeri da se tim primarne zdravstvene zaštite osposobi za rješavanje do 80% svih zdravstvenih problema populacije, koja se za njega slobodnim izborom izjasnila, moraju se stvoriti bolji nego do sada uvjeti za provedbu mjera.

1. Razmotriti mogućnosti da se broj opredijeljenih osiguranika znatno smanji (kod liječnika opće medicine sa 1.700 na 1.500, u zdravstvenoj zaštiti djece sa 1.000 na 800 djece, kod zdravstvene zaštite žena u reproduktivnoj dobi sa 6.000 na 4.000 žena, u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti sa 2.200 na 2.000 osiguranika) kako bi se manjem broju opredijeljenih osiguranika mogla pružiti ne samo sadržajem »bogatija«, već i kvalitetnija zdravstvena zaštita.

2. Promjenama u dodiplomskoj edukaciji, a posebice obveznom i sve ustrajnijom poslijediplomskom edukacijom liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, liječnike će se učiniti kompetentnima za rješavanje što više zdravstvenih problema.

3. Za tu namjenu također je neophodno timovima primarne zdravstvene osigurati svu potrebnu opremu s tim da u te nove tehnologije ulazi sav dostupan i prihvatljiv dijagnostički instrumentarij, što uključuje ne samo slikovne tehnike, već i laboratorijske pretrage.

4. Nadalje, timove zdravstvene zaštite što ranije treba uputiti u osnove telemedicine, jedne od rijetkih tehnologija koje su ne samo izvrsno sredstvo za poboljšanje ekspeditivnosti i kvalitete medicinskog rada, već pridonosi smanjenju troškova zdravstvene zaštite.

5. Na poseban način treba stimulirati razvijanje sposobnosti djelovanja na svoje pacijente tako da se uspješno upućuju u izbjegavanje rizičnih faktora i provođenje zdravog načina življenja.

6. Postići užu suradnju s liječnicima specijalistima u poliklinikama i bolnicama zbog naručivanja konzultacija ili upućivanja u bolnicu telemedicinskim putem. S druge strane, liječnik uz ostalo mora biti i rasterećen, stimuliran i osposobljen da prima pacijente u fazi »after-care«, one koji se ranije otpuštaju kući ili bivaju zbrinutima u dnevnoj bolnici, kako bi

u najtješnjoj konzultaciji sa specijalistima osigurao njihovo kućno liječenje i kućnu njegu.

7. Poticati stvaranje grupne prakse što je moguće u urbaniziranim uvjetima. Grupnom praksom ne samo da dolazi do svrhovitijeg korištenja nekih uslužnih djelatnosti (npr. računovodstvenih), već dolazi i do mogućnosti zamjena i što je još važnije dolazi do određene interne orijentiranosti na uže medicinske vještine i znanja što može predstavljati učinkovit nadomjestak za, ne uvijek potrebnu, specijalističku konzultaciju.

8. Vodeći računa o osobitostima hrvatskih prilika treba mijenjati i način plaćanja – obračuna medicinskog rada, ponajprije treba u pilot projektu u domu zdravlja uvesti sustav »fund-holdinga« i to u početku barem za lijekove. To bi se kasnije moglo primijeniti i na specijalističko konzilijarnu zaštitu.

9. U ustrojbenom pogledu potrebno je redefinirati sastav samih timova primarne zdravstvene zaštite na način da treba odrediti koji još profili kadra - osim liječnika opće medicine – trebaju biti obuhvaćeni kao obnašatelji primarne zdravstvene zaštite. Pri tome će se morati riješiti i pitanje dislociranih (u sadašnjim prostorima) specijalističkih ambulanata, koje su prema nekadašnjim pravilima bile sastavan dio bolničkih, za to područje, »ovlaštenih« ustanova, a sada, zbog velikog broja polikliničko-specijalističkih kapaciteta, a i određenih pretjerivanja kod slanja u »kliničke« poliklinike, odudaraju od tendencija racionalnosti.

10. Također će biti neminovno definirati status i poziciju domova zdravlja kao središnjih institucionalnih oblika primarne zdravstvene zaštite. Pri tome će trebati, osim nesporne funkcije doma zdravlja kao sjedišta tehničko-građevinsko-organizacijske upravne strukture s odgovarajućim službama (za održavanje zgrade, računovodstvo, administraciju i sl.), svakako uzeti u obzir da svako područje ima organiziranu jedinicu s odgovarajućim kadrom (javnozdravstveni ekspert – higijensko epidemiološka služba županijskog zavoda za javno zdravstvo) za one dijelove komprehenzivne zdravstvene zaštite koju liječnici primarne zdravstvene zaštite, prvenstveno orijentirani na kurativu, ne pokrivaju u potpunosti. Tu se misli na organizirane službe za praćenje zdravstvenog stanja, za programiranje i planiranje preventivno-promotivnih aktivnosti, za protuepidemijske mjere koje su u velikoj mjeri i danas prisutne u sustavu Zavoda za javno zdravstvo i koje je potrebno dalje razvijati.

11. Kao i za ostale dijelove sustava zdravstva, za primarnu zdravstvenu zaštitu će se zbog demografske tranzicije, sve osebujnijih potreba lokalnog stanovništva, većeg davanja pozornosti parazdravstvenim i nezdravstvenim akcijama za unapređenje zdravlja i sprečavanje bolesti – trebati uspostaviti veze s tim subjektima, odnosno predvidjeti brojne mogućnosti alternativnih i komplementarnih aktivnosti, kao što su:

- suradnja s centrima za socijalnu skrb,
- suradnja s ustanovama socijalne skrbi, posebice onima za starije, a naročito u slučaju kada se kompletira mreža centara za gerontologiju čiji je napredan proces u Republici Hrvatskoj upravo u tijeku,
- davanje inicijative i aktivno koordiniranje poslovima sa službama zaštite zaposlenih, kao što su preporuka zdrave prehrane, tjelesne aktivnosti (»aktivni odmor«, »zdravstveni turizam« za zaposlene),
- intenzivnije aktiviranje u uvedenim europskim pokretima, kao što su »Zdravi grad«, »Škole koji promiču zdravlje«,
- obnavljanje, nekada u aktivnijoj funkciji, klubova bolesnika koji boluju od pojedinih bolesti (Klub dijabetičara, Klub hipertoničara i sl.) te jačanje uloge udruga građana okupljenih oko jasnog zdravstvenog problema kao kvalitetna ispomoć sustavu zdravstva.

12. Posebno je značajno naglasiti da će se puna pozornost posvetiti zdravstvenoj zaštiti obitelji, kao ključne jedinice svakog društva, pa će stoga presudne odluke u vezi sa zdravstvenom zaštitom svakog člana obitelji donositi obiteljski liječnik u sklopu primarne zdravstvene zaštite.

13. Osnivanjem centara za mentalno zdravlje poboljšat će se uvjeti za uključivanje ljudi sa

psihičkim poteškoćama u svakodnevni život čime se sprečava njihova diskriminacija u društvu.

Mjere, nositelji i rokovi

1. Popunjavanjem postojećih praznina u mreži uz, proširenje mreže primarne zdravstvene zaštite, omogućiti prostor za nove timove primarne zdravstvene zaštite čime se postižu uvjeti za smanjenje broja osiguranika po liječniku i timu.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, strukovne komore u zdravstvu.

Rokovi: 1. siječnja 2008. godine

2. Promjene uvjeta načina i obavljanja specijalističke prakse prema smjernicama UEMS-a. Postavljanje uvjeta prepoznatljivosti profesija u Europskoj uniji.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Koordinacija Medicinskih fakulteta Republike Hrvatske, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnika komora, Hrvatska akademija medicinskih znanosti

Rokovi: 1. siječnja 2007. godine

3. Obnavljanje postojeće medicinske opreme uz uvođenje nove opreme za laboratorijsku djelatnost.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi kroz sustav decentraliziranih sredstava, Lokalna samouprava

Rokovi: Kontinuirano

4. Proširenje sustava telemedicine u primarnu zdravstvenu zaštitu te uvođenje standarda telemedicine.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa, Ministarstvo mora, turizma, prometa i razvitka

Rokovi: 1. lipnja 2008. godine

5. Promotivne aktivnosti razvoja svijesti zdravog načina življenja.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Županijski zavodi za javno zdravstvo, nevladine udruge, stručna društva i strukovne komore u zdravstvu.

Rokovi: Kontinuirano

6. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite te bolnička informatizacija u cijelosti kao preduvjet aktivnog praćenja bolesnika te stvaranje komunikacijske povezanosti bolnica s primarnom zdravstvenom zaštitom.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, strukovne komore u zdravstvu.

