



REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

I Z V J E Š Ć E
O STANJU REFORME ZDRAVSTVA
(2000 – 2003.)

Zagreb, veljača 2003.

IZVJEŠĆE O STANJU REFORME ZDRAVSTVA

1. Uvod	4
2. Javno zdravstvo i javno-zdravstveni projekti	4
3. Zaposlenici u zdravstvu	21
3.1. Zapošljavanje	24
3.2. Unapređenje položaja zdravstvenih djelatnika	28
4. Financijski rezultati	30
4.1. Financijski pokazatelji HZZO-a 1999 - 2002.	31
4.2. Zakon o zdravstvenom osiguranju	35
4.3. Dopunsko zdravstveno osiguranje	37
5. Primarna zdravstvena zaštita	42
5.1. Novi "dom zdravlja"	42
5.2. Obiteljska medicina	43
5.3. Stomatologija	43
6. Reforma bolničkog sektora	45
6.1. Projekt planiranja zdravstvenih kapaciteta i reorganizacije bolničke djelatnosti	45
6.2. Utvrđivanje kadrovskih normativa te obveznog standarda pripravnosti i dežurstava	50
6.3. Novi način plaćanja zdravstvenih usluga – Uvođenje "PPTP" modela plaćanja po terapijskom postupku	50
6.4. Novi način plaćanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite	51
6.5. Pravilnik o radnom vremenu	52
6.6. Novi model ugovaranja za bolnice	52
7. Kapitalna ulaganja i decentralizirana sredstva	53
7.1. Kapitalna ulaganja	53
7.2. Decentralizirana sredstva	54
8. Izvješće za područje lijekova	56
9. Informatizacija sustava zdravstva	58
9.1. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite	58

9.2. Bolnički informatički sustav	59
9.3. Telemedicina	60
9.4. Uključivanje u računalnu komunikacijsku mrežu tijela državne uprave	61
10. Osiguranje kvalitete i inspekcijski nadzor	62
10.1. Osiguranje kvalitete	62
10.2. Inspekcijski nadzor	62
11. Međunarodna suradnja i projekti	65
11.1. Projekt Svjetske banke	65
11.2. Suradnja sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom	67
12. Prijedlozi zakonskih promjena	69

IZVJEŠĆE MINISTARSTVA ZDRAVSTVA O STANJU REFORME ZDRAVSTVA

1. Uvod

Nakon izbora početkom 2000. godine, Ministarstvo zdravstva započelo je s reorganizacijom i unapređenjem sustava zdravstva. Obzirom da je reforma zdravstva jedan od visokih prioriteta Vlade Republike Hrvatske, a takve sustavne promjene nije bilo moguće započeti bez detaljno razrađenog plana, Ministarstvo zdravstva i Vlada RH izradili su dokument "**Reforma zdravstva: Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske**" kojeg je u srpnju 2000. godine usvojio Hrvatski sabor.

Alternativa reformi zdravstvenog sustava bila je produbljivanje financijske krize u zdravstvu, daljnje slabljenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite te fragmentacija zdravstvenog sustava što se zateklo kao postojeće stanje.

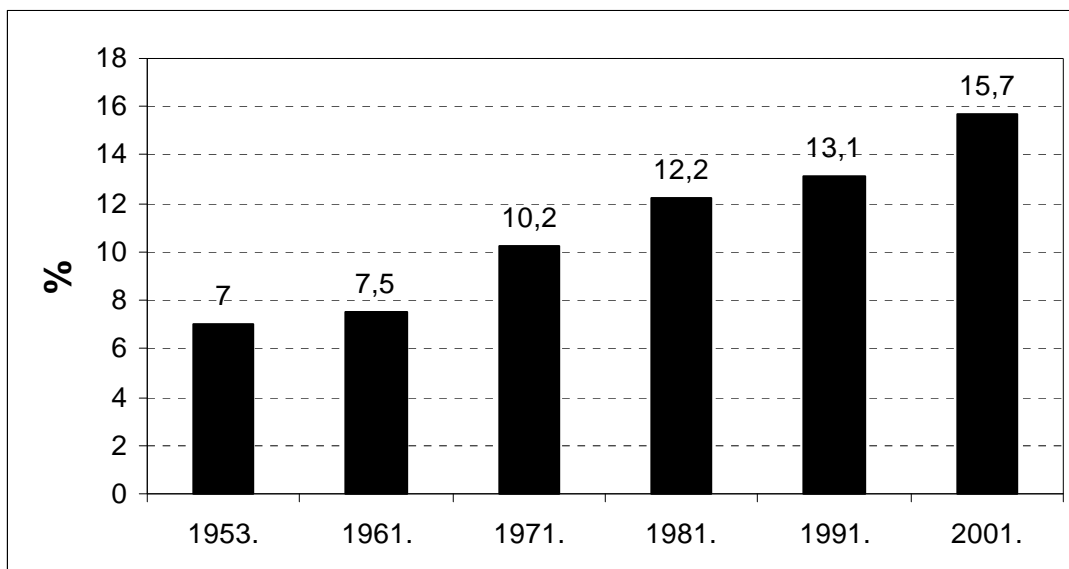
2. Javno zdravstvo

Demografski podaci

Tijekom 2000-2002. godine izrađene su analize zdravstvenih pokazatelja u Republici Hrvatskoj kao osnova za izradu programa mjera zdravstvene zaštite i posebnih preventivnih programa usmjerenih unapređenju i očuvanju zdravlja. Ministarstvo zdravstva je na temelju analiza kao glavni cilj svoje politike utvrdilo očuvanje i unapređenje zdravlja te smanjenje pobola/smrtnosti uz produljenje trajanja i poboljšanja kvalitete života, populacije i pojedinaca.

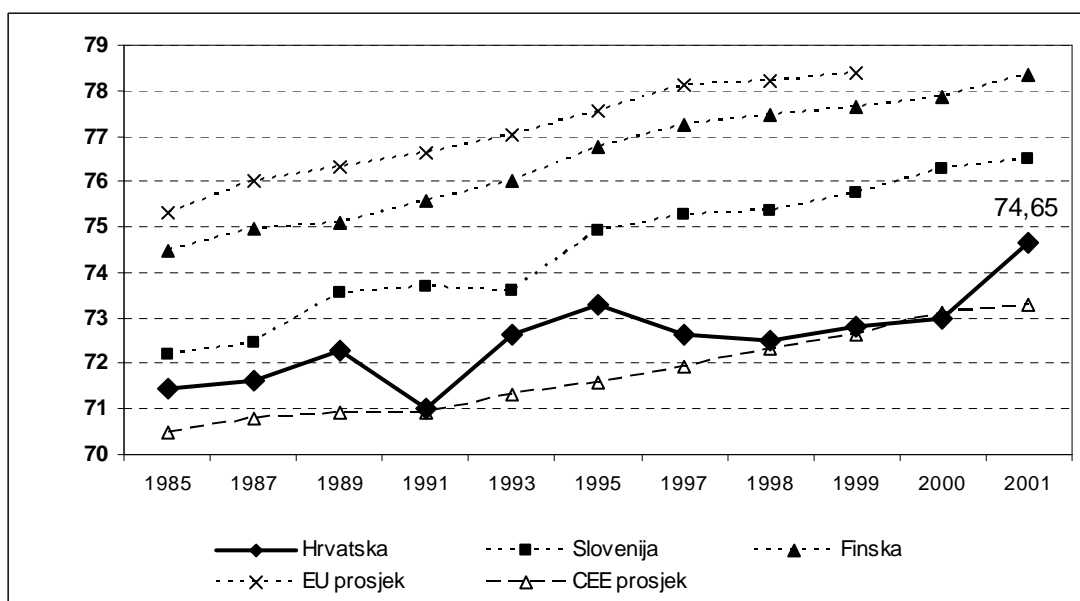
Prema *Popisu stanovništva 2001. godine* Republika Hrvatska je imala 4.437.460 stanovnika i pokazuje značajke procesa demografske tranzicije čija je posljedica starenje stanovništva uzrokovano padom smrtnosti, produljenjem očekivanog trajanja života, smanjenjem natalitet i padom dojenačke smrtnosti. Godine 2001. udio stanovnika starijih od 65 godina dosegao je 15,6%, odnosno dvostruko je veći nego prema popisu 1961. godine (*Grafikon 1.*). Udio mlađih od 14 godina je smanjen na 17,1%. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, Republika Hrvatska je time gotovo dosegla prosjek zemalja Europske unije (16%), za razliku od susjedne Slovenije (udio starijih od 65 je 14,3%) i prosjeka zemalja Srednje i Istočne Europe kojima pripada po svojim tranzicijskim obilježjima (12,9%).

Grafikon 1. Udio starijih od 65 godina prema popisima stanovništva u Republici Hrvatskoj



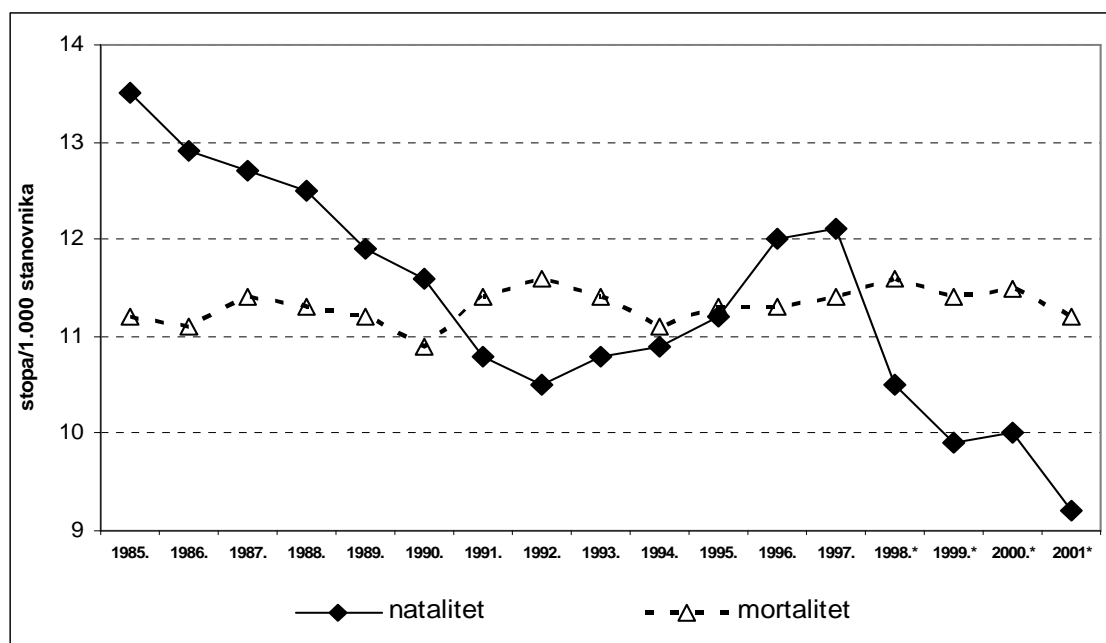
U 2001. godini u Republici Hrvatskoj je očekivano trajanje života pri rođenju za oba spola zajedno bilo 74,65 godina, samo za žene 78,17 godina, a za muškarce 71,03 godine. U usporedbi s gospodarski razvijenim zemljama nalazimo da Hrvatska zaostaje za 4-5 godina (npr. u Finskoj je 2001. godine očekivano trajanje života 78,36 godina), za susjednom Slovenijom 2 godine (76,49 godina), a bolji smo od prosjeka zemalja Srednje i Istočne Europe za 1,5 godina (CEE prosjek u 2001. godini iznosi 73,29 godina) (*Grafikon 2.*).

Grafikon 2. Očekivano trajanje života u Hrvatskoj i nekim europskim zemljama



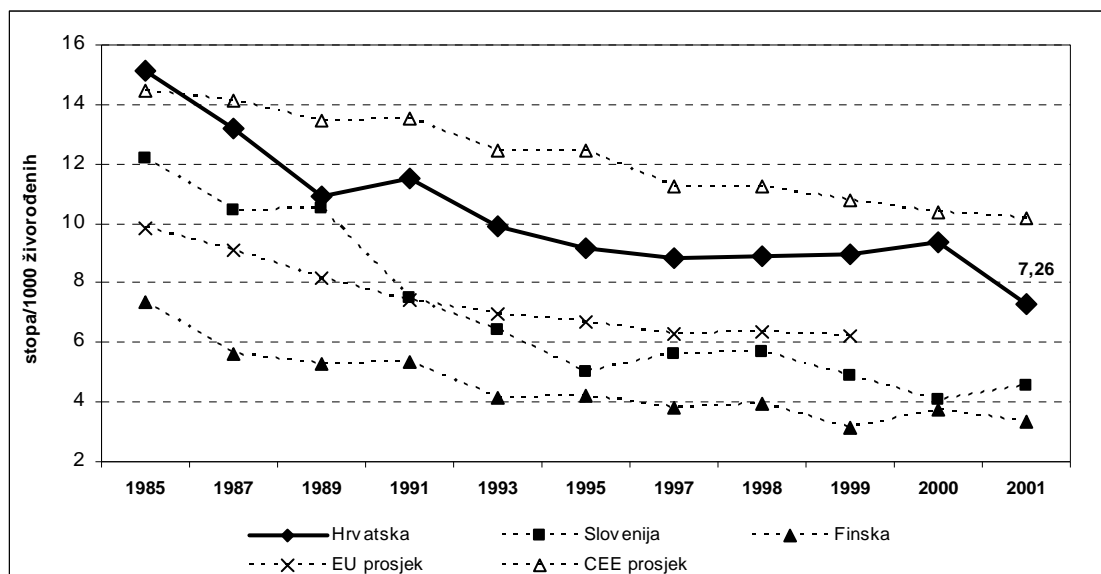
Prema podacima o prirodnom kretanju stanovništva Republika Hrvatska pripada skupini zemalja s prirodnim padom stanovništva, odnosno već niz godina bilježi više umrlih nego rođenih. U 2001. godini u Hrvatskoj je rođeno 40.993 djece, a umrle su 49.552 osobe odnosno 8.559 više no što je živorođenih. Natalitetna stopa je iznosila 9,2/1.000, a mortalitetna 11,2/1.000 (*Grafikon 3.*). Stopa prirodnog kretanja 2001. godine je najniža od osamostaljenja hrvatske države i iznosi -1,9. Pozitivno prirodno kretanje bilježe samo 4 županije (Zadarska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska i Međimurska županija). Trend snižavanja nataliteta prisutan je u cijeloj Europi, a usporedba s prosjekom Europske unije i Srednje, Istočne Europe pokazuje da Republika Hrvatska ima nešto nižu stopu.

Grafikon 3. Natalitet i mortalitet u Hrvatskoj od 1985. do 2001. godine



Značajan pokazatelj zdravstvene skrbi socijalno-gospodarskog i kulturnog okruženja je perinatalna smrtnost. Prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije za međunarodne usporedbe, perinatalni mortalitet za Hrvatsku je u 2001. godini je iznosio 7,3/1000 rođenih s više od 1000 grama porodne težine. Hrvatska je prema ovom pokazatelju malo iznad prosjeka zemalja Europske unije, a znatno je bolja od prosjeka zemalja Srednje i Istočne Europe (10,16/1000) (*Grafikon 4.*).

Grafikon 4. Perinatalna smrtnost u Republici Hrvatskoj i nekim europskim zemljama



Zarazne bolesti

Epidemiološka situacija u vezi sa zaraznim bolestima može se ocijeniti povoljnom što je rezultat organiziranog djelovanja cijelog zdravstvenog sustava i drugih djelatnosti koje u svojoj domeni doprinose zdravlju ljudi. To najbolje pokazuju rezultati dugogodišnjeg provođenja Programa cijepljenja prema kojima je došlo do eliminacije ili značajnog pada pobola od bolesti protiv kojih se cijepi (Tablica 1.).

Tablica 1. Smanjenje pobola bolesti obuhvaćenih programom cijepljenja

Bolest	Razdoblje (godine)		Redukcija pobola (%)
	prosječni broj oboljelih		
Tuberkuloza	1950-'54	1997-'01	87
	13765	1822	
Difterija	1950-'54	1997-'01	100
	1133	0	
Tetanus	1950-'54	1997-'01	93
	186	13	
Pertusis (hripavac)	1954-'58	1997-'01	96
	7393	444	

Poliomijelitis (dječja paraliza)	1956-'60 219	1997-'01 0	100
Ospice	1963-'67 15183	1997-'01 187	99
Rubeola	1976-'80 11248	1997-'01 68	99
Parotitis (zaušnjaci)	1976-'80 8569	1997-'01 176	98

Incidencije AIDS-a (0,4/100.000 u 2000. godini), hepatitisa B (4,5/100.000 u 2001. godini) i sifilisa (0,45/100.000 u 2001. godini) među najnižima su u Europi. Zahvaljujući sustavnoj provedbi javno-zdravstvenih mjera za sprečavanje HIV infekcije u Hrvatskoj je izbjegnuta porast incidencije koji je zabilježen u većini europskih zemalja početkom devedesetih godina i zadnjih godina u zemljama Istočne Europe.

Nužno je neprekidno provoditi mjere suzbijanja i sprečavanja zaraznih bolesti jer njihovim izostankom može doći do destabilizacije epidemiološke situacije i pojave epidemija bolesti koje su iskorjenjene ili koje danas u Hrvatskoj ne predstavljaju velik problem. Potencijalno nesigurnu epidemiološku situaciju čine migracije stanovništva, pojava bolesti vezanih uz masovnu proizvodnju hrane (salmoneloze i drugi uzročnici crijevnih bolesti), pojava novih bolesti kao BSE (kravlje ludilo), te prijetnja biološkim oružjem koju je kao mogućnost u 2000. godini najavila i Svjetska zdravstvena organizacija te obvezala članice da se za ovu mogućnost pripreme.

Nadzor te mjere sprečavanja i suzbijanja zaraznih bolesti stalan su zdravstveni prioritet.