Rokovi: Kontinuirano

7. Definiranje odnosa domova zdravlja i zakupaca. Donošenje novog Pravilnika o zakupu na temelju izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski liječnički zbor, Strukovne komore u zdravstvu

Rokovi: 31. prosinca 2006. godine

8. Promjena sustava izračuna glavarina prema sustavu poticajnih glavarina s jasnom fiksnom i varijabilnom strukturom, uz uvođenje »fund holdinga« za dio usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski liječnički zbor, strukovne komore u zdravstvu.

Rokovi: 1. siječnja 2007. godine

9. Definiranje timova primarne zdravstvene zaštite uz uvođenje dodatnih vrsta specijalističkih timova na razini primarne zdravstvene zaštite. Ojačanje u prvom redu pedijatrijskih i

ginekoloških timova, ali i timova drugih specijalnosti.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, strukovne komore u zdravstvenoj djelatnosti

Rokovi: Kontinuirano

10. Stvaranje pravnih uvjeta za ponovno osnivanje domova zdravlja prema potrebama stanovništva. Osnivanje domova zdravlja na otocima i područjima od posebnog državnog interesa sukladno zakonskim promjenama.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, lokalna samouprava

Rokovi: 1. lipnja 2007. godine

11. U sustavu skrbi, prevencije i posebne brige o zdravlju ugroženih skupina osigurati kvalitetan zajednički pristup sustava zdravstva, socijalne skrbi te sustava civilnog društva za pomoć najosjetljivijem dijelu stanovništva.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Udruge građana, lokalne zajednice, strukovne komore u zdravstvu i nevladine udruge.

Rokovi: Kontinuirano

12. Provesti transformaciju izabranog liječnika u izabranog obiteljskog liječnika sukladno direktivi 36/05.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnička komora

Rokovi: Kontinuirano

13. Osnivanje centara za mentalno zdravlje.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, lokalna samouprava

Rokovi: Kontinuirano

14. Provesti harmonizaciju laboratorijskih pretraga, općih i specijalističkih medicinsko biokemijskih laboratorija s istima u EU. Unaprijediti organizaciju mreže medicinsko-biokemijskih laboratorija koja dostupnošću, kvalitetom i edukacijom stručnjaka odgovara stanju u najrazvijenijim državama EU. Provesti harmonizaciju specijalističke izobrazbe s programima koji su prihvaćeni u EU i uključiti se u registar specijalista EC4. Razviti ekspertni sustav za potrebe korisnika laboratorijske dijagnostike.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Farmaceutsko-biokemijski fakultet, Medicinski fakulteti, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatska liječnička komora

Rokovi: 1. siječnja 2008. godine

6.3. SEKUNDARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Sekundarna zdravstvena zaštita obuhvaća one djelatnosti zdravstvene zaštite čiji je ključni institucionalan oblik bolnica, s angažmanom najvećeg broja zdravstvenih djelatnika, ali i utroškom najvećeg dijela sredstava za zdravstvo jer se u njoj obavljaju socijalno sofisticirani i skupi zahvati. Stoga, uz primarnu zdravstvenu zaštitu, sekundarna zdravstvena zaštita ulazi u središte pozornosti svakog plansko-programskog dokumenta, kao što je i Strategija razvitka. U organizaciji sekundarne zdravstvene zaštite poduzimat će se sljedeće mjere:

1. Osnovat će se datoteka podataka, koja će sadržavati sve podatke o svakoj bolnici u Republici Hrvatskoj, počevši od onih općih i organizacijskih pa sve do navoda o broju internih odjela, broju kadra, vrsti poslova, obavljenih hospitalizacija, intrastrukturalnim uvjetima i sl.

2. Takav prikaz stanja i funkcioniranja svake bolnice omogućit će vlasnicima (pravne osobe, prvenstveno država i županije, humanitarne organizacije, ali i privatne osobe) da mogu utjecati na dinamiku razvitka bolničkog sustava u zemlji kao cjelini, ali i po županijama.

3. Time će se ustvari provesti već uvedena institucija poslova kategorizacije, koja će na vrlo objektivnan način dati prikaz i odraz stanja bolničkog sustava, što će ujedno omogućiti neizbježne zahvate u strukturi bolničkog sustava jer je struktura do sada razvijana na bazi tradicionalne stihijnosti i spontanosti.

4. To će ujedno biti povod i objašnjiv način da se razmještaj bolničkih kapaciteta podvrgne kritičkoj analizi i da dođe do primjene radikalnijih mjera, kao što su spajanje i pridruživanje pojedinih bolničkih institucija, a u slučajevima netolerantnog sraza između potreba, ponude i mogućnosti zadovoljavanja bolničkog tretmana i do ukidanja pojedinih bolnica (slučaj Zagreba-bolnica u Blatu), odnosno reduciranja njihovog broja uz preraspodjelu zaposlenika. Pri tome će se posebna pozornost posvetiti proučavanju profila pojedinih bolnica, ali promatrano po djelatnostima koje bolnica sadrži, u smislu da će se s jedne strane na osnovi realnih indikatora morati utvrditi razina stručnih poslova koje pojedina djelatnost obavlja, a s druge strane uzeti u obzir obujam potreba za takvom djelatnosti, vodeći računa o stvarnim potrebama, ali i o najracionalnijem načinu njihovog zadovoljavanja.

5. Nakon pilot-testiranja, uvest će se u sve bolničke ustanove i instrumentalizacija akreditacije, čija je osnovna namjena provjeravanje je li bolnička ustanova, odnosno svaki njezin odjel zadovoljava »standarde ustroja i normative postupaka i ponašanja«. Navedeno će biti potrebno da bi se mogla dobiti ovjera (certifikat) od nadležnog tijela kojom se potvrđuje da je ustanova ovlaštena i osposobljena za obavljanje pojedine medicinske djelatnosti.

6. Zbog naglašene relevantne uloge koju bolnički sustav ima u cjelokupnom sustavu zdravstva kao i zbog, iz objektivnih razloga, sve naglašenije potrošnje sve većeg dijela troškova zdravstvene zaštite nastavit će se, u Republici Hrvatskoj već započet, a prisutan i u drugim europskim zemljama proces preraspodjele broja bolnica i broja bolničkih postelja. Tomu će pridonijeti i brojne mjere, kao što su:

- Prijam u bolnicu – osim najhitnijih slučajeva – prethodno obrađenih pacijenata, s tim da će suvremena digitalna informatizacija omogućiti dosadašnju uobičajenu praksu dupliciranja pretraga i time dati doprinos ekspeditivnosti i racionalnosti tretmana.
- Osnovat će se dnevne bolnice, koje zbog sofisticirane tehnologije i naprednijih metoda rada omogućuju obavljanje do 30-ak % dosadašnjih klasičnih kirurških zahvata s dužim boravkom u bolnici tijekom jednog radnog dana (»dnevne bolnice«).
- S time u svezi dolazit će do djelotvornije suradnje s primarnom zdravstvenom zaštitom, jer će u fazi »after-care« primarna zdravstvena zaštita, ali uz punu asistenciju i podršku sekundarne, moći preuzimati poslove daljnjeg kućnog liječenja i zdravstvene njege u kući.
- Potaknut će se i podržavati osnivanje socijalno-medicinskih institucija, hospicija i ustanova za kroničnu skrb o bolesnicima.
- U domovima za starije organizirat će se suvremenije ustrojen stacionar koji će moći biti pod stručnim nadzorom odgovarajućih teritorijalno bližih bolničkih institucija.
- Poticat će se osnivanje lječilišta, kao i ustanova zdravstvenog turizma, koje koriste prirodne ljekovite činitelje.
- Osobito će se poticati učinkovite alternacije, u smislu konverzije ležećih (»horizontalnih«) pacijenata u bolničkom stacionaru, u hodajuće (»vertikalne«) pacijente koji će glavninu svojih zdravstvenih problema rješavati u polikliničkim jedinicama.
- Naglašavat će se načelo komplementarnosti, tako da će se u pojedinim mjestima i susjednim područjima (u jednoj ili susjednim županijama) posebnim dogovorom, a na inicijativu zdravstvene vlasti, ugovoriti da pojedine opće bolnice, osim svojih četiriju obveznih odjela, razvijaju i dodatne specijalističke službe, ali različite (na primjer: jedna opća županijska bolnica razvija otorinolaringološku službu, druga psihijatrijsku), što će značiti da takve dvije (ili više) bolnica više nisu u kompetitivnim, već u komplementarnim odnosima, što uvelike pridonosi racionalizaciji broja postelja.

Mjere, nositelji i rokovi

1. Registar zdravstvenih ustanova.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Rokovi: 1. siječnja 2008. godine

2. Donošenje standarda i normativa kao preduvjeta za akreditaciju i kategorizaciju ustanova.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Strukovne komore u zdravstvu, sindikati zdravstva.