HIV/AIDS

U periodu od 1986. godine do rujna 2002. godine u Republici Hrvatskoj registrirana je 191 oboljela osoba, i 365 HIV pozitivnih pacijenata. Incidencija AIDS-a je 2/1.000.000, a incidencija HIV-a 6/1.000.000 stanovniku. Od ukupno oboljelih HIV/AIDS 80 (21,9%) su žene, a 285 (78,1%) su muškarci, umrlo je 107 osoba. Prema rizičnim grupama 3 (1,6%) su djeca HIV pozitivnih majki, 8 (4,2%) hemofilicari, 91 (47,6%) homo/biseksualne osobe, 16 (8,4%) i.v. narkomani, 17 (8,9%) partneri HIV pozitivne osobe, 52 (27,2%) promiskuitetne i heteroseksualne osobe, dok je 4 (2,1%) osoba nepoznatog rizika. Prema dobnim skupinama najviše je oboljelih u dobi od 30-49 godina (58,1%). U 1997. godini po prvi puta je registrirana HIV- infekcija u dojenačkoj dobi.

Od značajnih aktivnosti i tijela koja sudjeluju u praćenju HIV/AIDS-a u Republici Hrvatskoj treba istaknuti praćenje i prijavljivanje ove bolesti koje je regulirano *Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti* (Narodne novine br. 60/92.) i *Pravilnikom o načinu prijavljivanja zaraznih bolesti* (Narodne novine br. 23/94.) te vođenje *Registra za AIDS* pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo od 1986. godine. Od 1987. godine provodi se obvezno testiranje dobrovoljnih davatelja krvi.

Povjerenstvo za prevenciju HIV/AIDS-a Ministarstva zdravstva osnovano je 1990. godine i u kontinuitetu radi i danas. Predsjednik Povjerenstva je ministar zdravstva.

Nacionalni program donesen je 1993. godine te će se tijekom 2003. g. revidirati.

Referentni centar za AIDS Ministarstva zdravstva osnovan je pri Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" zbog potrebe stručnog praćenja, proučavanja, pružanja stručne pomoći i utvrđivanja doktrina i mjerila za dijagnostiku i liječenje. Na Klinici se odvija i cjeloviti zdravstveni program praćenja svih HIV pozitivnih osoba i AIDS pacijenata, dijagnostika, liječenje i opskrba antiretrovirusnim lijekovima.

Prema procjenama za 2001. godinu za HIV/AIDS je izdvojeno 20.613.018 kuna (liječenje, testiranje, lijekovi, UNICEF, NGO, Hrvatski Crveni križ, Hrvatski zavod za transfuziologiju) od čega je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje izdvojio ukupno 14.241.787 kuna, a Hrvatsko zavod za transfuziologiju za testiranja oko 5.070.300 kuna. U 2002. godini dodatno je samo iz sredstava Ministarstva zdravstva izdvojeno je oko 850.000 kuna za programe promocije i edukacije (tiskanje brošura, plakata, podrška seminarima i sl).

KRONIČNE NEZARAZNE BOLESTI

Godine izgubljenog života pokazatelj su prijevremenog umiranja. Najveći broj godina izgubljenog života 2001. godine u Hrvatskoj bio je uzrokovan novotvorinama (tumorima), bolestima srca i krvnih žila i ozljedama (*Tablica 2*).

Tablica 2. Opća stopa smrtnosti (na 100.000 stanovnika) i procijenjene godine izgubljenog života (YLL) za pojedine skupine bolesti u Republici Hrvatskoj za 2001. godinu

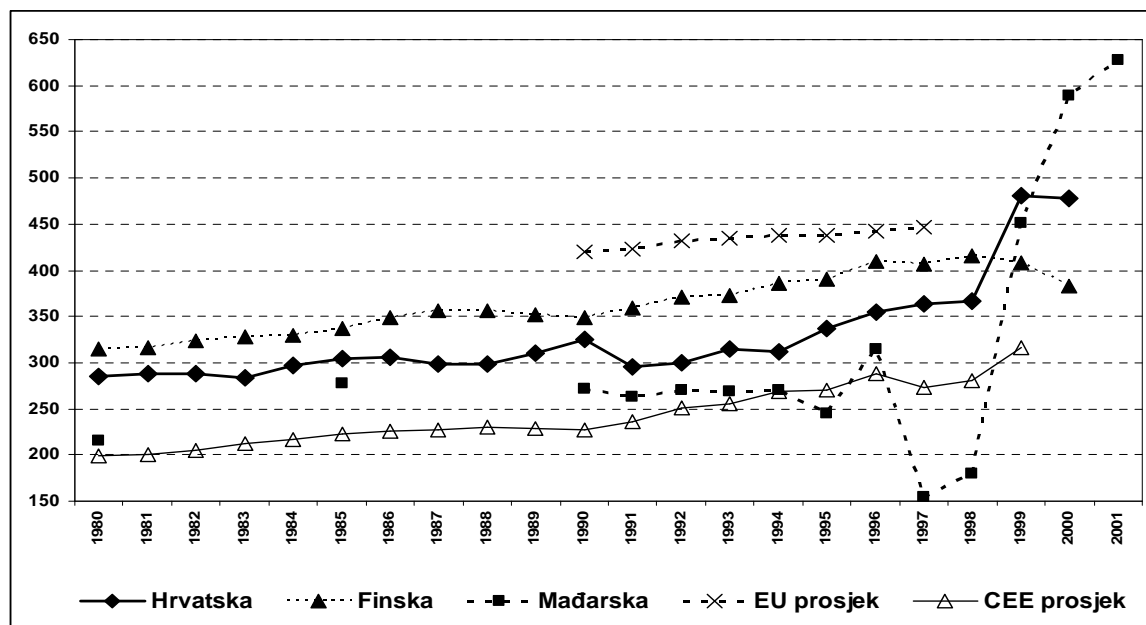
Skupine bolesti	Ukupno		Muškarci		Žene	
	Stopa	YLL	Stopa	YLL	Stopa	YLL
Novotvorine	265,5	87.620	326,1	39.082	209,2	42.545

KVB	598,1	81.594	547,3	38.576	645,3	40.730
Ozljede	61,8	54.927	88,4	38.733	37,1	12.287
Ozljede u prometnim nesrećama.	15,2	20.301	24,4	14.344	6,6	4.564

RAK

U Hrvatskoj se prema podacima Državnog registra za rak godišnje dijagnosticira oko 20.950 novih bolesnika, a umire oko **11.700** oboljelih (*Grafikon 5*).

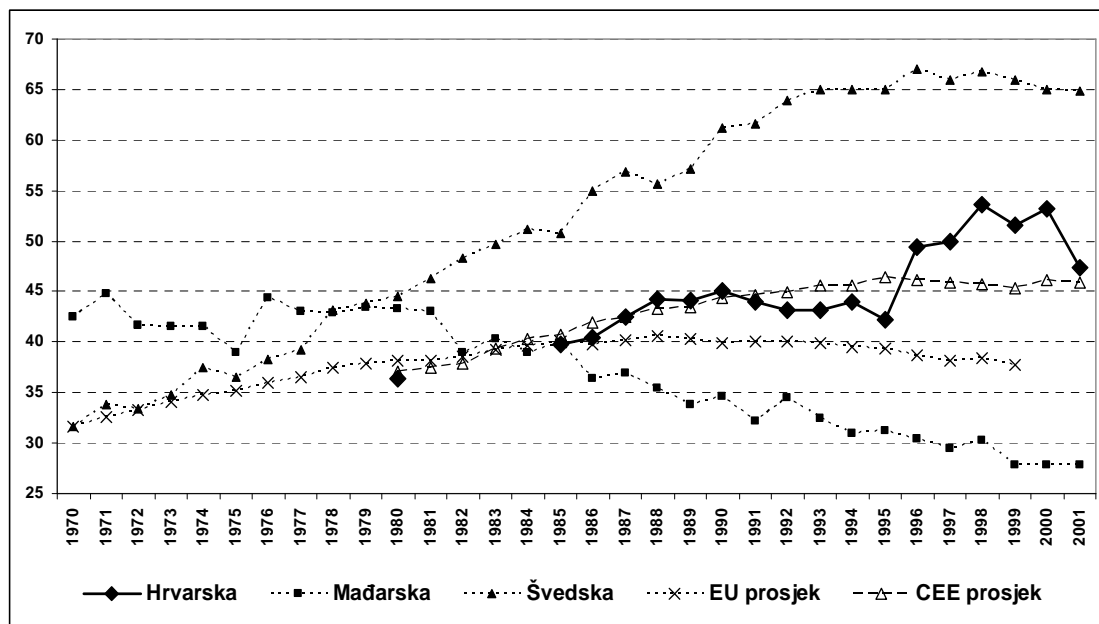
Grafikon 5. Dobno-standardizirane stope incidencije raka u Republici Hrvatskoj i Europi/100,000 stanovnika



Rak pluća najčešće je sijelo raka u muškaraca u Hrvatskoj (2.602 nova bolesnika godišnje ili udio od **23%**), a u žena se nalazi na trećem mjestu po učestalosti (9.765 ovih bolesnica godišnje ili udio od 7%), nakon raka dojke i debelog crijeva. Nadalje rak bronha i pluća treći je na ljestvici pojedinačnih uzroka smrti u muškaraca u Hrvatskoj u 2001.

U Hrvatskoj su incidencija i mortalitet od raka pluća u porastu (*Grafikon 6*). Najznačajniji faktor rizika za rak pluća je pušenje, kojem se pripisuje oko 87% slučajeva raka pluća. Rak pluća stoga možemo smatrati u velikoj mjeri preventabilnim. Kao posljedica smanjenja pušenja i povećane brige za zdravlje u najrazvijenijim zemljama svijeta incidencija raka pluća stagnira ili je u padu.

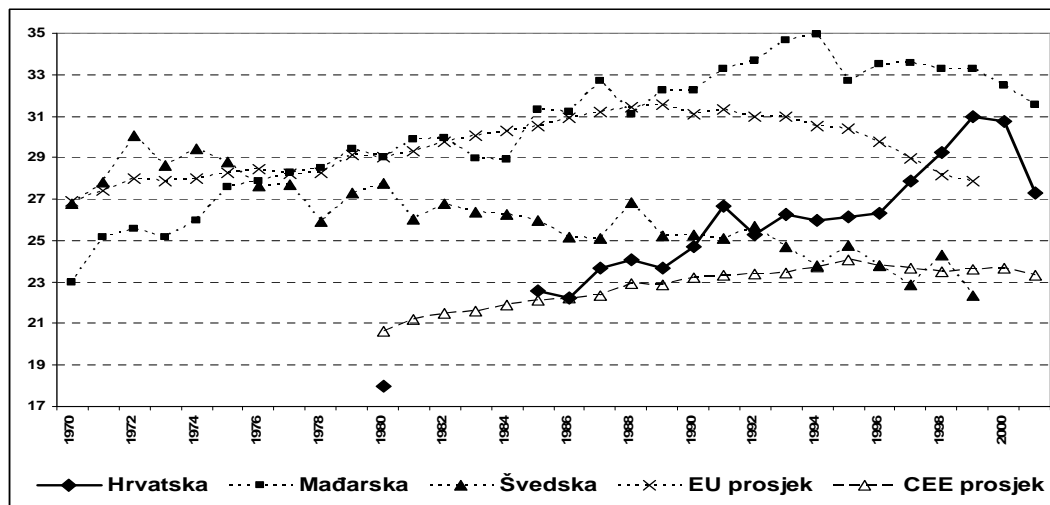
Grafikon 6. Dobno-standardizirane stope mortaliteta od raka pluća u Republici Hrvatskoj i Europi/100.000 stanovnika



Rak dojke je najčešće sijelo raka u žena u Hrvatskoj (2.187 novih bolesnica godišnje ili udio od **22%**), po incidenciji i mortalitetu. Usprkos napretku dijagnostike i terapije, rak dojke je najčešći uzrok smrti u žena u dobi 35-39 godina u Hrvatskoj. I incidencija i mortalitet od tog raka i dalje će rasti, posebice ako se ne zaustave štetni rizici stila življenja, daljnja zagađenja hrane i okoliša. Jedini način preveniranja nepotrebnih smrti su programi ranog otkrivanja kojima se otkrivaju mali i lokalizirani tumori u izlječivom stadiju bolesti. One zemlje koje su prije dvadesetak godina počele s organiziranim programima ranog otkrivanja (palpacija i mamografija) sada imaju prisutan pad mortaliteta od raka dojke. To su u Europi Švedska, Finska, Nizozemska, Velika Britanija . Za razliku od njih druge zemlje pokazuju daljnji porast mortaliteta od raka dojke (*Grafikon 7*).

Ministarstvo zdravstva osnovalo je Povjerenstvo za prevenciju karcinoma dojke čiji je cilj izrada nacionalnog programa prevenciju ove bolesti. U cilju ranog otkrivanja raka dojke nabavljeno je deset mamografa uključujući i jedan mobilni mamograf, u što u bile uključene su nevladine organizacije i brojni donatori.

Grafikon 7. Dobno-standardizirane stope mortaliteta od raka dojke u Republici Hrvatskoj i Europi/100.000 žena

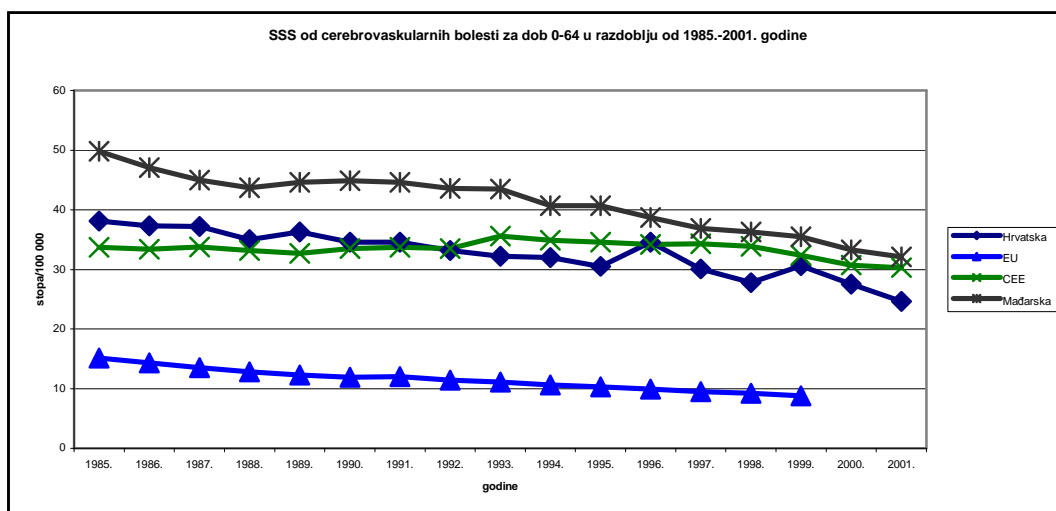


KARDIOVASKULARNE BOLESTI

U Hrvatskoj su **bolesti srca i krvnih žila** vodeći uzrok smrti s udjelom od **53,56%** u ukupnom mortalitetu. Znakova smanjenja trenda smrtnosti nema za sve dobi ukupno, ali je ohrabrujuća činjenica da standardizirana stopa smrtnosti za dob od 0-64 godine ipak bilježi pad. U 2001. godini od bolesti srca i krvnih žila umrle su 26.542 osobe ili svaki drugi umrli u Hrvatskoj. Vodeće dijagnostičke skupine kao uzrok smrti su ishemijska bolest srca i krvnih žila s udjelom od 33,4% i cerebrovaskularne bolesti s udjelom od 31,4% u ukupnom broju umrlih od bolesti srca i krvnih žila 2001. godine.

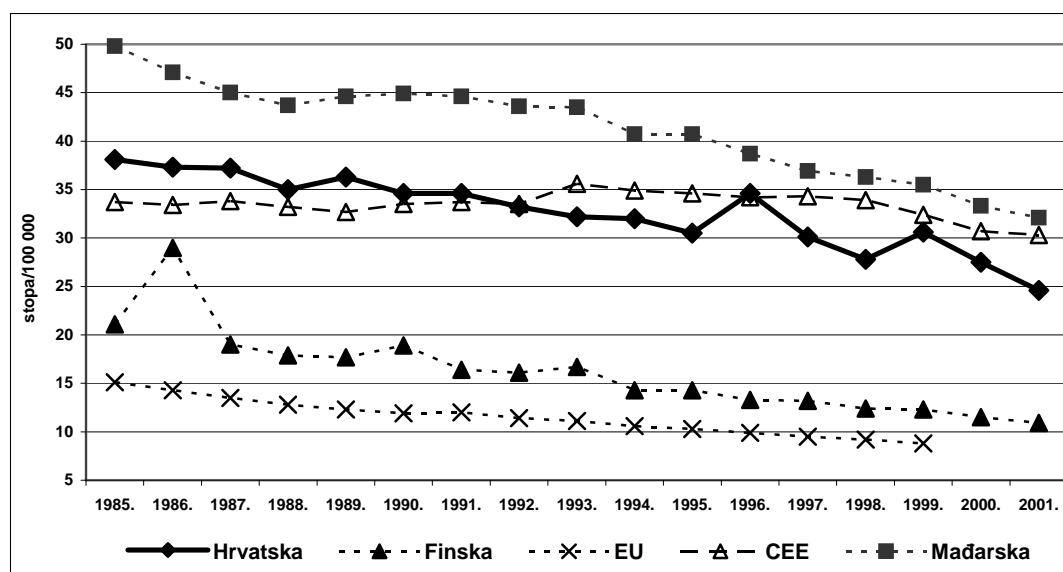
Standardizirana stopa smrtnosti za ishemijsku bolest srca, za dobnu skupinu 0-64 godine u usporedbi s drugim zemljama niža je od prosjeka za zemlje Srednje i Istočne Europe i daleko niža od stopa nama susjedne Mađarske (*Grafikon 8.*), ali je u Hrvatskoj stopa smrtnosti viša od prosjeka za zemalja Europske unije.