Rokovi: 1. rujna 2008. godine

3. Akreditacija zdravstvenih ustanova prema djelatnostima.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

Rokovi: 1. siječnja 2009. godine

4. Kategorizacija zdravstvenih ustanova prema provedenoj akreditaciji.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

Rokovi: 1. siječnja 2010. godine

5. Plan usklađenja bolničkih kapaciteta prema ukazanim potrebama u tijeku kategorizacije.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, strukovne komore u zdravstvu, sindikati zdravstva.

Rokovi: 1. siječnja 2010. godine

6. Informatizacijom bolničkog sustava dovesti do brzog pristupa informacijama u svrhu podizanja razine kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite, uz usporedno racionaliziranje troškova kao posljedice smanjenja dupliciranja postupaka.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Lokalna samouprava

Rokovi: Kontinuirano

7. Kontinuiranim educiranjem i zapošljavanjem kadra sukladno standardima i normativima, rješavati nedostatak zdravstvenih djelatnika i djelatnika u zdravstvu.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, strukovne komore u zdravstvu, sindikati zdravstva.

Rokovi: Kontinuirano

6.4. TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

U zdravstvenim ustanovama na tercijalnoj razini provodi se visokosofisticirana zdravstvena zaštita. Te zdravstvene ustanove uz svoje zdravstvene dužnosti zadovoljavaju i zdravstveno-nastavne potrebe koje su ne samo složene i dragocjene, već i skupocjene. Zbog toga pri opisu pojedinih bolničkih ustanova one nose naziv klinika ili klinička bolnica, odnosno klinički bolnički centar.

Pri tome se uzima objektivan i kritički stav da bolnice u prvom redu obavljaju svoju holističku zdravstvenu službu (prevencija, terapija, rehabilitacija), a ako postoje potrebe i - što je najvažnije - ako bolnice ispunjavaju određene uvjete, tada od obrazovnih ustanova, ali uz suglasnost zdravstvenih vlasti, mogu biti akreditirane i kao klinike, odnosno kliničke bolnice. Uslijed toga se predviđa:

1. Briga o visokoj kvaliteti bolničkih ustanova u područjima gdje (zbog potrebe za obrazovanjem zdravstvenih djelatnika) treba stvarati nastavne baze visoke razine i tako ustanoviti preduvjete da se takve pojedine bolnice mogu akreditirati kao klinike i kliničke bolnice.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, strukovne komore u zdravstvu, medicinski fakulteti i drugi fakulteti na području obrazovanja zdravstvenih djelatnika i djelatnika u zdravstvu

Rokovi: Kontinuirano

2. Pritom se mora voditi računa da se takve bolnice tretiraju kao tercijarne, ali ne zbog toga što su akreditirane kao klinike i kliničke bolnice, već zbog svog sastava, sadržaja svog rada, visoke kvalitete stručnih djelatnika te bavljenja zdravstvenim radom s tim da se svi ti čimbenici moraju sagledavati i uvažavati. U protivnom, ukoliko takve ustanove pokazuju veliku različitost u kvaliteti rada, dolazi do neuravnotežene razine kvalitete »produkata« koje visoke medicinske škole proizvode u tim ustanovama.

3. Nije naodmet uzeti u obzir i realitet strukturalnih vrijednosti u kapacitetima bolničkih ustanova, klinika i kliničkih bolnica što se odražava na nefunkcionalnost u pružanju polikliničko-specijalističke zaštite. Pritom se misli na začuđujući podatak da se 49% svih konzilijarno-specijalističkih usluga u Republici Hrvatskoj obavlja u klinikama, dakle na mjestima čija kvaliteta najčešće nadmašuje karakter odstupanja od zdravlja za koje se specijalističko mišljenje i sugestija traži.

4. Upravo zbog ravnomjernijeg razvitka zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj i ravnomjernije raspoređene mogućnosti pružanja zdravstvene zaštite, koja bi se kvalitetom težila približiti onoj tercijarne zdravstvene zaštite, u sljedećem razdoblju će se poticati zamisao policentrizma. I to tako da se uz prirodnu koncentraciju visokosofisticiranih ustanova u glavnom gradu potiče stvaranje takvih ustanova i u drugim središtima tercijarne zdravstvene zaštite u našoj zemlji.

6.5. LIJEKOVI I FARMAKOTERAPIJSKA SKRB

Proizvodnja, distribucija i potrošnja lijekova predstavlja u zdravstvenoj politici, kako onoj tekućoj, tako i onoj predvidljivoj za sljedeće razdoblje, stavku koja privlači najviše pozornosti.

Troškovi hrvatskoga zdravstvenog sustava za lijekove u zadnjih 10 godina kreću se u granicama od 14% do 20% ukupnih troškova zdravstvene zaštite. Kretanje potrošnje lijekova ne pokazuje posebno odstupanje u odnosu na veličinu tih izdataka kod drugih europskih država koje su na istoj ili sličnoj razini gospodarske razvijenosti i visini GDP-a. Potpuni pokazatelji ovih troškova i udjela u zdravstvenoj potrošnji ne postoje u cjelovitom obliku. Zbog toga nije moguća kvalitetna i sustavna evaluacija farmakoepidemiološkog profila i modela propisivanja recepata i izdavanja lijekova. Postoje podaci o izdanim lijekovima na recepte HZZO-a iz ljekarničkog sektora i parcijalni podaci o farmakoterapijskoj skrbi i potrošnji u dijelu bolnica, ali oni se sustavno ne koriste i ne objavljuju.

Trend stalnog rasta izdataka za lijekove u apsolutnom iznosu posebno je izražen u zadnje 3 godine. Lijekovi, uz izdatke za bolničku skrb (liječenje), predstavljaju poseban problem za racionalizaciju i kontrolu potrošnje. Do sada postignute parcijalne mjere nisu dale očekivane rezultate u upravljanju potrošnjom lijekova i financiranjem tih izdataka u sustavu HZZO-a. Uvođenje referentnih cijena lijekova s pozitivne liste HZZO-a (referenciranje prema cijenama u Sloveniji, Češkoj, Francuskoj i drugima) nije provedeno na cjeloviti način.

Farmaceutski sektor (farmaceutska proizvodnja, distribucija i ljekarnička djelatnost) tradicionalno je razvijen i organiziran u skladu s ograničenim brojem i raspodjelom stanovnika u Hrvatskoj i veličinom potrošnje lijekova. Donesena nacionalna legislativa i regulativa iz područja lijekova u najvećem je dijelu usklađena s legislativom i stručnim standardima EU. Postoji problem u odgođenoj primjeni i provedbi zakonodavstva u praksi (neke temeljne i specifične zakonske norme). To je većim dijelom i posljedica neprovođenja sustavnoga inspeksijskog nadzora zdravstvenog i farmaceutskog sektora, te nadzora nad kakvoćom lijekova u prometu.

Ciljevi koji se trebaju ostvariti u idućem razdoblju u području upravljanja potrošnjom lijekova i u farmakoterapijskoj skrbi:

° osigurati pravodobno, stalnu i racionalnu dostupnost lijeka te opravdano liječenje

djelotvornim, kvalitetnim i sigurnim lijekovima,

- osigurati dostupnost novih i djelotvornijih inovativnih lijekova,
- provoditi farmakoterapijsku skrb kao medicinski postupak temeljen na dokazima (Evidence-Based-Medicine), radi osiguranja principa izvrsnosti, racionalnosti i sigurnosti, a uz obvezu evaluacije uspješnosti terapije,
- ugraditi u naš zdravstveni sustav koncept »farmaceutske skrbi«, priznati i vrednovani model ljekarničke djelatnosti od Svjetske zdravstvene organizacije,
- projektom informatizacije zdravstvenog sustava predvidjeti i ugraditi sustave: propisivanja recepata i izdavanja lijekova, praćenja potrošnje i ishoda terapije te eliminacije interakcija lijekova i medikacijskih pogrešaka,
- kontrolirati formiranje i racionalizirati cijene lijekova i medicinskih proizvoda osnovnom i dopunskom listom lijekova, upravljati troškovima i farmakoterapijskom skrbi,
- razvijati standarde kvalitete i izvrsnosti u distribuciji lijekova,
- kontinuirano i objektivno educirati i obavješćivati zdravstvene stručnjake o lijekovima i principima farmakoterapijske skrbi,
- poticati pacijente, edukacijom i drugim stimulacijskim postupcima, na opravdanu i ispravnu uporabu propisanih lijekova s ciljem poboljšanja njihove kvalitete života,
- pronalaziti načine uvođenja plaćanja taksi i doplata koja će, uz ostalo, potrošača lijekova snabdjeti informacijama o njihovoj cijeni i dati mu mogućnost odabira jednako učinkovitog, a više racionalnog lijeka,
- ažurirati izdavanje prikladnih farmakoterapijskih priručnika, a razmotriti i mogućnost izdavanja redovitih i češće izlazećih biltena.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatsko farmaceutsko društvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Rokovi: Kontinuirano

6.6. HITNA MEDICINSKA POMOĆ

Zdravstvena zaštita u području hitne medicine organizirana je u kontekstu postojećeg sustava zdravstvene zaštite, u kojem je bolnička hitna skrb organizirana kao dio regularne bolničke zaštite, a izvanbolnički sustav kao transport bolesnika u bolnicu. Budući da nije postojala jasna vizija i strategija razvitka hitne medicinske pomoći, taj se segment zdravstva razvijao stihijski, što je rezultiralo fragmentiranom i nedovoljno povezanom zdravstvenom zaštitom te neujednačenom kvalitetom i provedbom kako u izvanbolničkom tako i u bolničkom segmentu. Stoga se kao nužnost nameće jedinstven pristup u reorganizaciji hitne medicinske službe s ciljem ostvarenja funkcionalnog i suradničkog sustava izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe. Postojeći zakon o organizaciji zdravstvene zaštite pokazuje do koje mjere je sustav hitne medicinske pomoći siromašan¹. Međutim, osnovni problem je nepostojanje jasne vizije i strategije razvoja ukupnog zdravstva, a posebice pomanjkanje koncepta integrirane skrbi, pri čemu je hitna medicinska pomoć samo jedan segment cijelog sustava.