Grafikon 8. Standardizirana stopa smrtnosti od ishemijske bolesti srca za dob 0-64 u razdoblju od 1985-2001. godine



Standardizirana stopa smrtnosti za cerebrovaskularne bolesti za dobnu skupinu od 0-64 godine pokazuje trend opadanja. U usporedbi s drugim zemljama, stope u nas su niže od prosjeka zemalja Srednje i Istočne Europe i susjedne Mađarske, ali su iznad prosjeka zemalja Europske unije i Finske koja je uz SAD primjer zemlje sa značajnim smanjenjem mortaliteta od KVB (i do 50%) zahvaljujući opsežnim javno-zdravstvenim mjerama, odnosno programima prevencije rizičnih čimbenika (*Grafikon 9*).

Grafikon 9. Standardizirana stopa smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti za dob 0-64 u razdoblju od 1985-2001. godine



Kardiovaskularne bolesti, uz konstantan porast pobola, postale su vodeći javno-zdravstveni problem i najčešći uzrok smrti u Hrvatskoj (u 1999. činile su 52,1% udjela u uzrocima smrti), uz maligne bolesti, trovanja i ozljede.

Vodeći rizični faktori za razvoj kardiovaskularnih bolesti su visoka razina kolesterola u krvi, povišen tlak, šećerna bolest, pretilost, smanjena fizička aktivnost i najvažniji faktor pušenje cigareta.

PUŠENJE

Epidemiološke studije provedene od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u sklopu Prvog hrvatskog projekta financiranog zajmom Svjetske banke pokazale su da 32,6% odraslih osoba u dobi od 18 do 65 godina u Hrvatskoj puši redovno (stalno).

Pušenje je glavni izbjegljiv čimbenik rizika po zdravlje. Ono povećava rizik za tridesetak bolesti, prvenstveno pojedina sijela raka, od kojih je najučestaliji rak bronha i pluća, zatim bolesti srca i krvnih žila te kroničnu opstruktivnu bolest pluća. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u zemljama Srednje i Istočne Europe u promatranom razdoblju stope smrtnosti od bolesti povezanih s pušenjem osciliraju, ali ne pokazuju značajnije promjene (*Grafikon 10*). Posljednjih godina uglavnom su nešto niže od stopa za Republiku Hrvatsku (2000. g. - 407,7/100.000). Zemlje Europske unije bilježe kontinuirano silazni trend i one su znatno niže od stopa za Hrvatsku (1999. g. - 240,8/100.000). Mađarska pokazuje silazni trend stopa smrtnosti od ovih bolesti, ali su stope više od stopa za Hrvatsku.

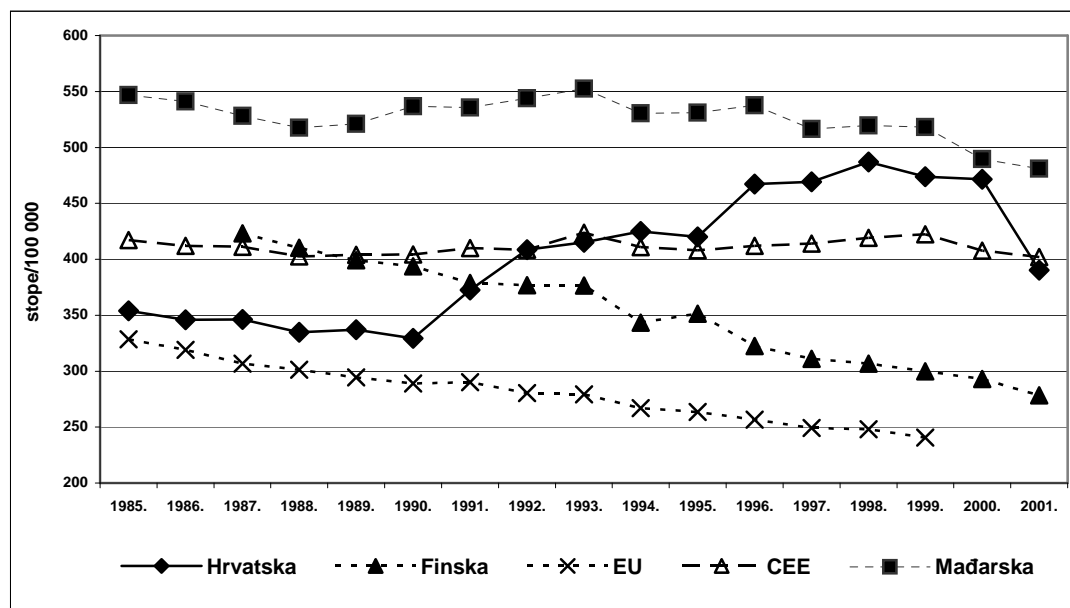
Radi jačanja primarne prevencije bolesti srca na temelju iskustava i rezultata iz Prvog hrvatskog projekta financiranog zajmom Svjetske banke uz pomoć donacije spotova Vlade Australije i u suradnji sa Školom narodnog zdravlja "Dr. Andrija Štampar" osmišljena je medijska kampanja promicanja nepušenja - "Recite DA nepušenju". Svjetska banka odobrila je financiranje iz IBRD zajma izravnog ugovora s Hrvatskom radiotelevizijom za emitiranje propagandnih poruka u iznosu 0,4 milijuna USD.

Kampanja je postigla velik odjek u javnosti i mjerljive učinke. Ispitivanjem javnog mišljenja. Dokazano je da je čak 87% pučanstva upoznato s kampanjom, koja je, također, izvanredno prihvaćena u javnosti. Naime, čak 67% ispitanika kampanju ocjenjuju vrlo pozitivno (na numeričkoj skali od 0-5, kampanju ocjenjuju sa 4 ili 5), dok samo 3,5% ispitanika kampanju ocjenjuje lošom (ocjene 0, 1 ili 2).

Kao vrlo pozitivne posljedice kampanje u zadnjih godinu dana bitno je istaknuti značajno smanjenje prodaje cigareta i preko 80.000 ljudi koji su prestali pušiti tijekom zadnje godine, odnosno, od kad je krenula kampanja, što je i potvrđeno istraživačkim opažanjem provedenim od nezavisne agencije za odnose s javnošću.

Također, anketiranjem reprezentativnog uzorka od 2.000 domaćinstava dokazan je značajni postotak smanjenja broja stalnih i povremenih pušača.

Grafikon 10. Standardizirana stopa smrtnosti od bolesti povezanih s pušenjem u razdoblju od 1985-2001. godine



TJELESNA AKTIVNOST

Ministarstvo zdravstva je pokrenulo javno-zdravstvenu akciju "*Kretanjem do zdravlja*", koji je bio slogan Svjetskog dana zdravlja 2002, upućen pojedincima, zajednicama i državama, kao odgovor na porazne činjenice globalnog porasta bolesti uzrokovanih lošim stilovima života u kojima prevladava tjelesna neaktivnost, neadekvatna prehrana i pušenje.

KONZUMIRANJE ALKOHOLA

Konzumiranje alkohola je uobičajena i društveno prihvaćena navika u nas. Osim što ima nepovoljne posljedice na psihičko i socijalno zdravlje pojedinca, obitelji i šire zajednice, alkoholizam povećava rizik za nastanak mnogih somatskih bolesti i svih ozljeda. Standardizirane stope smrtnosti od bolesti povezanih s konzumacijom alkohola zemalja EU (1999. godine 62,6/100.000) kontinuirano su niže od stopa za Hrvatsku (2001. g. - 95,9), dok su stope zemalja Srednje i Istočne Europe bile u raznim razdobljima uglavnom više od stopa za Hrvatsku. Mađarska, kao zemlja s visokom stopom smrtnosti od ovih bolesti, pokazuje silazni trend, ali su stope i dalje više od stopa za Hrvatsku. Susjedna Italija, zemlja s niskom stopom smrtnosti, pokazuje i nadalje silazni trend.

U sklopu javno-zdravstvenog projekta Ministarstva zdravstva pod nazivom "*Suzbijanje alkoholizma*" pripremljen je nacrt Hrvatskog akcijskog plana protiv alkohola sukladnog smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije.

PREHRAMBENE NAVIKE

Čimbenike rizika za nastanak niza kroničnih bolesti u nas prikazuje *Tablica 3*. Prema rezultatima istraživanja iz Prvog hrvatskog projekta zdravstva **27,7%** osoba u dobi 18-65 godina imalo je povišeni krvni tlak (viši od 140/90 mm/Hg), odnosno 31,9% muškaraca i 23,6% žena. Utvrđene srednje vrijednosti kolesterola u ispitanika oba spola bile su više od poželjnih 5,2 mmol/l, a u muškaraca i srednje vrijednosti triglicerida.

Tablica 3. Čimbenici rizika u pučanstvu Hrvatske u dobi 18-65 godina

Čimbenik	Muškarci	Žene
	N=5.840	
Hipertenzija (140/90mmHg)	31,9	23,6
Kolesterol (mmol/L)	5,81 +/-1,36	5,66 +/-1,29
Trigliceridi	2,13 +/-1,69	1,41 +/-0,94
ITM – stupanj I (25,0-29,9)	48,1	34,7
ITM – stupanj II i III (30+)	31,1	15,2
Pušenje	34,1	26,6
Tjelesna aktivnost – aktivno bavljenje sportom	17,1	4,3

Pretilost (ITM 30+) kao čimbenik rizika zabilježena je u 31,1% muškaraca i 15,2% žena. U slobodno vrijeme, tjelesnom aktivnošću koja je važna za održavanje poželjne tjelesne težine, bavi se samo 17,1% muškaraca i 4,3% žena u dobi od 18-65 godina.

U skladu sa zacrtanim ciljem reforme zdravstva u smislu jačanja preventivne zdravstvene zaštite, čime bi se utjecalo na pozitivne promjene u načinu života i odnosu prema vlastitom zdravlju pojedinca i populacije, Ministarstvo zdravstva osnovalo je *Povjerenstvo za promicanje pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti* sa zadatkom da izradi, koordinira implementaciju i evaluira program promicanja pravilnih prehrambenih navika i tjelesne aktivnosti. Budući da je pitanje pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti među najvažnijim etiološkim čimbenicima koji utječu na zdravlje, misija Povjerenstva je promicanje

pozitivne prehrabne prakse i tjelesne aktivnosti, a vizija su optimalno uhranjeni ljudi u prehrabeno sigurnoj zajednici.

Jedna od najvažnijih planiranih aktivnosti Povjerenstva je javno-zdravstvena akcija "*Živjeti zdravo*" kojom će se senzibilizirati i educirati cjelokupno pučanstvo o važnosti i postulatima pravilne prehrane i kretanja za zdravlje pojedinca i populacije.

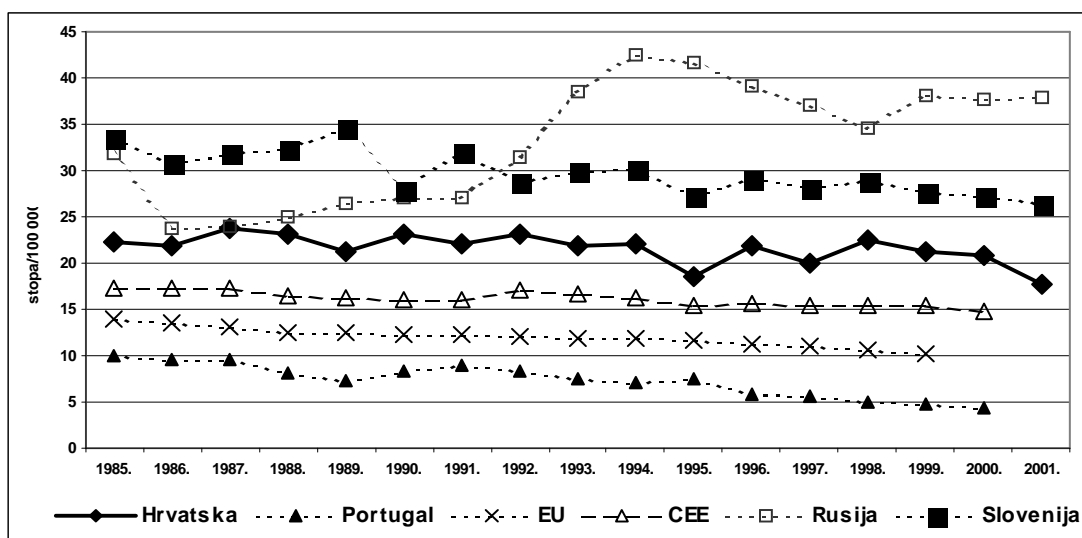
U kampanji Ministarstva zdravstva za promicanje pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti, u dijelu prehrane važno mjesto zauzima promicanje redovitog pijenja vode. Dvije temeljene poruke vezane za vodu koje će Ministarstvo zdravstva plasirati u medijskoj kampanji su "*Pijte litru i pol vode na dan*" i "*Voda mora biti dostupna*". Sukladno suvremenom javno-zdravstvenom pristupu promicanja tjelesno aktivnog načina življenja, a s ciljem da se u aktivnost uključi na siguran i učinkovit način veliki dio stanovništva, temeljna poruka koju će Ministarstvo plasirati vezano za tjelesnu aktivnost jest "*Vježbajte pola sata dnevno*".

SUICIDI (SAMOUBOJSTVA)

Samoubojstva se nalaze na prvom mjestu uzroka smrti od ozljeda s udjelom od 32,2% (882 slučaja) 2001. godine. U razdoblju od 1985. do 1997. godine standardizirana stopa smrtnosti zbog samoubojstava oscilira, a od 1998. godine bilježi se kontinuirani pad. Najviša stopa (23,7/100.000) zabilježena je 1987. godine, a najniža 2001. godine (17,8/100.000).

Standardizirana stopa samoubojstva za Hrvatsku u promatranom 15-godišnjem razdoblju kontinuirano je viša od prosjeka EU kao i prosjeka zemalja Srednje i Istočne Europe, a niža od stopa u susjednoj Sloveniji i Mađarskoj. Najviše stope zbog samoubojstava u Europi imaju istočnoeuropske zemlje (Rusija 2001. g., stopa 37,9/100.000), a najniže su stope zabilježene u mediteranskim zemljama (Portugal 2001. godine, stopa 4,4/100.000) (*Grafikon 11*).

Grafikon 11. Standardizirana stopa smrtnosti od samoubojstava u razdoblju od 1985-



2001. godine

PROMETNE NEZGODE

Prometne nesreće nalaze se 2001. godine na drugom mjestu uzroka smrti od ozljeda s udjelom od 25%. Najviše stope smrtnosti zabilježene su u dobi od 15-24 godine te u starijoj dobi iznad 65 godina, a u svim dobnim skupinama veće su u muškaraca nego u žena (3,8:1).

Standardizirana stopa smrtnosti od cestovnih prometnih nezgoda za Hrvatsku, u promatranom 15-godišnjem razdoblju, kontinuirano je viša od prosjeka EU. Međutim, bilježi se trend pada smrtnosti od cestovnih prometnih nezgoda (1985:21,4/100.000; 2001:13,51). Posljednjih godina standardizirane stope smrtnosti od cestovnih prometnih nezgoda slične su stopama smrtnosti zemalja Srednje i Istočne Europe.

OPOJNE DROGE

U cilju realizacije *Nacionalne strategije za suzbijanje zlouporabe opojnih droga* tijekom 2001. godine izrađen je *Zakon o suzbijanju zlouporabe opojnih droga* koji je Hrvatski sabor usvojio na sjednici održanoj 23. studenog 2001. godine. Zakonom su stvorene pravne pretpostavke za sustavni nadzor nad izradom, posjedovanjem i prometom opojnih droga i stvari koje se mogu koristiti u izradi opojnih droga. Uređen je sustav postupaka za odvikavanje od ovisnosti, skrb i pomoć ovisnicima te sprečavanje neovlaštene uporabe opojnih droga. Na temelju odredbe Zakona osnovan je Ured Vlade Republike Hrvatske za suzbijanje zlouporabe opojnih droga zadužen za koordiniranje svih aktivnosti u cilju provođenja Nacionalne strategije i Zakona.

TRANSPLANTACIJA ORGANA

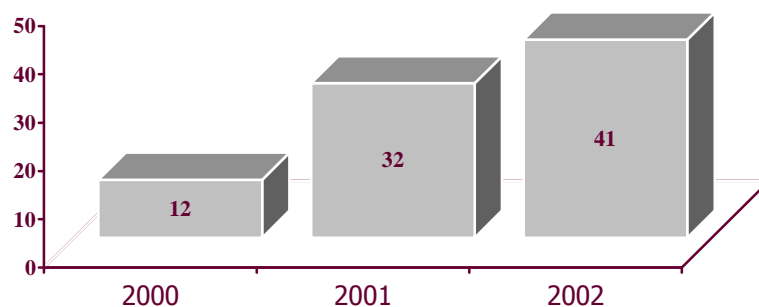
U programu povećanja broja transplatacije organa tijekom 2002. godini u Hrvatskoj je ostvareno značajno povećanje broja kadaveričnih donora, a slijedom toga i broja transplantiranih organa. Povećan je broj bolnica u kojima se provodi ovaj program kao i broj eksplantacijskih centara. Ustrojavanjem centralnog koordinativnog tijela pri Ministarstvu zdravstva na čelu s državnim koordinatorom unaprijeđen je organizacijski aspekt transplantacijskog programa. U travnju 2002. godine po prvi puta u Republici Hrvatskoj započet je Nacionalni program transplantacije pluća. Formirana je nacionalna lista te su utvrđeni kriteriji dodjele organa za program multiorganske transplantacije bubreg-gušterača.

U 2001. godini povećan je broj *dojava* o potencijalnim donorima za gotovo 100% u odnosu na 2000. godinu (27 dojava u 2000. godini, 52 dojava u 2001. godini), a u 2002. godini za daljnjih 30% u odnosu na 2001. godinu.

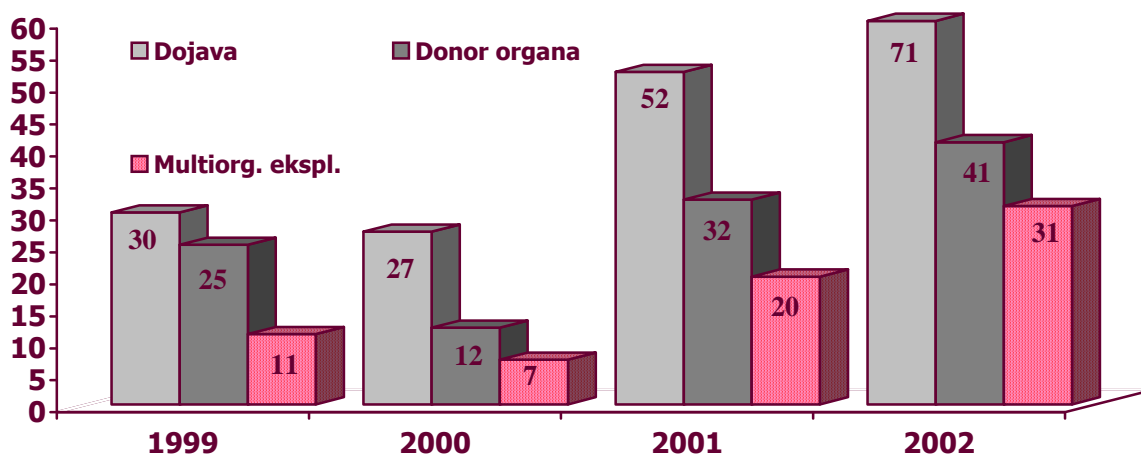
U 2000. godini u Hrvatskoj broj realiziranih donora izražen na milijun stanovnika iznosio je 2,7. U 2001. godini dolazi do značajnog povećanja broja realiziranih donora na 7.3 (na milijun stanovnika), a u 2002. godini ostvarenim brojem od 9 donora na milijun stanovnika Hrvatska se približila željenom pragu od 10 donora na milijun stanovnika na godinu koji je potreban za priključenje *Eurotransplantu*. Pri tome postotak multiorganskih donora dostiže europski prosjek od 65%.

Kao rezultat povećanja broja kadaveričnih donora u 2002. godini postignuto je povećanje ukupnog broja transplantiranih organa, posebno jetre i bubrega, te povećanje udjela kadaveričnih transplantacija bubrega u odnosu na transplantaciju bubrega sa živih srodnika.

Grafikon 12: Broj kadaveričnih donora organa u Hrvatskoj 2000 - 2002.



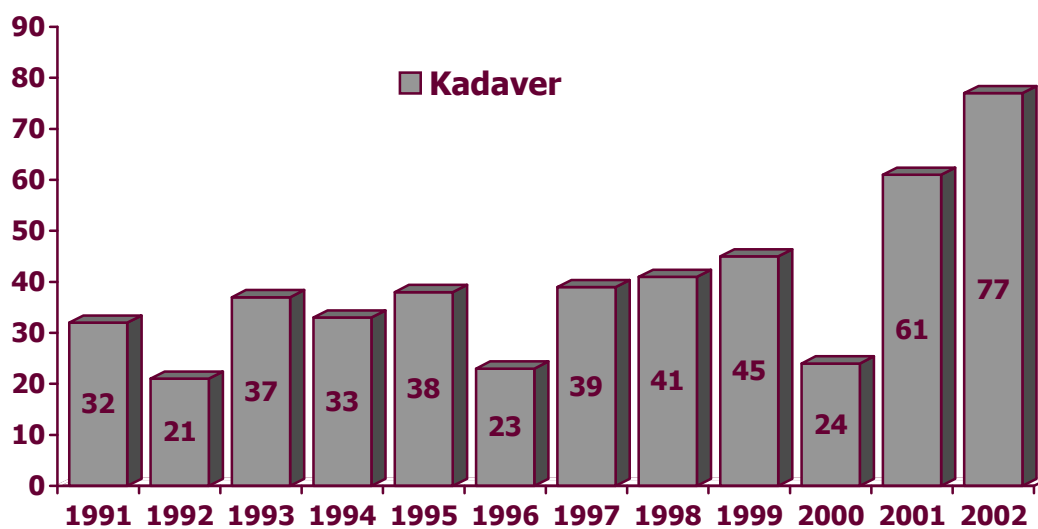
Grafikon 13: Eksplantacijsko-transplantacijski program u Hrvatskoj od početka primjene Naputka o eksplantaciji organa Ministarstva zdravstva, 1999-2002.



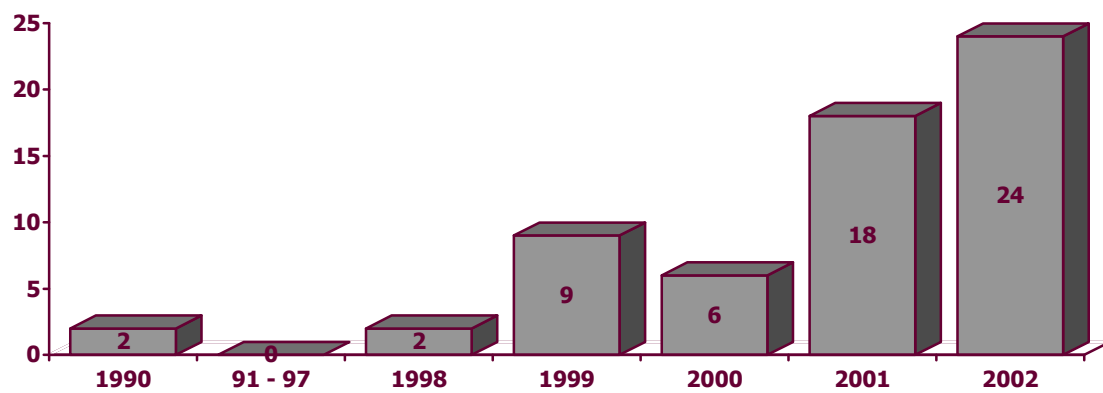
Tablica 4: Transplantacije bubrega s kadaveričnih donora u periodu od 2000-2002. godine

	2000.	2001.	2002.
Ukupan broj transplantiranih kadaveričnih bubrega	24	61	77
Broj transpl. bubrega na milijun stanovnika	5,5	13.9	17

Grafikon 14: Transplantacija bubrega u Republici Hrvatskoj (kadaverični donor), 1991 - 2002.



Grafikon 15: Transplantacija jetre u RH (kadaverični donor), 1990 - 2002.



3. Zaposlenici u zdravstvu

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2002. godine bio je stalno zaposleno 66.931 (2000. godine - 66.674) djelatnika. Od toga su 47.909 (2000. godine - 47.244) zdravstveni djelatnici i suradnici, 5.015 (2000. godine - 5.145) administrativni, a 14.007 (2000. godine - 14.285) tehnički djelatnici, što znači da je udio administrativno-tehničkih djelatnika u ukupnom broju uposlenih 28,4% (2000.godine - 29,6%).

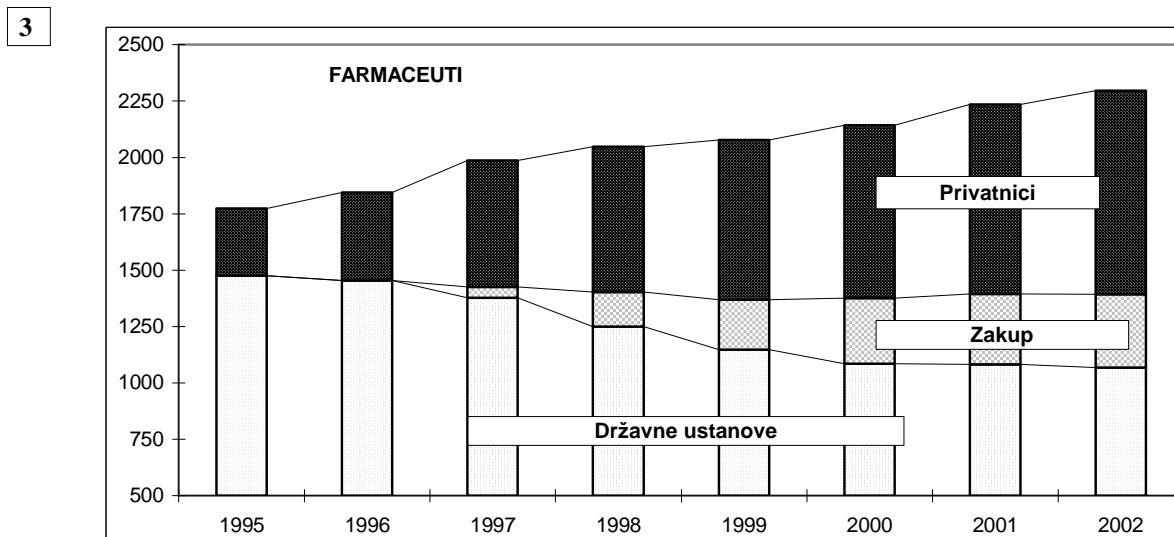
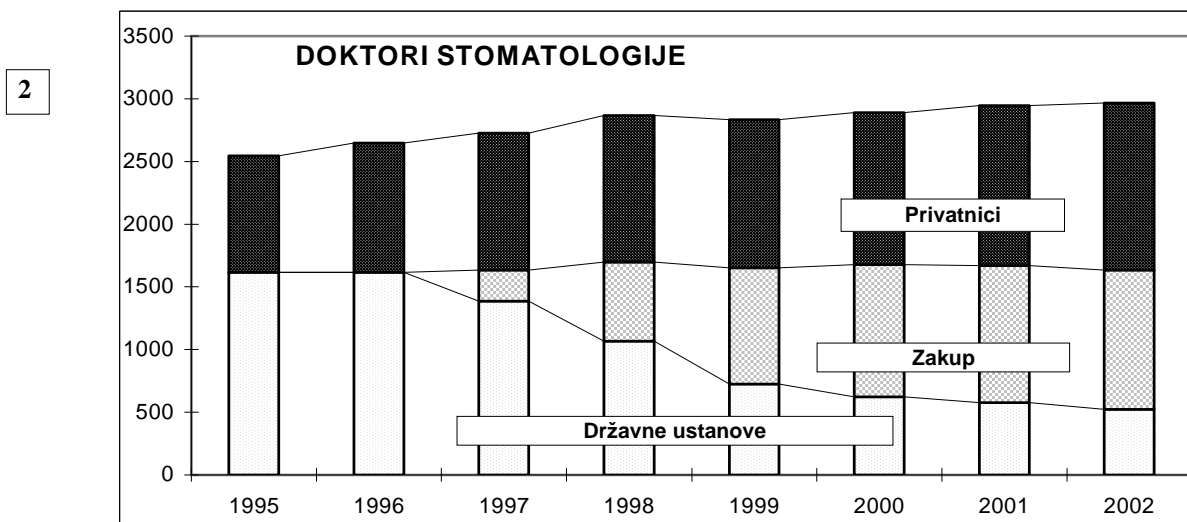
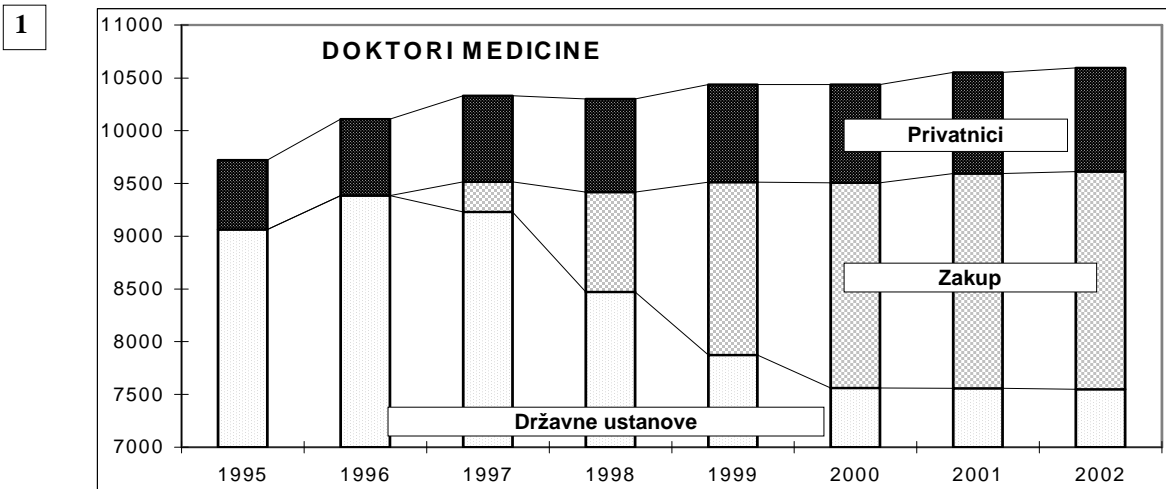
U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 6.240 zdravstvenih djelatnika i suradnika. Na dan 31. prosinca 2002. godine u radnom odnosu na neodređeno i određeno radno vrijeme bilo je 54.149 (2000. godine - 52.684) zdravstvenih djelatnika i suradnika. U odnosu na 2000. godinu i općenito, nastavljen je trend smanjivanja broja djelatnika s nižom spremom te administrativno-tehničkog osoblja uz blagi porast broja zaposlenih liječnika, stomatologa, farmaceuta i djelatnika više stručne spreme. U strukturi zaposlenih prema stupnju stručne spreme najviše je onih sa srednjom stručnom spremom - 36,7% dok liječnici čine 15,9% zaposlenih.

Raspodjela doktora medicine prema vrsti zdravstvene ustanove u kojoj rade pokazuje da gotovo 54% liječnika radi u bolničkim ustanovama. U domovima zdravlja zaposleno je 11,5% (2000. godine - 13,3%), u ordinacijama u zakupu 19,4% (2000. godine - 18,6%), u privatnim ordinacijama 6,9% (2000. godine - 7,2%), a u državnim zdravstvenim zavodima 4,4% (2000. godine - 4,2%) liječnika. Preostali dio liječnika radi uglavnom u privatnim poliklinikama kao samostalnim ustanovama te u ustanovama za hitnu medicinsku pomoć i nekolicina u ostalim zavodima i ustanovama za njegu.

Porast broja liječnika sedamdesetih i osamdesetih godina u Hrvatskoj nije bio tako intenzivan u usporedbi sa zemljama Zapadne i Istočne Europe te iako se stopa broja liječnika na 100.000 stanovnika povećala gotovo za jednu trećinu od 1980. do 2000. godine, (od 167 na 100.000 u 1980. do 251 u 2000.), to je i dalje manje od prosjeka za Europu (358 u 2000.), zemlje Europske zajednice (387 u 2000.). No, približno je jednako prosjeku za zemlje Srednje i Istočne Europe (243 u 2000.). U 2002. godini stopa broja liječnika u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj na 100.000 stanovnika iznosila je 258 liječnika. Međutim, prema podacima Hrvatske liječničke komore, 2002. godine broj liječnika s odobrenjem za samostalni rad (licencom) na području Republike Hrvatske iznosi 13.968, što predstavlja stopu broja liječnika od 315/100.000 stanovnika.

Medicinske sestre su u broju zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme u Hrvatskoj zastupljene s više od 70%. Stopa broja medicinskih sestara na 100.000 stanovnika povećala se s 354 u 1980. na 499 u 2000. godini, što je manje od prosjeka za Europu (755) ili prosjeka za zemlje Srednje i Istočne Europe (515) u 2000. godini. Godine 2002. na jednog stalno zaposlenog liječnika dolazi 2,1 (2000.-2,33) stalno zaposlena medicinska sestra.

Grafikon 16. Doktori medicine, stomatologije i farmaceuti zaposleni u državnom i privatnom sektoru zdravstvenog sustava Republike Hrvatske od 1995. do 2002. godine



Tablica 5. Djelatnici zaposleni na neodređeno i određeno radno vrijeme u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi u razdoblju od 2000. do 2002. godine u Republici Hrvatskoj

	2000.			2001.			2002.		
	Državni uposlenici	Privatni uposlenici	Ukupno	Državni uposlenici	Privatni uposlenici	Ukupno	Državni uposlenici	Privatni uposlenici	Ukupno
Doktori medicine	8241	2921	11162	8307	3053	11360	8311	3168	11479
Doktori stomatologije	720	2292	3012	683	2409	3092	639	2503	3142
Farmaceuti	1157	1100	2257	1173	1204	2377	1157	1290	2447
Suradnici VSS	741	19	760	759	22	781	765	28	793
Viša S.S.	5880	801	6681	5911	878	6789	5941	934	6875
Srednja S.S.	21638	6526	28164	21409	6986	28395	21418	7409	28827
Niža S.S.	590	58	648	543	58	601	517	69	586
Ukupno zdravstveni djelat. i sur.	38967	13717	52684	38785	14610	53395	38748	15401	54149

* Privatni uposlenici - zbroj uposlenih u privatnim ustanovama i privatnoj praksi uključujući i zakup

3.1. Zapošljavanje

U Strategiji i planu reforme i razvoja sustava zdravstva Republike Hrvatske od 2000. godine kao jedan od vodećih problema naveden je veliki broj nezaposlenih liječnika.

"Procjenjuje se da je ukupno 1.300 nezaposlenih doktora medicine i stomatologije te da će se taj broj kroz tri godine udvostručiti zbog neodgovarajuće politike upisa na četiri postojeća medicinska i dva stomatološka fakulteta. Ovaj broj je zabrinjavajući s obzirom na ukupan broj stanovnika Hrvatske i mogućnosti otvaranja radnih mjesta u zdravstvu."

Jedan od najvećih uspjeha reforme zdravstvenog sustava je smanjenje broja doktora medicine prijavljenih na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje.

U prosincu 2002. godine ukupan broj doktora medicine prijavljenih na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje bio je 695, od čega 170 s položenim državnim ispitom.