6.6.1. Reorganizacija izvanbolničke hitne medicinske pomoći

Situacija

Kvaliteta hitne medicinske pomoći (u daljnjem tekstu: HMP) jedan je od važnih čimbenika dobre funkcije zdravstvenog sustava. U Republici Hrvatskoj hitna medicinska služba ubraja se u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a organizirana je u tri oblika. U republičkim centrima (Zagreb, Rijeka, Osijek, Split) organizirana je unutar samostalnih ustanova za hitnu

medicinsku pomoć s vlastitim medicinskim prijevozom. U drugim gradovima organizirana je kao kadrovska samostalna djelatnost unutar domova zdravlja, a u manjim mjestima u obliku dežurstava i pripravnosti liječnika opće/obiteljske medicine. Nedostaci, koji se neposredno odražavaju na HMP, prisutni su u sva tri organizacijska oblika. Samostalne ustanove za HMP opterećene su medicinskim transportom koji u biti nije hitan i brojnim intervencijama u kući koje bi se mogle riješiti i kućnim posjetima liječnika opće/obiteljske medicine. Medicinsko-tehnička opremljenost ustanova za hitnu medicinsku pomoć je dotrajala i nedostatna. Ovi su nedostaci još izraženiji u djelatnostima HMP-a koji su priključeni drugim ustanovama, a nedostatak opreme, pa čak i znanja i vještina, neophodnih za urgentne intervencije najočitiji je u posljednjoj kategoriji. Na svim razinama nedostatna je i osnovna komunikacijska oprema. S obzirom na lokalnu i regionalnu raspoređenost HMP-a nisu dostatno pokriveni magistralni cestovni pravci gdje su hitne intervencije i hitan medicinski prijevoz značajni za ozljede u prometnim nezgodama. Također nije riješeno pitanje pružanja HMP-a na otocima, slabo nastanjenim i izoliranim područjima i na moru, a akutan je i problem financiranja potrebne organizacije HMP-a i zdravstvene zaštite turista. Hitan helikopterski prijevoz uključuje za sada četiri helidroma (Split, Zadar, Pula, Lučko) tijekom turističke sezone, a Split tijekom cijele godine.

Ciljevi

Uspostaviti novi sustav hitne izvanbolničke medicinske pomoći u Republici Hrvatskoj temeljeći ga na planskim potrebama za hitnim intervencijama i u cilju poboljšanja i ujednačenja kvalitete HMP-a u svim dijelovima zemlje kroz mrežu sustava na više razina objedinjeno na razini države uz uvođenje Europskih standarda komunikacije u sustavu »112«. Uz to potrebno je osigurati hitan i brz (po potrebi helikopterski) medicinski prijevoz u svim dijelovima zemlje i sustavnu koordinaciju s bolničkim djelatnostima radi što učinkovitijeg djelovanja u hitnim stanjima te organizirati cestovnu hitnu pomoć za glavne magistralne prometnice i primorsku HMP za vrijeme turističke sezone.

Mjere

1. Izraditi politiku i strategiju razvitka HMP-a na temelju općih reformskih ciljeva zdravstvene skrbi (držati pacijente izvan bolnice ukoliko to nije neophodno) te na temelju analize broja i vrste hitnih intervencija i hitnih prijevoza u Republici Hrvatskoj.
Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, strukovne komore u zdravstvu
Rokovi: 1. prosinca 2006. godine
2. Na temelju strategije i podataka izraditi plan mreže HMP-a kao objedinjene službe, samostalne djelatnosti koju bi pretežno trebali obavljati specijalisti hitne medicine.
Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, strukovne komore u zdravstvu
Rokovi: 1. siječnja 2008. godine
3. Osnivanje Zavoda za HMP koji bi objedinjavao cijelu službu hitne pomoći na čitavom teritoriju Republike Hrvatske, pratio situaciju i potrebe, osiguravao ujednačene standarde kvalitete i opremljenosti u svim županijama i lokalnim zajednicama, koordinirao rad ustanova HMP-a te osiguravao odgovarajuće obrazovanje djelatnika. Uz to bi osiguravao hitan i brz (po potrebi helikopterski) medicinski prijevoz u svim dijelovima zemlje i sustavnu koordinaciju s bolničkim djelatnostima radi što učinkovitijeg djelovanja u hitnim stanjima te organizirao cestovnu hitnu pomoć za glavne magistralne prometnice i primorsku HMP u vrijeme turističke sezone.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo obrane, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Rokovi: 1. rujna 2007. godine

4. Uvesti hitnu medicinu kao samostalnu specijalizaciju.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, medicinski fakulteti, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor

Rokovi: 1. listopada 2008. godine

5. Mrežu hitne medicinske službe opremiti sukladno standardima suvremene hitne medicine, pri regionalnoj raspoređenosti voditi računa, ne samo o broju lokalnog stanovništva, već i o drugim faktorima kao što su cestovni pravci s većom gustoćom prometa te područja intenzivnih sezonskih migracija (turističke regije priobalja i otoka).

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, lokalna samouprava, Državna uprava za zaštitu i spašavanje

Rokovi: 1. siječnja 2007. godine

6. Za kritične zone osigurati punktove helikopterskog medicinskog transporta, osigurati dobru povezanost s bolnicama te ostalim službama koje povremeno sudjeluju u radu HMP-a: policijom, vatrogascima, Gorskom službom spašavanja, Pomorskom službom spašavanja, Centrom za uzbunjivanje i obavještavanje, helikopterskom službom itd., kao i povezanost s djelatnostima javnog zdravstva.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo mora, turizma, prometa i razvitka, Ministarstvo unutarnjih poslova, Ministarstvo obrane, Državna uprava za zaštitu i spašavanje.

Rokovi: 1. lipnja 2006. godine

7. Razdvojiti hitni medicinski transport od prijevoza teško pokretnih bolesnika (koji je znatno jeftiniji i za koji najčešće nisu potrebna vozila hitne pomoći). Prijevoz teško pokretnih bolesnika moguće je osigurati i kroz privatne ustanove za prijevoz.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Rokovi: 1. rujna 2006. godine

6.6.2. Bolnička hitna medicinska pomoć

Situacija

Jedinstvena hitna medicinska služba (u daljem tekstu: HMS) organizirana je u 8 od 13 kliničkih i u 20 od 23 opće bolnice. U većini bolnica oprema je nedostatna i zastarjela, prostori za pregled i opservaciju skučeni, čekaonice i prilazi za vozila HMP-a neadekvatni, tako da je transport bolesnika unutar bolnica neadekvatan, a komunikacija među službujućim liječnicima spora i otežana. U općim bolnicama i zdravstvenim ustanovama uz veće prometne pravce i na područjima otoka, dodatan je problem povećan broj hitnih intervencija tijekom turističke sezone. Zbog svega navedenog, znatno je otežano i usporeno rješavanje hitnih stanja, što neosporno utječe na učinkovitost i pravodobnost pružanja zdravstvenih usluga hitne medicine. (Stanje prema izvještaju Radne grupe za hitnu medicinu iz 2000. godine.)

Cilj

Osnovni je cilj osigurati integriran sustav predhospitalnog, hospitalnog i interhospitalnog hitnog zbrinjavanja kao dio nove strategije i reforme zdravstva na temelju koncepta integrirane medicinske skrbi. Potrebno je standardizirati i poboljšati kvalitetu hitnog zbrinjavanja radi smanjenja mortaliteta, morbiditeta, invalidnosti i patnji povezanih s ozljeđivanjem ili iznenadnom bolešću, istražiti značajke i liječenje hitnih stanja u medicini,

prikupiti epidemiološke podatke koji se odnose na prevenciju nesreća, te istražiti epidemiološke podatke o zbrinjavanju nakon velikih nesreća i katastrofa, sudjelovati u planiranju takvih okolnosti te osmisliti plan za donošenje odluka u hitnim zbrinjavanjima.