Prema pokazateljima za 2002. godinu evidentna je neravnomjernost u broju doktora na 1.000 stanovnika. U urbanim sredinama taj broj je velik i doseže do 4,18 u Gradu Zagrebu, dok se u manje naseljenim županijama kreće između 1.5 - 2. Također je evidentan nesrazmjer u broju nepopunjenih mjesta u mreži primarne zdravstvene zaštite. Nepopunjena mjesta se nalaze isključivo u manje naseljenim sredinama, dok nepopunjenih mjesta u velikim gradovima nema.

Unatoč jednoj i drugoj činjenici većina nezaposlenih doktora medicine nalazi se u tri najveća grada u Hrvatskoj, i to u Zagrebu, Splitu i Rijeci, a gdje je, kao što je već navedeno, bila najveća koncentracija liječnika na broj stanovnika.

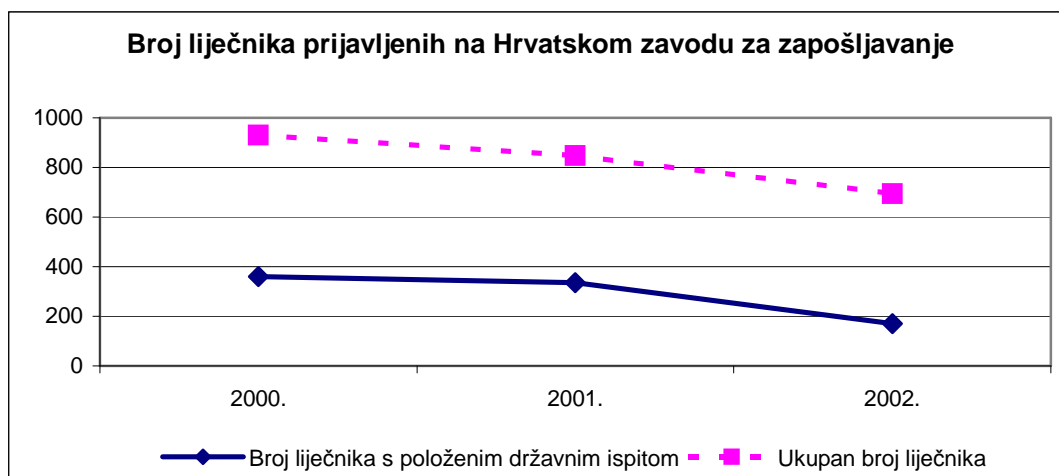
Zbog prisutne neravnomjernosti u dostupnosti zdravstvene zaštite, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje raspisao je trajni natječaj za popunu mreže primarne zdravstvene zaštite u kojoj nedostaje ukupno 229 timova.

U većini županija postoji potreba za većim brojem liječnika nego ih je prijavljeno na županijskim zavodima za zapošljavanje kao što je prikazano u *Tablici 6*.

Ministarstvo zdravstva nastoji osigurati jednakomjernu dostupnost liječnika tamo gdje postoji potreba stanovništva, odnosno "gdje ljudi žive", što do sada nije bio slučaj. Pokazalo se da u Hrvatskoj dugi niz godina nije bilo planskog razvoja zdravstvene zaštite što je rezultiralo stihijskim zapošljavanjem s naglaskom na tri velika urbana centra dok su drugi krajevi bili zapostavljeni.

Stručna radna skupina Ministarstva zdravstva u prvom kvartalu 2003. godine izradit će Mreže liječnika specijalista zaposlenih u bolničkim zdravstvenim ustanovama i zavodima za javno zdravstvo s ciljem utvrđivanja potrebnog broja navedenih s obzirom na potrebe stanovništva. Uvodi se načelo planskog pristupa u otvaranju novih radnih mjesta i odobravanju novih specijalizacija.

Grafikon 17: Broj liječnika prijavljenih na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje 2000-2002.



Tablica 6: Osnovni zdravstveni pokazatelji za 2002. godinu po županijama u Republici Hrvatskoj za liječnike

ŽUPANIJA	Broj stanovnika	Broj doktora medicine	Broj doktora na 1000 stanovnika	Broj osiguranika po timu u PZZ	Broj nezaposlenih doktora medicine na dan 31. prosinca 2002. g.	Od toga s položenim stručnim ispitom	Nepopunjena mjesta u mreži PZZ/ broj timova
Grad Zagreb	779.145	3.256	4,18	1.485	175	55	0
Zagrebačka	309.696	266	0,86	1.644	21	5	24
Krapinsko-zagorska	142.432	275	1,93	1.629	3	1	6
Sisačko-moslavačka	185.387	328	1,77	1.648	9	3	10
Karlovačka	141.787	312	2,20	1.432	16	6	4
Varaždinska	184.769	366	1,98	1.765	9	0	16
Koprivničko-križevačka	124.467	183	1,47	1.785	1	0	9
Bjelovarsko-bilogorska	133.084	223	1,68	1.528	4	0	5
Primorsko-goranska	305.505	983	3,22	1.349	133	46	11
Ličko-senjska	53.677	72	1,34	1.496	0	0	4
Virovitičko-podravska	93.389	150	1,61	1.723	2	0	5
Požeško-slavonska	85.831	188	2,19	1.724	0	0	9
Brodsko-posavska	176.765	362	2,05	2.115	5	2	17
Zadarska	162.045	349	2,15	1.399	23	6	12
Osječko-baranjska	330.506	661	2,00	1.697	33	0	14
Šibensko-kninska	112.891	255	2,26	1.447	19	3	5
Vukovarsko-srijemska	204.768	312	1,52	1.828	7	0	21
Splitsko-dalmatinska	463.676	1.058	2,28	1.380	190	36	20
Istarska	206.344	498	2,41	1.452	27	6	16
Dubrovačko-neretvanska	122.870	261	2,12	1.374	17	0	6
Međimurska	118.426	194	1,64	1.961	1	1	15
Hrvatska ukupno	4.437.460	10.552	2,38	1.552	695	170	229

Uvidom u podatke Hrvatske stomatološke komore i podatke Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, može se utvrditi da u Republici Hrvatskoj postoji ekonomska i stručna opravdanost zapošljavanja još 130 stomatologa. Ovaj broj ne uključuje preventivne stomatologe pri domovima zdravlja. Međutim, za popunjavanje mreže stomatološke djelatnosti nedostaje 302 tima u Hrvatskoj.

Tablica 7: Osnovni zdravstveni pokazatelji za 2002. godinu po županijama u Republici Hrvatskoj za stomatologe

ŽUPANIJA	Broj stanovnika	Broj doktora stomatologije	Broj dr stom. na 1000 stanovnika	Broj osiguranika po timu u PZZ	Broj nezaposlenih doktora stomatologije na dan 31. prosinca 2002. g.	Od toga s položenim stručnim ispitom	Nepopunjena mjesta u mreži PZZ/broj timova
Grad Zagreb	779.145	966	1,24	1.699	139	74	0
Zagrebačka	309.696	140	0,45	2.379	10	4	35
Krapinsko-zagorska	142.432	62	0,44	2.388	3	1	13
Sisačko-moslavačka	185.387	83	0,45	2.199	1	0	17
Karlovačka	141.787	85	0,60	1.791	7	1	8
Varaždinska	184.769	80	0,43	2.084	2	0	21
Koprivničko-križevačka	124.467	44	0,35	2.242	0	0	12
Bjelovarsko-bilogorska	133.084	60	0,45	2.412	5	0	8
Primorsko-goranska	305.505	297	0,97	1.614	37	20	11
Ličko-senjska	53.677	27	0,50	1.859	2	1	4
Virovitičko-podravska	93.389	31	0,33	2.564	1	1	14
Požeško-slavonska	85.831	28	0,33	2.576	0	0	11
Brodsko-posavska	176.765	64	0,36	2.380	1	0	25
Zadarska	162.045	109	0,67	1.851	15	6	13
Osječko-baranjska	330.506	119	0,36	2.506	3	1	34
Šibensko-kninska	112.891	67	0,59	1.828	13	6	6
Vukovarsko-srijemska	204.768	62	0,30	2.786	2	0	18
Splitsko-dalmatinska	463.676	309	0,67	1.820	38	11	15
Istarska	206.344	173	0,84	2.272	4	0	18
Dubrovačko-neretvanska	122.870	92	0,75	1.973	13	5	7
Međimurska	118.426	48	0,41	2.203	2	0	12
Hrvatska ukupno	4.437.460	2.946	0,66	2.003	298	131	302

3.2. Unapređenje položaja zdravstvenih djelatnika

U izrađenom prijedlogu *Kolektivnog ugovora za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja* Ministarstvo zdravstva od svibnja 2002. godine predlaže uvođenje obveze prema kojoj bi se liječnicima omogućilo obavljanje pripravničkog staža u roku od 4-6 mjeseci po završetku studija, uz osiguravanje novčanih sredstava. Nadalje, u istom se prijedlogu Kolektivnog ugovora predlaže uvođenje obveze poslodavca da sudjeluje u troškovima edukacije svojih zaposlenika.

Donošenjem *Pravilnika o izmjenama Pravilnika o pripravničkom stažu zdravstvenih djelatnika* (*Narodne novine* br. 11/2003) olakšano je polaganje državnog ispita na način da se ukida pismeni dio ispita koji se obavljao pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu te ostaje samo usmeni dio ispita koji se obavlja pri Ministarstvu zdravstva.

Odobren je najveći broj specijalizacija i užih specijalizacija u proteklom periodu, tako da je Ministarstvo zdravstva u 2002. godini odobrilo u bolnicama i domovima zdravlja 346 novih specijalizacija i užih specijalizacija. Odlukama Ministarstva zdravstva, liječnici specijalisti koji su bili zaposleni na određeno vrijeme, a kojih je na dan 31. prosinca 2001. godine bilo 144, zapošljavaju se na neodređeno vrijeme. Nekim liječnicima specijalistima je ovaj status produživan duže od 5 godina. Tijekom 2003. godine uvest će se specijalizacija liječnika iz obiteljske medicine na trošak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Ministarstvo zdravstva uputilo je u veljači 2003. godine u proceduru usuglašeni tekst prijedloga *Zakona o liječništvu* koji će regulirati područje ove zdravstvene djelatnosti. Predmetni tekst izradilo je Ministarstvo zdravstva u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom, a usuglašen je s Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskim liječničkim sindikatom.

Kako bi se uredio status farmaceuta i biokemičara, Ministarstvo zdravstva je izradilo, u suradnji s predstavnicima Hrvatske ljekarničke komore i Hrvatske komore medicinskih biokemičara, nacрте prijedloga zakona koji će regulirati navedene djelatnosti. Prijedlog *Zakona o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti* upućen je u proceduru u veljači 2003. godine, a Prijedlog Zakona o ljekarništvu uputit će se u proceduru tijekom mjeseca ožujka 2003. godine.

Stomatološka djelatnost će po prvi puta biti regulirana posebnim zakonom – *Zakonom o stomatološkoj djelatnosti* koji je upućen u proceduru u veljači 2003. godine. Specijalizacije u stomatologiji zakonski su priznate prema važećem Pravilniku o usavršavanju zdravstvenih djelatnika. Pravodobnim planiranjem školovanja specijaliste te osiguravanjem jednakih prava napredovanja u struci, bilo u okviru ugovorne mreže ili za vlastite potrebe, težimo i slijedimo trendove drugih zapadnoeuropskih zemalja i međunarodne kriterije.

U suradnji s Hrvatskom stomatološkom komorom i Stomatološkim fakultetom, Ministarstvo zdravstva je u okviru reforme zdravstva uredilo mrežu primarne zdravstvene zaštite i upisnu politiku te smanjilo broj doktora stomatologije prijavljenih na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje. U prosincu 2002. godine ukupan broj doktora stomatologije prijavljenih na Hrvatskom zavodu za zapošljavanje bio je 298, od čega 131 s položenim državnim ispitom.

Stručni će tim Ministarstva zdravstva u daljnjoj suradnji s Hrvatskom stomatološkom komorom i stomatološkim stručnim društvima Hrvatskog liječničkog zbora raditi na izradi specijalističke mreže s ciljem utvrđivanja potrebnog broja specijalista s obzirom na potrebe stanovništva te uvođenja planskog pristupa u otvaranje novih radnih mjesta i odobravanje novih specijalizacija.

U sklopu reforme zdravstva pristupilo se i promjenama u sestrijskoj službi. Pripremljen je i u veljači 2003. godine upućen u proceduru Prijedlog nacrtu zakona o sestriinstvu koji svojim sadržajem definira standarde školovanja i prakse medicinskih sestara u sustavu zdravstvene zaštite, čime se primarno osigurava i zaštita pacijenta.

Provedeno je snimanje potreba za medicinskim sestrama u sustavu bolničke skrbi u odnosu na kategorije bolesnika iz čega proizlazi normativ za sve kategorije bolnica u RH.

Promijenjen je standard za djelatnost zdravstvene njege u kući čime se postiglo povećanje broja medicinskih sestara u ugovornom odnosu s HZZO-om za 40%.

Također je učinjena analiza razine stručne spreme medicinskih sestara u sustavu osnovne mreže zdravstvene zaštite na svim razinama iz koje proizlazi da više medicinske sestre čine manje od 20% od ukupnog broja sestara. U cilju daljnje edukacije medicinskih sestara osnovano je Povjerenstvo za izradu prijedloga razvoja visokoškolskih studija za potrebe zdravstva.

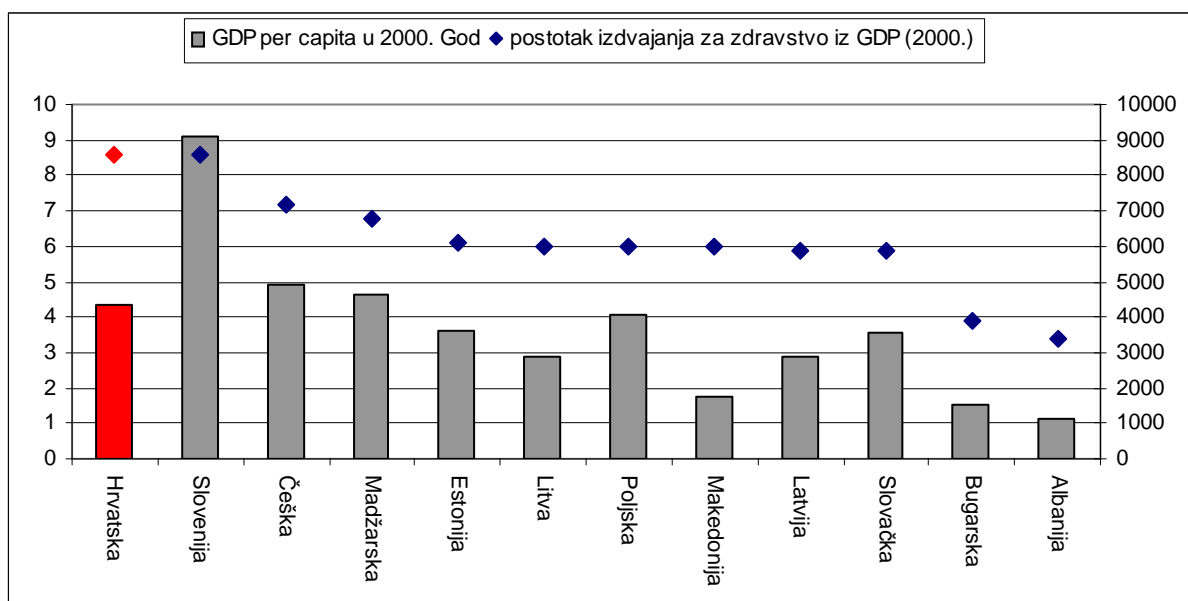
Zdravstvenom sustavu početkom 2003. godine nedostaje najmanje 2000 viših sestara. U sklopu navedenog Povjerenstva pripremljen je prijedlog izmjene sadržaja programa studija i srednjoškolskog obrazovanja u svrhu usklađivanja školovanja sa Smjernicama Europske zajednice i Preporukama Svjetske zdravstvene organizacije. Ukupan broj medicinskih sestara u odnosu na broj liječnika u Republici Hrvatskoj iznosi 1:2, dok je europski prosjek 1:4. Povećanje zapošljavanja medicinskih sestara planira se na području primarne zdravstvene zaštite.

U skladu s europskom praksom i standardima pripremljen je plan trajne edukacije medicinskih sestara za pojedina područja zdravstvene zaštite. U organizaciji Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" i Ministarstva zdravstva početkom 2003. godine po prvi je puta organiziran jednogodišnji studij menagementa namijenjen medicinskim sestrama koje sudjeluju u organizaciji sestrijske službe u bolničkom sustavu.