Mjere

1. Izraditi strategiju i plan reforme hitne medicinske skrbi kao dio opće strategije reforme zdravstvene skrbi.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Rokovi: 1. 1. 2007. godine

2. Osnovati povjerenstvo za standardizaciju i koordinaciju djelatnosti hitne i medicine u uvjetima katastrofa koje će definirati i nadzirati provođenje nacionalne strategije hitne medicine i medicine u izvanrednim (katastrofalnim) događanjima.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo obrane, Ministarstvo unutarnjih poslova, Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Rokovi: 1. 9. 2006. godine

3. Osigurati i opremiti jedinstvene odjele hitne službe u kliničkim i općim bolnicama prema zacrtanom strateškom planu, te razraditi sustav trijaže i protokola o primanju bolesnika u bolnicu i preusmjeravanju u druge bolničke ustanove.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, lokalna samouprava, Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor

Rokovi: 1. siječnja 2009. godine

4. Osigurati komunikacijsku povezanost s predhospitalnim segmentom, uključujući i telemedicinu.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

Rokovi: 1. lipnja 2008. godine

5. Uspostaviti kriterije za određivanje razine hitnog zbrinjavanja u pojedinoj ustanovi te kriterije za hitan transport bolesnika u druge bolničke ustanove više kategorije.

6. Osigurati kontinuiranu kratkoročnu edukaciju (tečajeve i sl.) za zdravstveno i nezdravstveno osoblje u izvanbolničkoj djelatnosti hitne medicine, za bolničko zdravstveno osoblje te osigurati edukacijsku jezgru u svim kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama koje planiraju provođenje programa edukacije i specijalizacije hitne pomoći i mrežu licenciranih edukatora za područje cijele Republike Hrvatske.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, strukovne komore u zdravstvu, sindikati zdravstva

Rokovi: 1. srpnja 2007. godine

7. U okviru nacionalne strategije hitne i katastrofične medicine izraditi operativni plan za slučaj prirodnih i drugih katastrofa te realizirati Projekt ostvarivanja medicinske sigurnosti u hrvatskim zdravstvenim ustanovama, prema prijedlogu.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor Hrvatskog društva za medicinsku i biološku tehniku

Rokovi: 1. siječnja 2007. godine

8. Osnivanje Trauma centara kao jedinica organizacije Trauma sustava u svrhu prevencije posljedica politrauma.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski liječnički zbor, strukovne komore u zdravstvu

Rokovi: Kontinuirano

6.7. STRATEGIJA RAZVITKA JAVNOG ZDRAVSTVA

Situacija

Javno zdravstvo Republike Hrvatske, zajedno s postojećim javnozdravstvenim institucijama, razvilo se na temeljima Štamparove vizije javnog zdravstva, s osnovnom ulogom u prevenciji zaraznih i nezaraznih bolesti te promicanju zdravlja. Takav koncept i uloga javnog zdravstva zadržana je i nakon 1990. godine postizanjem neovisnosti u novoj hrvatskoj državi. Sustav javnog zdravstva organiziran je djelovanjem zavoda i agencija kao što su: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, županijski zavodi za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za medicinu rada, Hrvatski zavod za toksikologiju, Državni zavod za zaštitu od zračenja i Agencija za lijekove.

Organizacija javnog zdravstva

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: HZJZ) obavlja javnozdravstvenu djelatnost koja obuhvaća epidemiologiju karantenskih i drugih zaraznih bolesti, mikrobiologiju, epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti, imunizaciju, sanitaciju, socijalnu medicinu i zdravstvenu statistiku, zdravstveno prosvjeđivanje s promicanjem zdravlja i prevencije bolesti, zdravstvenu ekologiju, školsku medicinu i prevenciju ovisnosti. U tom smislu, HZJZ predlaže i provodi istraživanja iz područja zdravstva radi praćenja, analize i ocjene zdravstvenog stanja stanovništva, iz područja organizacije i rada zdravstvenih službi, te planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva zdravstveno-odgojnim i drugim aktivnostima. HZJZ planira, predlaže, koordinira i prati specifičnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te na visokim učilištima. Uz to HZJZ prati i analizira epidemiološko stanje, predlaže, organizira i provodi preventivne i protuepidemijske mjere, planira, nadzire i evaluira provođenje obveznih imunizacija, planira i nadzire mjere dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije, te provodi preventivne i protuepidemijske postupke dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije. U području unapređenja okoliša i zdravlja HZJZ prati, analizira, proučava i ocjenjuje zdravstvenu ispravnost vode za piće, vode za dijalizu, vode za rekreaciju i fizikalnu terapiju, površinske i otpadne vode, stanje vodoopskrbe na terenu, zdravstvenu ispravnost namirnica i predmeta opće uporabe, kao i onih namijenjenih međunarodnom prometu, prati i evaluira prehrambeno stanje stanovništva te predlaže javnozdravstvene mjere za unapređenje prehrane, ispituje, prati, analizira i ocjenjuje utjecaj čimbenika okoliša na zdravlje ljudi, predlaže i sudjeluje u provođenju mjera za sprečavanje njihovih štetnih djelovanja, obavlja mikrobiološku djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku (uključujući sudjelovanje u provedbi i organizaciji među-laboratorijskih usporednih testova na nacionalnoj i međunarodnoj razini) te obavlja potvrdne analize. HZJZ predlaže program mjera zdravstvene zaštite i sudjeluje u izradi nomenklature usluga i poslova, nadzire i evaluira provođenje preventivnih programa te drugih mjera zdravstvene zaštite, obavlja dio poslova preventivne zdravstvene zaštite za Hrvatsku vojsku, planira, predlaže i provodi aktivnosti na uspostavi, razvoju i upravljanju zdravstvenim informacijskim sustavom, sudjeluje u školovanju zdravstvenih radnika, provodi stručna i znanstvena istraživanja iz područja javnog zdravstva, vodi državne javnozdravstvene registre te nadzire prikupljanje podataka, koordinira rad ostalih registara u zdravstvu, provodi zdravstveni odgoj i prosvjeđivanje stanovništva o bolestima ovisnosti, prikuplja podatke i evidencije iz područja bolesti ovisnosti (uključujući duhan, alkohol i psihoaktivne droge), oblikuje doktrinu u liječenju bolesti ovisnosti i nadzire njezinu primjenu. HZJZ koordinira, stručno usmjerava i nadzire rad županijskih zavoda za javno zdravstvo. Zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave provode specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te na fakultetima na svom području, prate, proučavaju, evaluiraju i izvješćuju o zdravstvenim

potrebama i funkcionalnoj onesposobljenosti starijih ljudi, te predlažu zdravstvene mjere za svoje područje. Na razini jedinica područne (regionalne) samouprave, za potrebe HZJZ-a, prikupljaju, kontroliraju i analiziraju statistička izvješća iz područja zdravstva, uključujući bolesti ovisnosti. Na zahtjev poglavarstva, jedinice područne (regionalne) samouprave prate i ocjenjuju zdravstveno stanje stanovništva na tom području, kontinuirano provode mjere higijensko-epidemiološke zaštite s epidemiološkom analizom stanja na području jedinice područne (regionalne) samouprave i po potrebi provode protuepidemijske mjere, nadziru provođenje obveznih imunizacija, analiziraju epidemiološko stanje, planiraju, predlažu i sudjeluju u provođenju mjera i aktivnosti za sprečavanje, rano otkrivanje i suzbijanje bolesti ovisnosti. Također surađuju sa zdravstvenim i drugim ustanovama i zdravstvenim radnicima u provedbi dijagnostike i liječenja bolesti ovisnosti te rehabilitacije i društvene integracije ovisnika.

U području zdravstvene ekologije, zavodi nadziru provedbu mjera dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije te provode preventivne i protuepidemijske postupke dezinfekcije, dezinsekcije i deratizacije za područja jedinica područne (regionalne) samouprave, obavljaju mikrobiološku djelatnost od interesa za jedinice područne (regionalne) samouprave, prate, proučavaju, analiziraju i ocjenjuju zdravstvenu ispravnost vode za piće, vode za rekreaciju i fizikalnu terapiju, površinske i otpadne vode, stanje vodoopskrbe te zdravstvenu ispravnost namirnica i predmeta opće uporabe za područje jedinica područne (regionalne) samouprave, te prate, analiziraju i ocjenjuju utjecaj okoliša i hrane na zdravstveno stanje stanovništva jedinica područne (regionalne) samouprave. Također sudjeluju u planiranju, predlaganju i provođenju mjera za sprečavanje, rano otkrivanje i suzbijanje kroničnih masovnih bolesti (uključujući bolesti ovisnosti), sudjeluju u izradi i provedbi pojedinih programa zdravstvene zaštite u izvanrednim prilikama te obavljaju raspodjelu obveznih cjepiva ordinacijama na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti na području jedinica područne (regionalne) samouprave. Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu (u daljnjem tekstu: HZTM), uz tri zavoda za transfuzijsku medicinu u sveučilišnim centrima te bolničke jedinice za transfuzijsko liječenje, prikupljaju, čuvaju i distribuiraju krv i krvne pripravke, infuzijske otopine i druga sredstva transfuzijskog liječenja.

HZTM uz to usklađuje primjenu standarda u prikupljanju krvi laboratorijskim ispitivanjima o pripravi, čuvanju, izdavanju, transportiranju krvnih pripravaka i lijekova proizvedenih iz krvi i njihovoj kliničkoj primjeni. HZTM koordinira promidžbu i organizaciju davalaštva s hrvatskim Crvenim križem te prikuplja podatke za godišnju analizu rada transfuzijske djelatnosti, analizira ih i dostavlja ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

Hrvatski zavod za medicinu rada (u daljnjem tekstu: HZMR) radi zaštite i očuvanja zdravlja radnika u sigurnoj i zdravoj radnoj okolini, ima sljedeće funkcije: planira, predlaže i provodi statistička istraživanja iz područja medicine rada, planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja radnika. Uz to HZMR oblikuje doktrinu, standarde i metode rada pri ocjenjivanju zdravstvene sposobnosti i praćenju zdravstvenog stanja radnika na poslovima s posebnim uvjetima rada, vozača svih motornih vozila, pomoraca, zrakoplovnog osoblja i drugih radnika u prometu, planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja sportaša i sportske populacije te organizirano provodi specifičnu zdravstvenu zaštitu radi preventive. HZMR vodi registar profesionalnih bolesti, prati i proučava ozljede i pojave invaliditeta na radu u Republici Hrvatskoj, sudjeluje u predlaganju programa mjera zdravstvene zaštite i nomenklature dijagnostičkih i terapijskih postupaka, vezano uz specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika, sudjeluje u dopunskom stručnom osposobljavanju radnika iz područja medicine rada, obavlja vještačenja u slučaju profesionalne bolesti i ocjene radne sposobnosti te provodi drugostupanjski postupak po posebnim propisima. Uz navedene poslove, HZMR koordinira i stručno nadzire sve ordinacije medicine rada koje provode specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika na području Republike

Hrvatske. Stručni nadzor obavlja se sukladno pravilniku koji, na prijedlog HZMR-a, donosi ministar nadležan za zdravstvo uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komore. Hrvatski zavod za toksikologiju (u daljnjem tekstu: HZT) ima osnovnu ulogu u zaštiti ljudskog zdravlja od opasnih kemikalija time što daje prethodno mišljenje o proizvodima koji mogu, nepravilnom uporabom, biti štetni za zdravlje ljudi i okoliš. HTZ vodi evidenciju o prijavljenim novim tvarima i prijaviteljima, o zbirnim godišnjim podacima iz očevidnika pravnih i fizičkih osoba, o podacima iz Sigurnosno-tehničkog lista, te vodi registar biocidnih pripravaka i otrovanja. Uz to ovjerava ispravnost deklaracije i upute, organizira i provodi edukaciju o zaštiti od opasnih kemikalija, izdaje potvrde o stečenom znanju o zaštiti od opasnih kemikalija, sudjeluje u osiguravanju i nadzoru središnjih zaliha protuotrova u Republici Hrvatskoj, te obavlja informacijsko-dokumentacijsku djelatnost i informacijsko-konzultacijsku djelatnost tijekom akutnih otrovanja opasnim kemikalijama. Državni zavod za zaštitu od zračenja nastao je iz Hrvatskog zavoda za zaštitu od zračenja Zakonom o zaštiti od ionizirajućeg zračenja, a zadužen je za vođenje evidencije o izvorima ionizirajućeg zračenja i dozama koje pripremaju djelatnici, sposobnosti i stručnoj izobrazbi djelatnika koji rukuju izvorima. Također ispituje prisustvo i jakost ionizirajućih zračenja u okolišu u redovitim uvjetima i pri radiološkim nezgodama na teritoriju RH, predlaže mjere zaštite, nadzire prijevoz i potrošnju radioaktivnog materijala, prati i analizira stupanj izloženosti osoba profesionalno izloženih zračenju, provodi interkomunikacijski sustav osobne dozimetrije, kao i osoba izloženih zračenju tijekom dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Agencija za lijekove i medicinske proizvode (u daljnjem tekstu: Agencija) nastala je objedinjavanjem Hrvatskog zavoda za kontrolu lijekova i Hrvatskog zavoda za kontrolu imunoloških preparata na temelju Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima ("Narodne novine", br. 121/03. i 117/04.), a osnovni joj je zadatak ispitivanje i osiguravanje kakvoće lijekova u proizvodnji i prometu, definiranje normative i postupaka kakvoće lijekova, kontroliranje kakvoće medicinskog pribora i sredstava, provođenje analize i drugih postupaka za potrebe farmaceutske industrije, izrađivanje stručne ekspertize i superanalize za potrebe tijela državne uprave i ovlaštenih tijela u zdravstvu te izrađivanje i objavljivanje Hrvatske farmakopeje, odnosno sudjelovanje u izradi Europske farmakopeje. Obveza Zavoda je periodična izrada Izvješća o farmaceutskoj kakvoći lijekova. Odredbama spomenutog zakona, Agencija kontrolira odobrene imunološke preparate te odlučuje o uvjetima puštanja na tržište registriranih imunobioloških preparata. Preparati visoke biotehnologije koje Agencija kontrolira, zahtijevaju stroge i sofisticirane metode radi rizika prijenosa virusnih, prionskih i drugih bolesti.

Ocjena stanja

Iako je u posljednjih 15 godina došlo do nekih promjena u organizaciji, financiranju i ulozi javnog zdravstva, osnovna koncepcija ostala je ista kao i prije pedeset godina. Zavodi i agencije s javnozdravstvenim funkcijama osnovani su s prvenstvenim zadatkom praćenja opće ili specifične zdravstvene situacije i specifičnih rizika za zdravlje, promicanja preventive zaraznih ili nezaraznih bolesti smanjenjem ili potpunim odstranjivanjem rizika. Glavni uzrok promjena koje su se dogodile bio je nedostatak sredstava za zdravstvo i neke parcijalne mjere za pronalaženje drugih izvora financiranja, a ne neka nova koncepcija o ulozi i funkciji javnozdravstvenih institucija u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. To je uzrokovano promjenom državnog uređenja sa socijalističkog na tržišnu ekonomiju i pratećom decentralizacijom upravljanja zdravstvenim institucijama.

Pritisak za pronalaženjem dodatnih izvora financiranja na otvorenom tržištu doveo je do povećanja onih usluga koje su se mogle lako prodati na otvorenom tržištu, primjerice

laboratorijskih kapaciteta za analizu namirnica, vode za piće i artikala opće uporabe, kao i drugih ekoloških parametara, a sve to na račun drugih javnozdravstvenih djelatnosti. Neki su se zavodi upustili u druge tipove zarade koji nisu u opisu osnovnih djelatnosti. Županijske javnozdravstvene institucije snalazile su se davanjem usluga za račun županijskih fondova za zdravstvo i socijalu. Dezintegracijom domova zdravlja došlo je i do slabljenja povezanosti između javnozdravstvenih institucija s primarnom zdravstvenom zaštitom, posebice u smislu preventivnih aktivnosti.

Sve to, a posebice nedostatak vizije za javno zdravstvo, uzrokovalo je apatiju i daljnju deterioraciju javnozdravstvenog sustava. S druge strane, niti državna uprava niti privreda ne vide veliku korist od takvog javnozdravstvenog sustava. U tom vakuumu pojavljuju se male privatne tvrtke koje odrađuju, uglavnom nekvalitetno, javnozdravstvene poslove.

Ulazak Republike Hrvatske u EU i uvođenje radikalnih mjera za smanjenje troškova zdravstvene skrbi, predstavljaju temelj za stvaranje nove vizije javnog zdravstva. U prvom slučaju, Republika Hrvatska ima obvezu uskladiti svoje propise i praksu radi zaštite zdravlja svih građana EU, tzv. statutarnom preventivom, što je utvrđeno u pravnoj stečevini EU. U drugom slučaju, Republika Hrvatska mora učiniti velike napore u smanjenju rizika po zdravlje i prevenciji bolesti koje se mogu spriječiti (ovisnosti, način života i prehrane i dr.) te unaprijediti ranu dijagnostiku, kako bi se troškovi zdravstvene skrbi mogli znatno reducirati. U oba slučaja, javno zdravstvo predstavlja osnovni stup i rješenje za ostvarivanje tih ciljeva.