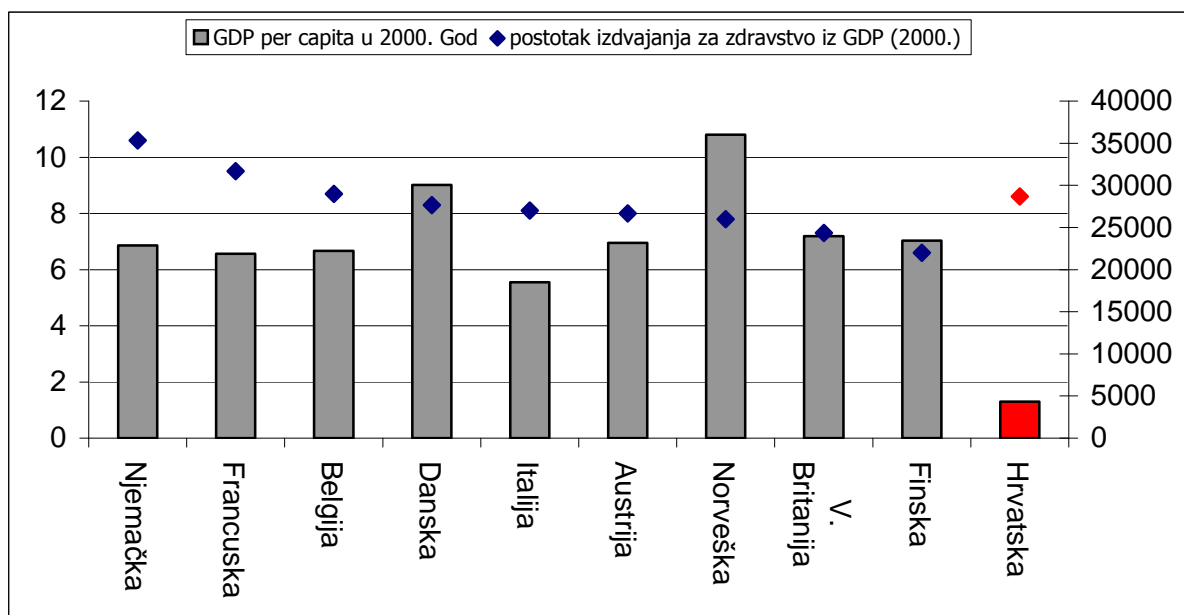
4. Financijski rezultati

Zdravstveni sustav je jedan od najvećih gospodarskih sustava u Hrvatskoj, a budući da se više od 85% sustava financira državnim sredstvima (sredstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prikupljaju se izdvajanjem *iz* i *na* plaće), upravljanje sustavom stavlja odgovoran zahtjev pred Ministarstvo zdravstva. Ukupna izdvajanja za zdravstvo u Hrvatskoj iznose 9% od GDP, a usporedba sa zemljama Europske unije pokazuje da se Republika Hrvatska nalazi u skupini razvijenih zemalja (iako je hrvatski GDP bitno manji od iste skupine zemalja). Usporedba izdvajanja za zdravstvo te GDP Hrvatske sa CEE i SEE zemljama pokazuje da je hrvatski postotak izdvajanja za zdravstvo uvjerljivo najviši. Ovakav trend predstavlja veliki teret razvoju gospodarstva i prepreku konkurentnosti Hrvatske u regiji, no omogućava (uz 85% javnog financiranja zdravstva) planiranje, kontrolu i usmjeravanje sredstava u skladu s prioritetima.

Grafikon 18: Usporedni prikaz izdvajanja za zdravstvo iz bruto nacionalnog dohotka u zemljama CEE



Grafikon 19: Usporedni prikaz izdvajanja za zdravstvo iz bruto nacionalnog dohotka u zemljama Europske unije



4.1. Financijski pokazatelji HZZO-a 1999-2002.

Tijekom 1999. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) provodio je sukladno *Zakonu o zdravstvenom osiguranju* iz 1993. godine obvezno zdravstveno osiguranje za 4,201.895 osiguranih osoba.

Poslovanje u 2000. godini HZZO je započeo s naslijeđem (zatečeno stanje) čija je analiza pokazala sljedeće rezultate poslovanja 1999. godine.

- neplaćene kratkoročne obveze HZZO-a na dan 31.12.1999. godine iznosile su 3.635.498.498 kuna, dugoročne financijske obveze 453.833.096 kuna, odnosno ukupno 4.089.331.594 kuna
- od kratkoročnih obveza, dospjele obveze su iznosile 1.519.376.316 kuna ili 41,79%, dok su na dan 21.3.2000. godine dospjele, a neplaćene obveze iznosile više od 1.800.000.000 kuna
- najveći dio kratkoročnih dospjelih obveza činile su obveze prema zdravstvenim ustanovama 60,25%, zatim obveze prema fizičkim i pravnim osobama, odnosno osiguranicima za neisplaćene naknade za bolovanja i druga prava iz zdravstvenog osiguranja 33,20% te ostale obveze – prema dobavljačima 6,55% obveza.

- zatečeno stanje u sustavu zdravstva na dan 31.12.1999. godine pokazalo je da su dugovanja zdravstvenih subjekata prema dobavljačima iznosila 709 milijuna kuna.

Veličina naslijeđenih gubitaka vidi se i iz činjenice da je tijekom 1999. godine, kao i ranijih godina, u više navrata dolazilo do velikih problema u opskrbi lijekovima, potrošnim i ugradbenim materijalima u bolničkom sustavu te da su na dan 21.03.2000. godine u navedenih više od 1.800.000.000 kuna zatečenih dospjelih obveza bili i neplaćeni računi iz 1997, 1998. i 1999. godine, a što je ukazivalo na cjelokupnu urušenost sustava zdravstvenog osiguranja.

Podrobnom analizom uzroka, koji su doveli do gore navedenog financijskog stanja u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja, isti su se ukazali kao:

- a) dugogodišnje neprovođenje (od samog donošenja 1993. g.) odredbi *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* i *Zakona o zdravstvenom osiguranju* (zatečena mreža zdravstvenih djelatnosti nije odgovarajuća potrebama, a nova mreža nije utvrđena, nije provedena kategorizacija bolničkih zdravstvenih ustanova, nije utvrđen plan i program mjera zdravstvene zaštite za razdoblje od najmanje 3 godine, nije utvrđen obujam korištenja zdravstvene zaštite prema gospodarskim mogućnostima),
- b) zakonske promjene u sustavu knjigovodstva od 1993. godine u zdravstvu se ne prikazuje trošak amortizacije,
- c) uvrštenje PDV-a i u sustav zdravstva 1998. godine,
- d) ukidanje stope doprinosa na mirovine od 1. veljače 1998. godine,
- e) nedostatna kontrola kvalitete pružene zdravstvene zaštite, kao i kontrola provođenja/izvršenja ugovornih obveza.

Tijekom 2000. godine HZZO je izvršio konsolidaciju sustava:

1. Prema Odluci Vlade, a u svrhu rješavanja zatečenog stanja HZZO se zadužio u svibnju 2000. godine kod poslovnih banaka u iznosu od 1.668 milijuna kuna (222 milijuna eura). Tim je sredstvima izvršena konsolidacija sustava zdravstvenog osiguranja, tj. pokriveni su gubici HZZO-a iz prethodnog razdoblje;

2. Knjiga II. Ministarstva financija, u kojoj je evidentirano 1,5 milijardi kuna, realizirano je 192 milijuna kuna kao rezultat međusobnog usklađenja potraživanja za naknade za bolovanja pravnih osoba s jedne strane i njihovih obveza na poreze prema Ministarstvu financija s druge strane, te su se

time zatvorile obveze HZZO-a za refundacije naknada, dok je iznos od 1.308 milijardi kuna ostao nerealiziran;

3. Tijekom 2000. godine izvršavane su obveze u ugovorenim rokovima plaćanja i to primarna zdravstvena zaštita u roku 30 dana, specijalistička i bolnička zdravstvena zaštita u roku 90 dana, a lijekovi u roku 120 dana uz napomenu da su ugovori sa svim zdravstvenim ustanovama bili, po prvi put nakon nekoliko godina, obostrano potpisani;

4. Proračuni bolničkim zdravstvenim ustanovama korigirani su u maksimalnom mogućem postotku u odnosu na raspoloživa sredstva, pri čemu se posebno vodilo računa da se u okviru mogućnosti pojedinim zdravstvenim ustanovama isprave određene pogreške u utvrđivanju proračuna iz ranijih godina;

5. U cilju skraćivanja dugih listi čekanja na određene operativne zahvate u suradnji s Ministarstvom zdravstva, HZZO je pokrenuo postupak nabave ugradbenih materijala za 23 bolnice, a da sredstva utrošena za nabavu navedenih ugradbenih materijala nisu teretila proračune zdravstvenih ustanova;

6. Upravno vijeće HZZO-a u novom sastavu imenovalo je Povjerenstvo za lijekove koje je tijekom 2000. godine aktivno radilo na formiranju Liste lijekova HZZO-a. Stručne službe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje izradile su tijekom 2000. godine niz studija i simulacija izračuna troškova za lijekove sukladno predloženoj metodologiji za formiranje cijena lijekova;

7. HZZO je intenzivno sudjelovao u oživljavanju Projekta reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja kao jedan od nositelja institucionalne reforme u 8 od 15 projekata. HZZO je bio samostalni nositelj podprojekta Reforme sustava zdravstvenog osiguranja te je izradio prijedlog reforme sustava zdravstvenog osiguranja s prijedlogom reforme financiranja zdravstvenog osiguranja.

U skladu s navedenim, HZZO je 2000. godinu završio financijsko poslovanje bez gubitaka, odnosno u potpunosti je bio likvidna institucija bez ikakvih novonastalih zaduženja u 2000. godini.

Takav trend poslovanja HZZO nastavlja i u 2001. godini, uz napomenu da je tijekom 2001. godine:

- HZZO uspio naplatiti od Zavoda za mirovinsko osiguranje dio duga iz ranijih godina u iznosu od 750 milijuna kuna,
- Vlada Republike Hrvatske odobrila odgodu plaćanja naknada bolovanja korisnicima državnog proračuna u iznosu od oko 180 milijuna kuna,

- ugovorni rok plaćanja za lijekove na recept utvrđen na 120 dana što je dalo efekt od oko 200 milijuna kuna

te je na dan 31. prosinca 2001. godine HZZO imao podmirene sve svoje dospjele ugovorne obveze spram ugovornih zdravstvenih subjekata, čak štoviše za bolničku zdravstvenu zaštitu je isplaćeno i oko 300 milijuna kuna više sredstava nego što su iznosile dospjele obveze.

Osim navedenog, HZZO je krajem 2000. i tijekom 2001. godine za potrebe hrvatskih bolnica, a u cilju skraćivanja listi čekanja osiguranih osoba HZZO na određene medicinske postupke, izvršio nabavu ugradbenih materijala (umjetnih kukova, pace-maker, očnih leća, umjetnih krvnih žila i sl.) u iznosu od oko 50 milijuna kuna. Učinak navedene nabave razvidan je iz značajnog smanjenja listi čekanja osiguranih osoba HZZO na određene medicinske zahvate do koje je došlo tijekom 2001. godine.

Krajem 2001. godine izvršene su i sve pripreme (kadrovske, organizacijske i regulativne) za uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u trenutku kada se za isto steknu zakonski uvjeti.

Kako u međuvremenu, do konca 2001. godine nisu u cijelosti provedeni nužni reformski zahvati, a čiji cilj je trebao biti racionalizacija, kako u kadrovskom, tako i u financijskom poslovanju zdravstvenih subjekata, te kako HZZO nema nikakvu upravljačku nadležnost nad zdravstvenim ustanovama, već je isto u nadležnosti vlasnika (države i županije, odnosno Grad Zagreb), to je situacija u poslovanju zdravstvenih ustanova-bolnica na dan 31.12.2001. godine pokazala da neplaćene obveze preko 90 dana istih iznose oko 876 milijuna kuna, dok neplaćene obveze preko 90 dana zdravstvenih subjekata na primarnoj razini zdravstvene zaštite iznose daljnjih oko 58 milijuna kuna, odnosno ukupno zdravstvene ustanove 946 milijuna kuna.

Početakom 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 proračuna.

Doprinosi za zdravstveno osiguranje koji su se do 1. siječnja 2002. godine uplaćivali na račun HZZO-a, uplaćuju se na račun riznice (središnjeg proračuna), ali i dalje s obzirom na zakonsko uređenje zdravstvenog sustava, zadržavaju obilježje doprinosa i prate se odvojeno od ostalih prihoda, a obveze Zavoda izmiruju se u mjesečnom iznosu od 1/12 godišnje planiranih sredstava za pojedine stavke.

Za pružene zdravstvene usluge, bolnicama se doznačuju sredstva iz proračuna na temelju sklopljenih ugovora, kao i sredstva za naknade za redovni i dodatni porodiljni dopust, a za svu ostalu zdravstvenu zaštitu sredstva iz proračuna doznačuju se Zavodu, odakle se vrše plaćanja.

Sagledavajući financijsku situaciju u cjelokupnom sustavu zdravstva, Vlada Republike 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 i za

proizvodne i neproizvodne usluge. Isto tako, sanacijom su se pokrila i dugovanja koja se odnose prema zaposlenicima na područjima od posebne državne skrbi.

Sukladno Odluci Vlade Republike Hrvatske, HZZO se zadužio kod poslovnih banaka u iznosu od 820 milijuna kuna, kojim sredstvima su plaćene obveze starije od 150 dana dobavljačima zdravstvenih ustanova (osim ljekarnama), što je dovelo do stabilizacije sustava i omogućilo nastavak reforme zdravstva. Također su se izmirile obveze prema zaposlenicima po članku 19. *Zakona o posebnoj državnoj skrbi*. Isto tako Vlada Republike Hrvatske donijela je Odluku kojom oslobađa HZZO od plaćanja obveza za povrat sredstava za naknade bolovanja korisnicima Državnog proračuna iz 2001. i 2000. godine u iznosu od 187 milijuna kuna.

Od 1. srpnja 2002. godine povećani su mjesečni limiti bolničkim zdravstvenim ustanovama, ali sredstva za njihovu isplatu nisu u cijelosti osigurana. Slijedom navedenog HZZO-u nedostaje za podmirivanje ugovorenih maksimalnih godišnjih iznosa sredstava bolničkim zdravstvenim ustanovama za 2002. godinu sukladno članku 16. Ugovora o provođenju bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite za 2002. godinu (u daljnjem tekstu: Ugovor) u ukupnom iznosu 200.106.352,66 kuna.

Nepodmirene obveze HZZO-a na dan 31. 12. 2002. godine prema bolničkim zdravstvenim ustanovama su 1.279.734.553,71 kuna, od toga su dospjele obveze na dan 31. 12. 2002. godine u iznosu od 19.057.627,30 kuna, dok su ne dospjele obveze (na isti datum) u iznosu od 1.260.676.926,41 kuna. Potraživanje Zavoda od bolničkih zdravstvenih ustanova temeljem isplaćenih akontacija a koje nisu pravdane računima za 2002. godinu sukladno potpisanim Ugovorima, na dan 31. 12. 2002. godine ukupno iznose 73.107.331,55 kuna.

Godine 1994. godine ukinuta je amortizacija što je izazvalo financijske i druge štete koje je doista teško procijeniti, no prema procjenama stručnjaka one iznose između 4 i 6 milijardi kuna. Neplaćene obveze na dan 31. prosinca 2002. godine na ime neplaćenih doprinosa za zdravstveno osiguranje iznosile su 3.558.970 milijarde kuna.

U protekle tri godine financijsko stanje u zdravstvu bilo je teško, iako znatno stabilnije nego u razdoblju koje mu je prethodilo. Usprkos tome plaće zaposlenika redovito su se mjesečno isplaćivane, a nije bilo niti obustave isporuka dobavljača iako su rokovi plaćanja povremeno bili neprimjereno dugi. Dobavljači su pokazali visok stupanj razumijevanja uvažavajući partnerski odnos.

4.2. Zakon o zdravstvenom osiguranju

U cilju provedbe zacrtanog Projekta reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj tijekom 2001. godine provedene su aktivnosti na pripremi i sačinjavanju dokumenata koji će biti podloga za zakonsko reguliranje novog sustava zdravstvenog osiguranja. U navedenim aktivnostima HZZO je dao značajan stručni doprinos, a posebice u sačinjavanju novog *Zakona o zdravstvenom osiguranju*.

Kao rezultat ovih aktivnosti Hrvatski je Sabor 19. listopada 2001. godine donio novi *Zakon o zdravstvenom osiguranju*. Zakon je stupio na snagu 8. studenog 2001. godine time da njegova primjena počinje od 1. siječnja 2002. godine.

Novi *Zakon o zdravstvenom osiguranju* utvrdio je značajne novine u odnosu na važeći Zakon, što će imati značajan odraz u sustavu zdravstvenog osiguranja, kako u pogledu opsega prava iz zdravstvenog osiguranja, tako i u njegovom provođenju od 2002. godine nadalje.

Od brojnih novina i različitosti od regulative dosadašnjeg Zakona, navodimo samo najznačajnije:

- Zdravstveno osiguranje u Republici Hrvatskoj provodi se kao osnovno, dopunsko i privatno. Osnovno je zdravstveno osiguranje obvezno i provodi ga HZZO. Dopunskim se zdravstvenim osiguranjem osigurava plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja koje ne podmiruje HZZO. Dopunsko zdravstveno osiguranje provodi HZZO i društva za osiguranje, time da u 2002. i 2003. godini dopunsko zdravstveno osiguranje provodi isključivo HZZO. Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurane osobe osiguravaju veći opseg prava i viši standard usluga od onih utvrđenih osnovnim zdravstvenim osiguranjem, kao i određena prava koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem.
- U okviru HZZO-a osiguranim osobama osigurava se osnovna zdravstvena zaštita kroz pravo na ostvarivanje zdravstvenih usluga putem "košarice zdravstvenih usluga", gdje je točno određeno koje zdravstvene usluge plaća HZZO u cijelosti, a za koje i u kojem postotku do pune vrijednosti cijene zdravstvene usluge razliku podmiruje osigurana osoba, odnosno koje osigurana osoba osigurava u dopunskom zdravstvenom osiguranju.
- Zakonom je propisan krug osiguranih osoba koje nisu obvezne snositi razliku do pune vrijednosti prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja koju ne plaća HZZO.

- Prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti vraćena su u sustav zdravstvenog osiguranja te se osiguravaju u HZZO, a ne kod osiguravajućih društava.
- Izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite ograničeno je pravo na određivanje dužine bolovanja osiguranika, ovisno o vrsti bolesti prema propisu koji donosi ministar zdravstva.
- Efekti ovog propisa na uštede za naknade za bolovanja pokazat će se tek u 2003. godini jer je Pravilnik objavljen i primjenjuje se tek od siječnja 2003. godine.
- Najniža visina naknade za vrijeme bolovanja koja se jamči u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja smanjena je sa 80% na 70% osnovice za naknadu.
- Uvodi se uvjet potrebnog prethodnog staža osiguranja za ostvarivanje prava na ortopedska pomagala, odnosno punu visinu naknade plaće za vrijeme bolovanja.
- Novim Zakonom u okviru HZZO više se ne osiguravaju prava na opremu za novorođeno dijete i pogrebni troškovi, ali ih i dalje osigurava Zavod, dok se normativno ne urede u okviru prava u sustavu socijalne skrbi.
- Promijenjen je sastav Upravnog vijeća HZZO-a. Postavljen je na tripartitetnoj osnovi – 4 predstavnika osiguranika, 2 predstavnika poslodavaca i 3 predstavnika zdravstvenih ustanova i privatne prakse.