Ciljevi

Reorganizirati sustav javnog zdravstva kako bi postao glavni nositelj preventivnih aktivnosti propisanih pravnom stečevinom EU u području zaštite zdravlja ljudi, te nositelj razvitka i sustavnog provođenja preventivnih programa radi smanjenja oboljenja koja se mogu spriječiti te time rasteretiti zdravstvena skrb, a sve to vertikalnim i horizontalnim usklađivanjem i objedinjavanjem.

Mjere

Statutarna preventiva

Statutarna preventiva predstavlja sve one aktivnosti kojima se zakonom štiti zdravlje ljudi, a to su uglavnom i odredbe koje predstavljaju okosnicu pravne stečevine.

1. Izraditi strategiju novog javnog zdravstva, koja treba poslužiti kao temelj za provedbu opsežnih reformskih zahvata, a posebice za planiranje onih ključnih aktivnosti o kojima ovisi usklađivanje s propisima i praksom EU. Uz to, potrebno je izraditi i detaljan akcijski plan reforme, te uspostaviti odgovarajuću institucionalnu infrastrukturu koja će osigurati učinkovitu provedbu reforme (objedinjavanjem svih javnozdravstvenih institucija Zajednicom javnozdravstvenih organizacija, odnosno Zajednicom javnog zdravstva).
2. Izrada Nacionalnog programa javnog zdravstva i programa pojedinih institucija kao temelja reforme te izrada pretprijetnih projekata kao osnovnog sustava potpore u toj reformi.
3. Odgovarajuća promjena svih relevantnih zakona i podzakonskih akata (pozitivan primjer Zakona o kemikalijama i Zakona o zaštiti od ionizirajućeg zračenja), usklađenih s propisima i praksom EU, te svih drugih zakonskih akata koji podupiru reformske ciljeve.
4. Osnivanje Fonda javnog zdravstva koji bi se punio namjenskim doprinosima u zaštiti zdravlja od posebnih rizika (npr. pušenje, alkohol, cestovni promet i dr.), na temelju principa »polluter pays principle«. Taj će se fond koristiti kao stimulativan mehanizam za objedinjen rad na prioritetnim problemima javnog zdravstva.
5. Uspostava sustava obrazovanja i akreditacije ustanova i tvrtki koje će provoditi određene

programe.

6. Osnivanje istraživačkog fonda u javnom zdravstvu kao oblika sufinanciranja istraživačkih projekata EU.

7. Specifične aktivnosti vezane uz obveze koje proizlaze iz pristupa EU, te relevantnih direktiva i odluka, primjerice:

7.1 Uspostava odgovarajućeg sustava praćenja zdravstvene situacije u Republici Hrvatskoj i ostale relevantne zdravstvene statistike prema EU standardima i normama (Eurostat).

7.2 Uspostava sustava javnozdravstvene pripravnosti i odgovora na sve incidentne situacije s biološkim, kemijskim ili nuklearnim agensima (uključujući i slučajeve kao ptičja gripa), u skladu s EU preporukama.

7.3 Uspostava sustava kontrole kvalitete i zdravstvene sigurnosti namirnica, vode za piće, sredstava opće uporabe.

7.4 Unapređenje sustava medicine rada i zaštite radnika na radu prema EU direktivama.

7.5 Unapređenje sustava transfuzijske medicine na temelju direktiva EU.

7.6 Unapređenje zaštite od kemikalija u skladu s EU direktivama.

7.7 Uspostava sustava kontrole i stavljanje u promet lijekova i imunoloških pripravaka prema direktivama EU, a posebice usklađivanje organizacije i rada Agencije za lijekove.

Nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za medicinu rada, Hrvatski zavod za toksikologiju

Rokovi: 1. siječnja 2008. godine

Zdravstvena preventiva

Pod zdravstvenom preventivom podrazumijevaju se sve promidžbene aktivnosti kojima se preventivno štiti zdravlje, a koje spadaju u tzv. kategoriju »stila života« (life-style), primjerice borba protiv ovisnosti o alkoholu, nikotinu, narkoticima i borba protiv pretilosti. Danas postoje i neki drugi programi kojima se aktivno čuva ljudsko zdravlje, te na taj način nacije postaju zdravije, žive dulje i kvalitetnije. Ideja promicanja zdravlja podrazumijeva unapređenje zdravlja na populacijskoj razini uz istodobno smanjenje prevalencije čimbenika rizičnih za zdravlje.

Uz to, smanjenje mortaliteta i morbiditeta uslijed malignih bolesti može se uspješno postići programima ranog otkrivanja nekih tumora, primjerice:

- Program ranog otkrivanja raka dojke u 2006. godini,
- Program ranog otkrivanja raka debelog crijeva u 2007. godini,
- Program ranog otkrivanja raka jajnika u 2008. godini,
- Program ranog otkrivanja raka prostate u 2009. godini.

6.8. OSNOVE NOVE POLITIKE FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

Kako je jedan od osnovnih poticaja pristupanju izradi strategije razvitka zdravstva sve teže podnošljiv jaz između porasta i raznolikosti zdravstvenih potreba te osiguranja potrebnih sredstava za zadovoljenje tih potreba, to se problemu politike i strategije financiranja zdravstva posvećuje poseban prostor i naročita pozornost.

Kao razlog za takav pristup navodi se sljedeće:

OBRAZLOŽENJE

Stabilan zdravstveni sustav temelji se na sigurnom i jakom položaju zdravstva u državnom sustavu. Potrebno je sustavno i beskompromisno provođenje zacrtane zdravstvene politike na načelima opće solidarnosti i uzajamnosti.

Potrebno je ograničiti rast zdravstvenih troškova i uspostaviti financijsku stabilnost sustava, uvesti planiranje i upravljanje u sustav zdravstva te reorganizirati sustav financiranja i

plaćanja zdravstvenih usluga. Prije svega, potrebno je provoditi odredbe postojećih zakona koji uređuju sustav zdravstva, što se prije svega odnosi na financijsku odgovornost vlasnika zdravstvenih ustanova za negativno poslovanje ustanova u njihovu vlasništvu, te financijsku odgovornost države.

Nadalje, potrebno je pronaći nove izvore financiranja zdravstvene zaštite, radi smanjenja javne (potrošnje) na račun privatne potrošnje za zdravstvo. To zahtijeva unapređenje postojećeg sustava direktnog plaćanja bolesnika doplatom, odnosno administrativnom pristojbom i dobrovoljnim osiguranjem. Dodatno se redefinira sadašnja politika oslobođenja od plaćanja doplata s ciljem uklanjanja manipulacija i stvaranja nejednakosti u primanju socijalnih naknada u zdravstvu, a sukladno načelima jačanja solidarnosti i uzajamnosti. Trenutačno je čak 2,5 milijuna stanovnika Hrvatske oslobođeno participiranja u zdravstvenim troškovima s godišnjim troškom od oko 800 milijuna kuna, a od toga čak oko 880 tisuća s osnova prihodovnog cenzusa, s godišnjim troškom od oko 380 milijuna kuna. Potrebna je izmjena Zakona o zdravstvenom osiguranju s boljim reguliranjem obveznog i dobrovoljnog osiguranja. Privatna potrošnja za zdravstvo dobrovoljnim osiguranjem (dopunsko i dodatno osiguranje) treba zauzeti značajnije mjesto u izvoru financiranja zdravstvene zaštite. Financijska stabilizacija znači ograničenje rasta troškova u zdravstvu, zastupanje trenda rasta gubitaka, uravnoteženje prihoda i rashoda, sanaciju gubitaka iz proteklih godina, uspostavljanje urednog plaćanja u sustavu zdravstva i povećanje sposobnosti samostalnog poslovanja ključnih zdravstvenih ustanova. Da bi se postiglo bolje financijsko poslovanje ugovornih subjekata HZZO-a, potrebno je unaprijediti postojeće mehanizme plaćanja zdravstvene zaštite.

Mehanizmom plaćanja primarne zdravstvene zaštite glavarinom, trebala bi se poticati kvaliteta rada liječnika i samim tim zadržavanje osiguranika. Također je moguć utjecaj na provođenje promotivnih i preventivnih aktivnosti, koje bi mogle smanjiti troškove zdravstvene zaštite u budućnosti. Negativan učinak moglo bi imati neprovođenje potrebnih procedura, odnosno prebacivanje troškova na druge razine zdravstvene zaštite (npr. s primarne zdravstvene zaštite na sekundarnu razinu). Radi toga je potrebno dodatno stimulirati liječnike u PZZ-u na provođenje određenih procedura radi postizanja zacrtanih zdravstvenih ciljeva. To se može postići plaćanjem pojedinih procedura mehanizmom cijena puta usluga ili plaćanje po situaciji (PPTP) što je u Hrvatsku uvedeno 2004. godine, međutim još uvijek nedovoljno. Potrebno je smanjiti udio prihoda liječnika u PZZ-u koji ostvaruju glavarinom, a povećati udio koji ostvaruju mehanizmom cijena puta usluga, odnosno mehanizmom plaćanja po slučaju. I u tim mehanizmima potrebno je uvesti kontrolu rada, prije svega administrativnim mjerama, kako bi se izbjegla umjetno izazvana potražnja (induced demand). Unapređenje sustava plaćanja bolničke zdravstvene zaštite uvođenjem prospektivne metode plaćanja po terapijskom postupku (PPTP) od 2003. godine te prijedlog uvođenja DTS sustava u pilot-programu od veljače 2006. godine, dobar je način kontrole potrošnje. DTS sustav trebao bi imati utjecaj na smanjenje duljine hospitalizacije, povećanje kvalitete i smanjenje troškova. Međutim, negativna strana sustava je mogućnost svrstavanja osiguranika u skuplje grupe. Da bi se to izbjeglo potrebno je razviti dobar informacijski sustav. Dodatan način racionalizacije potrošnje u bolničkom sustavu je kategorizacija i akreditacija bolnica, čime se uvodi red u provođenje dijagnostičkih i terapijskih procedura, ovisno o potrebama pacijenata te kvaliteta rada bolnica.

U razdoblju stabilizacije, u skladu s porastom nacionalnog dohotka i drugim društvenim potrebama, Republika Hrvatska će povećati sredstva za zdravstvo, ali na osnovi povećanja BDP-a, osigurati djelomično financiranje iz dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja i direktnog plaćanja korisnika te ograničiti rast zdravstvene potrošnje regulacijom ponude i potražnje zdravstvenih usluga, odnosno održati diferencijaciju zdravstvenih usluga koje financira nacionalni sustav za cjelokupne zdravstvene usluge (paket usluga).

Poduzete mjere u području farmakoekonomike, prije svega donošenje Zakona o lijekovima, niza pravilnika ministarstva nadležnog za zdravstvo, Agencije za lijekove te provedbenih akata HZZO-a, utjecat će na smanjenje potrošnje za lijekove. Dodatan poticaj smanjenju potrošnje za lijekove može se postići uvođenjem sustava referentnih cijena. Iskustva zemalja EU koje su uvele taj sustav (Njemačka, Irska, Slovačka) ukazuju na moguće smanjenje potrošnje za lijekove na recept oko 10% na godišnjoj razini.

Nadalje, potrebno je unapređenje korištenja dokaza u svakodnevnoj kliničkoj praksi, odnosno bržeg i kontroliranog uvođenja novih tehnologija u svakodnevnu kliničku praksu (Health Technology Assessment). U zapadnoj Europi su za procjenu novih tehnologija zadužene nezavisne institucije, od kojih je najpoznatija National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) u Ujedinjenom Kraljevstvu. Pod pojmom nove tehnologije podrazumijevaju se lijekovi, dijagnostički testovi, medicinski uređaji, kirurške i kliničke procedure, promocija zdravlja, te ostale terapijske intervencije. Pod pojmom procjene novih tehnologija podrazumijeva se objedinjavanje procjena kliničke i vrijednosne učinkovitosti kako bi se utvrdila vrijednost nove tehnologije u odnosu na primjenu alternativnih postupaka, izdavanje smjernica za nove tehnologije, te izrada alata koji se koriste u nadzoru određene intervencije. Za svaku novu tehnologiju potrebno je definirati očekivanu korist za zdravlje i nacionalnu zdravstvenu politiku, te očekivan utjecaj na resurse u sustavu zdravstva. Da se radi o zahtjevnom, ali i korisnom poslu, potvrđuje činjenica da se u sklopu NICE-a u Ujedinjenom Kraljevstvu godišnje donese svega 30 procjena novih tehnologija, a postupak procjene traje nešto kraće od godinu dana.

PROVEDBENE AKTIVNOSTI U PODRUČJU FINANCIRANJA ZDRAVSTVA

Da bi se to teško podnošljivo stanje što lakše prebrodilo, u predstojećem kratkoročnom razdoblju predviđaju se sljedeće mjere i akcije:

1. Smanjenje udjela javne potrošnje za zdravstvo na račun privatne potrošnje. Reguliranje dopunskog (pokriva troškove doplate) i dodatnog (pokriva troškove zdravstvene zaštite koja nije pokrivena osnovnim zdravstvenim osiguranjem) zdravstvenog osiguranja.
2. Definiranje negativne liste paketa osnovnoga zdravstvenog osiguranja (postupci koji nisu pokriveni osnovnim zdravstvenim osiguranjem).
3. Unapređenje postojećeg sustava direktnog plaćanja korisnika (doplata i administrativna pristojba). Doplata je potrebno uskladiti nakon definiranja paketa usluga iz osnovnoga zdravstvenog osiguranja. U kratkom roku treba korigirati postojeći prihodovni cenzus na način da se proširi na sve vrste prihoda (dohodaka i primitaka) svih članova obitelji bez obzira na njihov osiguravajući status. U srednjem roku namjera je s prihodovnog cenzusa prijeći na imovinski cenzus kojeg već provode centri za socijalnu skrb. Administrativnu pristojbu treba unaprijediti da bi se postigli zadani ciljevi: odvratanje osiguranika od nepotrebnog korištenja zdravstvene zaštite što u konačnici dovodi do relativnog povećanja prihoda u zdravstvu.
4. Smanjenje udjela prihoda liječnika u PZZ-u koji ostvaruju glavarinom na račun mehanizama plaćanja cijena puta usluga i plaćanja po slučaju.
5. Kategorizacija i akreditacija bolnica, čime se postiže specijaliziranost bolnica za pojedine djelatnosti (procedure), a time i djelotvornost i kvaliteta rada, što (posljedično) može utjecati na smanjenje troškova.
6. Izrada algoritama dijagnostičkih i terapijskih postupaka te standardizacija medicinskih postupaka, čime se postiže djelotvornost i kvaliteta rada te racionalizacija poslovanja.
7. Uvođenje plaćanja bolnica mehanizmom DTS-a.
8. Racionalizacija nabave i uporabe dijagnostičke opreme u skladu s kategorizacijom i akreditacijom bolnica te definiranim kliničkim smjernicama.
9. Uvođenje smart-kartica radi praćenja financijskih i naturalnih pokazatelja po pacijentu i

doktoru (dovršetak informatizacije zdravstva).

10. Racionalna potrošnja lijekova ostvarit će se kroz uvođenje »osnovne liste« i »dopunske liste« lijekova. Osnovna lista lijekova predstavlja osnovne lijekove za liječenje svih bolesti, a za koje se ne plaća doplata. Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova, pri čemu se osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Uz to, predviđa se izrada algoritama za racionalnu farmakoterapiju po odjelima i strukama.

11. Unapređenje uporabe dokaza u svakodnevnoj kliničkoj praksi, odnosno brže i kontrolirano uvođenje novih tehnologija u svakodnevnu kliničku praksu.

12. Racionalizacija troškova prijevoza je dodatna mjera kojom se naknada troškova predviđa za udaljenosti veće od 40 km od mjesta prebivališta, uz neke specifične iznimke.

Klasa: 500-01/06-01/05

Zagreb, 9. lipnja 2006.

HRVATSKI SABOR
Predsjednik
Hrvatskoga sabora
Vladimir Šeks, v. r.

U tekstu gdje nisu posebno navedeni izvori podataka korišteni su podaci iz Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa za 2004. godinu, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

¹ Nacionalni program Republike Hrvatske za pridruživanje EU za 2005. godinu (NPPEU 2005), Vlada RH, Zagreb, prosinac 2004.

² Pretpristupni ekonomski program 2005. – 2007. (PEP), Vlada RH, Zagreb, 14. listopada 2004.

³ Akcijski plan priprema za korištenje pretpristupnih programa EU, Vlada RH, 27. listopada 2004.

⁴ Peto proširenje Europske unije: 2004., Ministarstvo europskih integracija, Zagreb, 2004.

⁵ Teret bolesti u nekoj populaciji može se promatrati kao odklon trenutnog stanja zdravlja od idealnog stanja gdje svatko doživi starost bez bolesti i onesposobljenosti. Otklon uzrokuju prerane smrti, onesposobljenosti i određeni faktori rizika koji pridonose pojavi bolesti. DALY je zbirni pokazatelj koji kombinira utjecaj bolesti, onesposobljenosti i smrtnosti na zdravlje stanovništva.

⁶ WHO (2003.c). The world health report 2003. – Shaping the future. Geneva, 2003.

⁸ WHO: Croatia – Health Systems in Transition, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

⁹ U Štamparovom, prvom u svijetu, Zakonu o osnivanju domova zdravlja bilo je navedeno da je »Dom zdravlja zdravstvena ustanova koja se bavi promicanjem zdravlja.«

¹⁰ Nije naodmet spomenuti da u latinskom jeziku »pacijent« (patient) znači »onaj koji trpi«.