4.3. Dopunsko zdravstveno osiguranje

S ustrojem dopunskog zdravstvenog osiguranja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje započeo je u listopadu 2001. godine. Nakon stupanja na snagu *Zakona o zdravstvenom osiguranju* 1. siječnja 2002. godine donesen je niz drugih akata, tako da je donesen i Statut Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, opći akti Zavoda iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, opći akti Zavoda o dopunskom zdravstvenom osiguranju, Zakon o oslobađanju od plaćanja dijela troškova zdravstvene zaštite (*Narodne novine* br. 32/02, Opseg prava osiguranih osoba Zavoda, Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja (*Narodne novine* br. 28/02) i drugi. Donošenje spomenutih akata, a koji su predstavljali preduvjet za konačno ustrojstvo sustava i početak rada, završeno je početkom svibnja 2002. godine.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje započinje s prodajom polica dopunskog zdravstvenog osiguranja 20. svibnja 2002. godine.

U skladu s pozitivnim zakonskim propisom predviđeno je da sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite plaća:

- za osiguranike oslobođene od istih - Hrvatski zavod za zdravstvenog osiguranje ili Državni proračun
- za osiguranike dopunskog zdravstvenog osiguranja također – Hrvatski zavod za zdravstvenog osiguranja
- za obveznike koji nisu osiguranici dopunskog zdravstvenog osiguranja – obveznik osobno.

Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite koju učine osiguranici dopunskog osiguranja na način da vrši plaćanje:

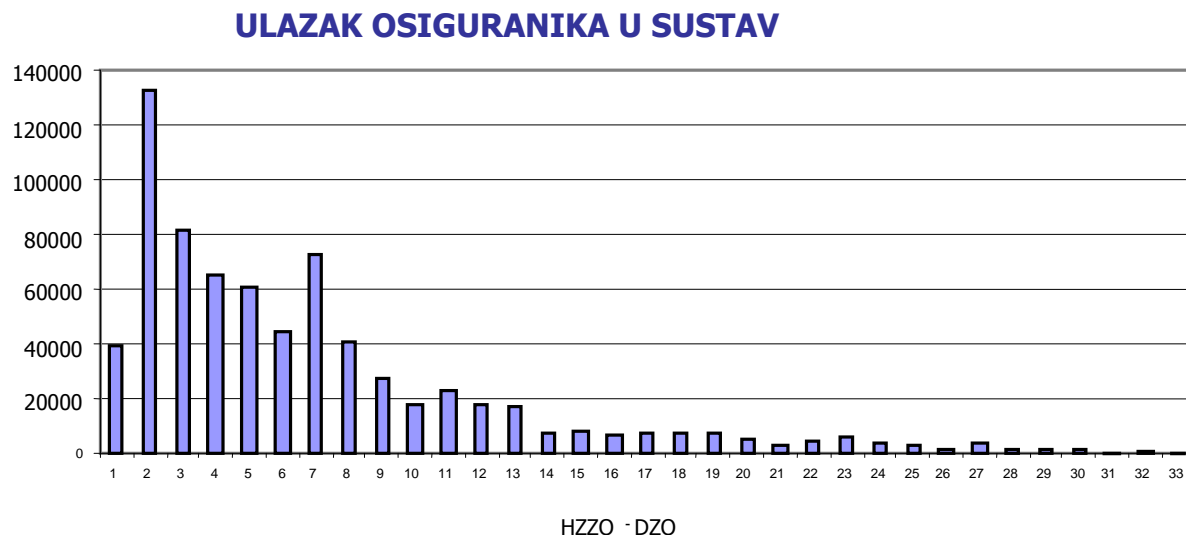
- bolnicama
- ustanovama za provođenje fizikalne medicine i rehabilitacije u kući
- stomatološkim ustanovama
- ljekarnama
- dobavljačima ortopedskih pomagala
- osnovnom osiguranju kod liječenja u inozemstvu.

Utvrđena je jedinstvena polica dopunskog zdravstvenog osiguranja. Polica pokriva sve participacije tj. razliku u cijeni zdravstvenih usluga koje se pružaju na teret HZZO. Cijena police iznosi 80,00 kn mjesečno.

Za umirovljenike je predviđen popust od 37,5%, s kojim se dolazi do iznosa od 50,00 kn mjesečno.

Provodeći dopunsko zdravstveno osiguranje, a uz određene oblike promidžbe, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje do kraja 2002. godine je osigurao 725.532 osobe i s osnova naplaćenih premija naplaćuje 291.736.243,02 kuna. Osiguranici su ulazili u sustav najintenzivnije u prvih desetak tjedana osiguranja, ali i krajem 2002. godine još uvijek svaki radni dan ulazi u sustav nekoliko stotina novih osiguranika.

Grafikon 20: Ulazak osiguranika u sustav prema tjednima



U prvim tjednima provođenja najaktivniji su umirovljenici, da bi sredinom studenog 2002. broj radno aktivnih osiguranika neznatno premašio broj osiguranika - umirovljenika, tako da je sada omjer osiguranika: 50,31% radno aktivnih i 49,69% umirovljenika.

Police su se uglavnom jednakomjerno prodavale u svim dijelovima zemlje, osim što su nešto lošiji rezultati prodaje u Koprivnici, a nešto bolji u Zagrebu, što je, obzirom na specifičnost metropole i za očekivati.

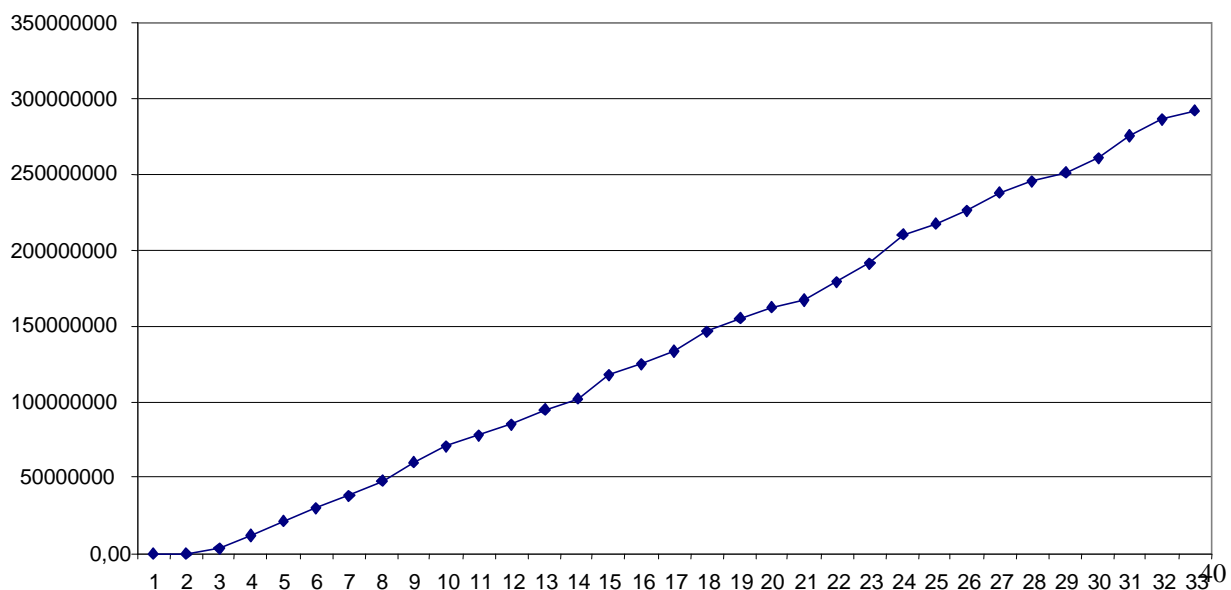
Redni broj	Naziv područnog ureda	Broj ugovorenih polica DZO-ostali	Broj ugovorenih polica DZO-umirovljenici	Ukupan broj važećih polica DZO	Mogući broj osiguranika DZO
1	PU Bjelovar	7200	6093	13.293	53.584
2	PU Čakovec	6411	7463	13.874	54.925
3	PU Dubrovnik	9075	9241	18.316	60.848
4	PU Gospić	2626	2982	5.608	24.207
5	PU Karlovac	8692	11876	20.568	62.404
6	PU Koprivnica	5736	4387	10.123	57.128
7	PU Krapina	9409	7471	16.880	62.329
8	PU Osijek	26241	22317	48.558	135.608

9	PU Pazin	17395	22064	39.459	128.325
10	PU Rijeka	25778	38527	64.305	195.205
11	PU Sisak	16410	12304	28.714	78.539
12	PU Požega	5384	4174	9.558	27.381
13	PU Slavonski Brod	8717	8043	16.760	67.430
14	PU Split	22591	36766	59.357	245.390
15	PU Šibenik	6309	7678	13.987	52.022
16	PU Varaždin	9901	11805	21.706	86.911
17	PU Vinkovci	9274	9855	19.129	80.941
18	PU Virovitica	5792	3522	9.314	27.763
19	PU Zadar	8814	10979	19.793	76.391
20	PU Zagreb	152432	123798	276.230	660.114
21	Ukupno RH	364.187	361.345	725.532	2.237.445

U istom razdoblju 1.258.886 osiguranika oslobođeno je sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

Kao što je ranije navedeno, tijekom 2002. godine dopunsko zdravstveno osiguranje prikupilo je gotovo 300 milijuna kuna. Ova sredstva ulazila su u sustav kontinuiranom dinamikom, kao što prikazuje sljedeći grafikon:

Grafikon 21: Dinamika priliva sredstava za dopunsko zdravstveno osiguranje prema tjednima



Financijski rezultati dopunskog zdravstvenog osiguranja za 2002. godinu pokazali su pozitivno poslovanje iako u sustavu imamo 49% umirovljenika koji su veći potrošači zdravstvenih usluga. Tijekom 2003. godine provest će se detaljnija analiza poslovanja te će HZZO uskladiti politiku cijena dodatnih usluga koje se pružaju hrvatskim građanima. Time će se spremno dočekati 2004. godina kada će i druga osiguravajuća društva moći pružati uslugu dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Planovi i aktivnosti u narednom razdoblju

- održati postojeće poslovne procese i podržati pozitivne trendove - iako su očekivanja do kraja 2002. godine bila oko 200-250 tisuća osiguranika, sustavu je pristupilo gotovo tri puta više osiguranih osoba. Ponajprije razlog leži u dobroj odluci da se prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja grupiraju u jednoj polici, da se ne ograničavaju te da u ta prava uđe i sudjelovanje u troškovima lijekova izdanih na recept.
- odrediti daljnje smjernice globalnog razvoja
- završiti ustroj sustava
- zadržati osiguranike u sustavu, privući nove osiguranike u sustav, razmotriti mogućnosti administrativnog i komercijalnog djelovanja
- unaprijediti suradnju s davateljima usluga
- poboljšati programsko – informatičku podršku.

5. Primarna zdravstvena zaštita

Na temelju usuglašenog stajališta Radne skupine za primarnu zdravstvenu zaštitu predstavnika Ministarstva zdravstva, Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje donesena je Mreža primarne zdravstvene zaštite, kao nužan preduvjet ugovaranja s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (*Narodne novine* broj 85/02 i 90/02). Isto tako *Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja* i *Plan i program mjera zdravstvene zaštite* (*Narodne novine* broj 30/2002) doneseni su prvi puta nakon što je 1993. g. (dakle, 9 godina kasnije) izglasan *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*.

5.1. "Novi dom zdravlja"

U proteklom desetljeću modelom "privatizacije" djelatnosti Doma zdravlja izvršena je partikularizacija primarne zdravstvene zaštite što je imalo za posljedicu narušavanje dostupnosti, cjelovitosti i trajnosti zaštite, nedostatak koordinacije djelatnosti primarne zaštite te nedostatan prepoznavanje lokalnih potreba stanovništva i gubitak uvida u zdravstveno stanje stanovništva s nedostatnim prikupljanjem i korištenjem epidemioloških podataka.

Rezultat tih intervencija u sustav primarne zdravstvene zaštite rezultirao je drastičnim padom broja kućnih posjeta te preventivnih pregleda te porastom incidencije oboljenja koje je moguće prevenirati.

Budući plan reorganizacije primarne zdravstvene zaštite temelji se na ustroju županijskih domova zdravlja s ispostavama na lokalnoj razini s ciljem pojednostavljenja pristupa pacijenata svim preventivnim i kurativnim medicinskim uslugama te maksimalnog poboljšanja istih.

Svrha utemeljenja Novog županijskog doma zdravlja je u objedinjenju svih postojećih medicinskih usluga u zajednici. Temeljni pristup uključuje proširenje pružanja medicinskih usluga (uvođenjem novih usluga: dnevne kirurgije, mentalnog zdravlja, palijativne skrbi, edukacije o pravima pacijenata), uključivanjem zajednice u sam proces i korištenjem alternativnih oblika medicinske pomoći, s ciljem promocije pružanja zdravstvenih usluga na najprimjereniji i financijski najprihvatljiviji način i s težištem smanjenju broja i trajanja hospitalizacija, promociji novih oblika primarne zaštite (uključujući grupne prakse), isplaćivanju nadoknada prema učinku sa svrhom povećanja radne motiviranosti zaposlenih u sektoru zdravstva i provedbe širokog spektra javno-zdravstvenih mjera u zajednici kako bi se u maksimalno mogućem opsegu smanjilo pobolijevanje od preventabilnih, kroničnih bolesti današnjice, koje čine najskuplju komponentu pružanja zdravstvenih usluga.

U Republici Hrvatskoj je postojalo 120 uprava domova zdravlja koje će se svesti na 23. Sukladno Vladinoj odluci do kraja 2002. godine sve županije pokrenule su proces ustrojavanja jedinstvenog

doma zdravlja, s time da Grad Zagreb ima tri doma zdravlja koje je već ustrojio, i to u centru, u zapadnom i istočnom dijelu grada. Ovom reorganizacijom postići će se učinkovitije upravljanje i racionalnije trošenje decentraliziranih sredstava.

Predviđeni model grupne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvodi se novim ugovorima od 1. siječnja 2003. godine.

Reorganizacija djelatnosti hitne medicinske pomoći također predviđa da svaka županija ima jednu ustanovu ili zasebni odjel doma zdravlja koji bi koordinirao djelatnost hitne medicinske pomoći na području cijele županije, čime se postiže veća učinkovitost uz racionalnije planiranje kadrova.

5.2. Obiteljska medicina

U svrhu prevladavanja postojećih problema u osiguranju obuhvata populacije, dostupnosti i jednakosti primarne zdravstvene zaštite, osiguranja primjerene kvalitete zaštite, unapređenja suradnje i potpomaganja liječnika te njihovog sigurnijeg stručnog i financijskog položaja, potrebno je unaprijediti rad liječnika obiteljske medicine. Prema usmjerenjima razvoja primarne zdravstvene zaštite u europskim zemljama i preporukama Svjetske zdravstvene organizacije, primarna zaštita treba biti utemeljena na obiteljskoj medicini. Za ispunjenje zadaća primarnog liječnika za cjelokupnu populaciju, bez obzira na dob, spol i zdravstveni problem, obiteljski liječnik mora biti primjereno osposobljen, stoga se specijalizacija iz obiteljske medicine nametnula kao nužan preduvjet reformi i nužan korak prema Europi.

Novim ugovorima s HZZO-om za 2003. godinu omogućit će se: veća glavarina za liječnike specijaliste obiteljske medicine, stimulacija za liječnike koji se udružuju u grupne prakse te dodatno plaćanje za liječnike koji pokazuju racionalan pristup u propisivanju lijekova.

U 2002. godini donijeta je odluka o planu upućivanju liječnika na specijalizaciju iz obiteljske medicine zbog zastoja spomenutog procesa u proteklih 10 godina. U Državnom proračunu Ministarstvo zdravstva je osiguralo sredstva kojima će u 2003. godini biti upućeno 70 liječnika na specijalizaciju obiteljske medicine. Plan je da do 2014. godine svi liječnici obiteljske medicine budu specijalisti što je sukladno medicinskoj praksi u zemljama Europske unije.

6.3. Stomatologija

Prihvaćenim dokumentom Ministarstva zdravstva i Vlade RH - *Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja* Republike Hrvatske, Republika Hrvatska će kao zemlja izrazite europske orijentacije i s jedinstvenim strateškim ciljem - ulaskom u Europsku Uniju, provesti i proces prilagodbe svog sustava stomatološke zdravstvene zaštite. Hrvatski zdravstveni sustav već danas prati

u potpunosti zahtjev za provedbom stomatološke zaštite. Država će osiguravati svim svojim stanovnicima pravo na preventivne stomatološke zahvate u svakoj životnoj dobi. Pri tome svaki građanin mora preuzeti veći dio odgovornosti za svoje zdravlje aktivno provodeći higijenske mjere.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje plaća preventivnu i kurativnu stomatološku zaštitu djece do osamnaest godina. Građanima starijim od osamnaest godina, uz preventivne, plaćeni su i kurativni zahvati, a u dijelu stomatološke protetike uvedena je participacija. Navedene participacije pokriva dobrovoljna polica dopunskog zdravstvenog osiguranja. Preventivni pristup podrazumijeva smanjenje prava na kurativne usluge, odnosno sve veći broj takvih usluga koje će djelomice ili u potpunosti snositi građani. Taj prijelaz ne smijemo odmah drastično mijenjati, nego poštovati načelo postupnosti, a planira se okončati do godine 2006.

Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za stomatologiju, u suradnji s Hrvatskim stomatološkim društvom Hrvatskog liječničkog zbora, izradilo je *Nacionalni program prevencije karijesa i promociju oralnog zdravlja djece*. Za glavni strateški cilj postavljena je generacija danas rođene djece kao "dvadesetogodišnjaci bez karijesa". Kroz posljednje tri godine preventivnim pregledima obuhvaćena su sva djeca u predškolskim ustanovama, djeca od prvog do četvrtog razreda osnovne škole te djeca s posebnim potrebama. Ove će se godine sredstva usmjeriti specijalnim školama i otocima.

Doktor stomatologije mora biti teritorijalno dostupan svim građanima Hrvatske (prema načelu pravedne raspoređenosti), a osnovni sadržaj rada stomatološke ordinacije pružanje je potpune stomatološke zaštite za sve građane, s posebnim naglaskom na preventivne zahvate. Donošenjem mreže timova polivalentne stomatološke zdravstvene zaštite na primarnoj razini koji obavljaju usluge iz osnovnog zdravstvenog osiguranja s utvrđenim standardom od 2.200 osiguranika na jednog stomatologa postala je razvidna neravnomjerna teritorijalna raspoređenost. Sadašnji teritorijalni raspored ukazuje na preveliku koncentraciju timova u urbanim sredinama, a nepopunjenost i teritorijalnu nedostupnost u nekim ruralnim sredinama - posebice u dijelu Slavonije, Međimurju i dijelom u manjim mjestima u Istri. Istodobno, danas imamo gotovo 400 nezaposlenih mladih stomatologa. Kako bi se barem djelomično riješio taj problem, zaposlit će se 23 stomatologa pri reformiranim domovima zdravlja zbog kontinuirane koordinacije svih preventivnih aktivnosti na određenom području u Hrvatskoj. Zajedno s Hrvatskom stomatološkom komorom napravljen je popis (manjih) mjesta u kojima nedostaje stomatolog, uz mogućnost otvaranja stotinjak ordinacija te će se uputiti preporuka jedinicama lokalne samouprave na mogućnost otvaranja novih ordinacija koje bi mogle ući u mrežu osnovnog osiguranja te time stimulirati dolazak mladih stručnjaka u ta mjesta.

6. Reforma bolničkog sektora

6.1. Projekt planiranja zdravstvenih kapaciteta i reorganizacije bolničke djelatnosti

Projektom planiranja zdravstvenih kapaciteta i reorganizacije bolničke djelatnosti, u skladu s provedbom regionalizacije i decentralizacije zdravstva, izvršena je kategorizacija bolnica te utvrđen broj potrebnih odjela i postelja. Predmetna mreža zdravstvene djelatnosti primarne zdravstvene zaštite i posteljnih kapaciteta na bolničkoj razini utvrđena je i objavljena u "*Narodnim novinama*" broj 85/02 i 90/02).

U sklopu istog Projekta, bolnice u Republici Hrvatskoj kategoriziraju se u sljedeće skupine:

- akutne bolnice
- bolnice s posebnom namjenom
- bolnice za produženo liječenje

Prema razini bolnice se definiraju kao:

- lokalne (gradske i županijske)
- regionalne (i subregionalne)
- nacionalne

Bolničke djelatnosti za koje trebaju biti osigurani posteljni kapaciteti za akutno liječenje na lokalnoj razini (gradske) su interna medicina, ginekologija i opstetricija, opća kirurgija i pedijatrija. Za bolničke djelatnosti na lokalnoj razini (županijske) su interna medicina, ginekologija i opstetricija, opća kirurgija, pedijatrija, oftalmologija, otorinolaringologija, neurologija i psihijatrija. Za ostale djelatnosti posteljni kapaciteti osiguravaju se na regionalnoj, odnosno na subregionalnoj razini. Za potrebe visoko- diferencirane djelatnosti posteljni kapaciteti se osiguravaju na nacionalnom nivou.

Djelatnosti za koje se predviđaju posteljni kapaciteti na višoj razini (regionalnoj) ne ukidaju se na nižoj razini (županijskoj), već se njihova djelatnost predviđa kao polikliničko- konzilijarna, s kapacitetima za hospitalizaciju u sklopu osnovne djelatnosti za koje postoje ugovoreni posteljni kapaciteti i to na način kako slijedi:

- za djelatnost otorinolaringologije, oftalmologije, ortopedije, urologije, neurokirurgije, dječje kirurgije i maksilofacijelne kirurgije ukoliko ne postoje ugovoreni posteljni kapaciteti mogu se koristiti posteljni kapaciteti ugovoreni kao opća kirurgija
- za djelatnost neurologije, psihijatrije, dermatologije i venerologije, infektologije, fizikalne medicine i rehabilitacije te radioterapije i onkologije ukoliko ne postoje ugovoreni posteljni kapaciteti mogu se koristiti posteljni kapaciteti ugovoreni kao interna medicina

Subspecijalizacije se tretiraju u okviru svoje osnovne specijalnosti odnosno djelatnosti (pulmologija, kardiologija i sl. kao interna medicina, a traumatologija, torakalna kirurgija i sl. kao kirurgija).

- Akutne bolnice

Ovisno o razni akutne bolnice mogu biti lokalne (gradske i županijske), regionalne (i subregionalne) te nacionalne. Prema sadašnjoj situaciji većina općih bolnica u Republici Hrvatskoj su lokalne razine (županijske), dok su kliničke bolnice (KBC i KB) uz lokalnu (županijsku) razinu i regionalne bolnice.

- Bolnice s posebnom namjenom

Samostalne klinike (za tumore, traumatologiju, zarazne bolesti, plućne bolesti, dječje bolesti i sl.) smatraju se bolnicama s posebnom namjenom i uglavnom su regionalne i nacionalne razine.

Bolnice s posebnom namjenom mogu s HZZO-m imati ugovorene akutne postelje (npr. Klinika za zarazne bolesti), kronične postelje (Specijalna bolnica Daruvarske toplice) ili akutne i kronične (Psihijatrijska bolnica Vrapče).

- Bolnice za produženo liječenje

Ustrojstvom bolnica za produženo liječenje omogućeno je obavljanje liječenja i njege kroničnih i gerijatrijskih bolesnika (Specijalna bolnica Novi Marof i Specijalna bolnica Duga Resa).

U skladu s razvojem medicine i bolničke prakse u Europi i svijetu te u skladu s postojećom situacijom i mogućnostima hrvatskog zdravstvenog sustava, definirani su novi standardi potrebnog broja bolesničkih postelja u odnosu na broj stanovnika za čije se zdravstvene potrebe bolesničke postelje organiziraju.

6.1.1. Mreža akutnih postelja po djelatnostima - raspodjela postelja po ustanovama

- Raspodjela županijskih postelja

Postelje predviđene za potrebe županije pripadaju bolnicama te županije. Standardima za pojedine djelatnosti lokalne razine definira se potreban broj postelja za pojedinu županiju (prema pripadajućem broju osiguranih osoba). Taj se ukupan posteljni kapacitet za županiju može rasporediti na jednu ili više bolnica u toj županiji.

Ako u županiji postoji samo jedna akutna bolnica predviđeni posteljni kapaciteti za potrebe te županije nalaze se samo u toj bolnici.

Ako se u županiji nalazi više bolnica, one se organiziraju tako da jedna bude županijska i ima djelatnosti županijske razine, a druga gradska s djelatnostima gradske razine, ili se prema dogovoru unutar županije predviđeni posteljni kapaciteti na županijskoj razini mogu raspodijeliti na više bolnica.

- Raspodjela regionalnih postelja

Standardima za pojedine djelatnosti regionalne razine definira se potreban broj postelja za određenu regiju (prema pripadajućem broju osiguranih osoba). Taj se ukupan broj postelja može raspodijeliti na jednu ili više bolnica u toj regiji. Stoga se predviđene postelje za djelatnosti regionalne razine mogu nalaziti na jednom mjestu – u regionalnom centru najčešće kliničkim bolničkim centrima ili kliničkim bolnicama, ali mogu biti i raspodijeljeni u nekoliko bolnica (subregionalna razina) ovisno o potrebama stanovništva i postojećim mogućnostima (kadrova i opreme).

- Raspodjela nacionalnih postelja

Nacionalne postelje predviđene su za visoko diferencirane djelatnosti nacionalne razine (kao što je transplantacija organa) te se organiziraju u bolnicama na jednom ili nekoliko mjesta u Republici Hrvatskoj, a služe za nacionalne potrebe.

- Daljnji plan broja bolesničkih postelja

Određivanje standarda broja postelja po djelatnostima za 2002. godinu je predstavljao početak reorganizacije bolničke djelatnosti.

Osnova za daljnji razvoj kapaciteta je trend smanjivanja stacionarnih kapaciteta i povećanje polikliničke djelatnosti i razvoja dnevne bolnice.

Smanjivanje stacionarnih kapaciteta očekuje se kao rezultat

- smanjenja trajanja hospitalizacije
- uvođenje dnevne bolnice
- liječenja kroničnih i gerijatrijskih bolesnika u bolnicama za produženo liječenje
- brže i efikasnije dijagnostike.

U sklopu Projekta planiranja zdravstvenih kapaciteta i reorganizacije bolničke djelatnosti osnovana su 22 stručna povjerenstva Ministarstva zdravstva prema djelatnostima uvažavajući načelo da su se u povjerenstva birali stručnjaci za pojedina područja, i to Povjerenstvo za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, maksilofacijalnu kirurgiju, ginekologiju i opstetriciju, kirurgiju, pedijatriju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, otorinolaringologiju, dermatologiju i venerologiju, oftalmologiju, neurologiju, psihijatriju, urologiju, neurokirurgiju, hemodijalizu i nefrologiju, radiologiju, radioterapiju i onkologiju, ortopediju, internu medicinu, infektologiju, citologiju, gerijatriju te medicinsku biokemiju i laboratorijsku dijagnostiku. Stručna povjerenstva Ministarstva zdravstva su

imala zadatak dati mišljenje i prijedlog u svezi unapređenja kvalitete i efikasnosti organizacije pojedine djelatnosti, standarda broja bolesničkih postelja i mreže kapaciteta po ustanovama, sistematizacije kadra i kadrovskih normativa, standardnih postupaka i opreme te drugih pitanja iz područja rada pojedine djelatnosti.

Stručna povjerenstva Ministarstva zdravstva su analizirala očitovanja bolničkih ustanova i županija na prijedlog raspodjele posteljnih kapaciteta te uzimajući u obzir specifičnosti pojedine ustanove donijela odluku o broju postelja za pojedinu djelatnost.

Na temelju odluke stručnih povjerenstava, u kojima su bili predstavnici Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i medicinskih fakulteta u Republici Hrvatskoj, izrađena je Mreža zdravstvene djelatnosti za bolničku zdravstvenu zaštitu koja je objavljena u *Narodne novine* br. 85/02 (*Tablica 8*).

Tablica 8. Mreža zdravstvene djelatnosti bolničke zdravstvene zaštite za 2003. godinu - akutne postelje

		Interni medicina	Neurologija	Pedijatrija	Psijhijatrija	Infektologija	Dermatologija	Fizikalna medicina	Ginekologija	Opća kirurgija	Maksilofacijalna kirurgija	Dječja kirurgija	Ortopedija	Neurokirurgija	Urologija	Onkologija	Oftalmologija	ORL	UKUPNO
1.	KBC Rijeka	279	62	79	83	25	20	41	160	210	20	24	10	33	33	40	35	37	1.191
2.	KBC Zagreb	274	114	188	79		61	54	303	181		30	109	50	39	65	66	60	1.673
3.	KB Dubrava	164	48		30					164	72		24		24		18	24	568
4.	KB Merkur	96							85	97								31	309
5.	KB Sestre Milosrdnice	204	70	60	50		31	30	98	104				33	28	17	45	66	836
6.	KB Osijek	210	68	96	81	34	23	75	130	185	22		42	25	38	57	35	39	1.160
7.	KB Split	357	77	110	98	40	22	69	160	294		35	45	45	32	55	50	50	1.539
8.	OB Bjelovar	97	20	20	29	10			43	74			10		10		10	14	337
9.	OB Koprivnica	103	23	18	29	10			46	92			14				10	14	359
10.	OB Slavonski Brod	125	32	38	35	16	12	10	66	112			16		12		15	22	511
11.	OB Čakovec	97	20	25	29	10			52	94							10	14	351
12.	OB Dubrovnik	87	20	20	27	10			44	71			10		10		10	14	323
13.	OB Gospić	30		10	16				14	34									104
14.	OB Karlovac	115	30	18	30	13			51	120			10		12		12	18	429
15.	OB Knin	20		10	12				12	18									72
16.	OB Našice	45		12					25	73									155
17.	OB Nova Gradiška	46	10	10	15				25	54									160
18.	OB Ogulin	56		10					14	37									117
19.	OB Sisak	148	26	24		12			61	106			10		10		12	17	426
20.	OB Pakrac	32		10					33	40									115
21.	OB Požega	65	18	15	18	10			29	55			10		10		10	10	250
22.	OB Pula	145	32	32	35	16			70	130					10		16	20	506
23.	OB Sveti Duh	178	50						108	122			33		24		25		540
24.	OB Šibenik	75	20	18	18	10			34	88			10				11	12	296
25.	OB Varaždin	120	30	32	42	14			75	110			15		15		15	20	488
26.	OB Vinkovci	94	20	20	35	12			63	70			10		10		10	17	361
27.	OB Virovitica	84	19	18	20	10			37	92							10	10	300
28.	OB Vukovar	40	18	12	22				24	34									150
29.	OB Zabok	110	35						39	75									259
30.	OB Zadar	125	20	28	20	14	10		69	110					10		15	16	437
31.	Vuk Vrhovec	35																	35
32.	Kl. za dječje bolesti			90								105	10						205
33.	Fran Mihaljević					232													232
34.	Traumatologija									174									174
35.	Kl. za pl. bolesti Jordanovac	186								46									232
36.	Kl. za tumore									34	26					120			180
37.	Kl. za ortopediju Lovran												101						101
38.	PB Vrapče				120														120
39.	PB Jankomir				57														57
40.	SB Srebrnjak			30															30
41.	SB Kukuljevićeva				25														25
43.	NB Popovača				44														44
44.	BPB Klenovnik	35																	35
45.	SB Rockefellerova	25																	25
46.	SB Goljak			30															30
47.	SB Biograd												30						30
48.	PB Ugljan				14														14
49.	SB Rab				6														6
50.	UKUPNO	3.902	882	1.083	1.119	498	179	279	1.970	3.300	140	194	519	186	327	354	440	525	15.897

6.2 Utvrđivanje kadrovskih normativa te obveznog standarda pripravnosti i dežurstava

Strukturalna prilagodba obuhvatila je i kadrovsku strukturu, sa standardizacijom i sistematizacijom zdravstvenih i nezdravstvenih kadrova. Posljedično, ustabilit će se kadrovsko planiranje i dovesti u dugoročni sklad edukacija zdravstvenog kadra s potrebama zdravstvenog sustava, posebice u dijelu liječničkih specijalizacija.

U listopadu 2002. godine Ministarstvo zdravstva je donijelo odluku o standardu svih zaposlenika bolnice u odnosu na broj ugovorenih postelja za akutne bolnice.

Bolnicama su s novim ugovorima za 2002. godinu utvrđeni standardi zaposlenika, koji se kreću od 2.0 zaposlenih po postelji za županijske bolnice, do 2.5 za kliničke bolnice. Udio medicinskog osoblja u ukupnom broju je od 68- 72%.

Bolnice koje imaju višak zaposlenika tijekom mjeseca studenog 2002. godine pokrenule su postupak zbrinjavanja viška zaposlenika.

Ministarstvo zdravstva radi na analiziranju postojećeg i utvrđivanju potrebnog standarda broja medicinskog i ne medicinskog osoblja u bolnicama. Posebno će se definirati standard medicinskog osoblja za bolničku odjelnu djelatnost, a posebno za polikliničku djelatnost. Također će se definirati potreban broj medicinskog osoblja za pojedinu djelatnost.

Za specijalne bolnice za psihijatriju je definiran poseban standard zaposlenika te on iznosi 0,5 zaposlenika po ugovorenoj kroničnoj postelji te 1,8 zaposlenika po ugovorenoj akutnoj postelji.

Definiranje standarda pojedinih kategorija medicinskog i nemedicinskog osoblja prema kategoriji i razini bolnica je u tijeku.

6.3. Novi način plaćanja zdravstvenih usluga u bolnicama – Uvođenje "PPTP" modela plaćanja po terapijskom postupku

U sklopu projekta reforme zdravstva provodi se projekt unapređenja plaćanja zdravstvenih usluga s ciljem promjene sustava ekonomskih poticaja u sustavu zdravstva na način da se podrži uvođenje djelotvorne i racionalne zdravstvene zaštite.

U plaćanju bolničke zdravstvene zaštite cilj je promijeniti sadašnji sustav plaćanja bolnica uz postupno uvođenje kombinacije plaćanja prema troškovima liječenja i plaćanja na temelju klasifikacije bolesnika po modelu dijagnostičkih grupa (*DRG - diagnosis related groups*) koje će stimulirati racionalnije trajanje i intenzitet bolničkog liječenja te započeti uvođenje novog cjenika u sustav pružanja zdravstvenih usluga.

Definiran je i usvojen novi model plaćanja bolničke zdravstvene zaštite – plaćanje po terapijskom postupku – «PPTP», temeljen na modelu plaćanja u stranoj literaturi zvanom «*prospective payment system*» - «PPS», od kojih je najpoznatiji «*Diagnosis Related Groups*» – «DRG» sistem.

PPTP metodom plaćanja, tj. plaćanja po terapijskom postupku s bolnicom se ugovara plaćanje liječenja određenih kategorija bolesnika prema unaprijed ugovorenoj cijeni za cjelokupno bolničko liječenje, a ne plaćanje prema fakturiranim troškovima.

Od 1. srpnja 2002 g. primjenjuje se plaćanje po terapijskom postupku za 33 PPTP grupe: 27 kirurških i 6 ne-kirurških grupa.

Novi sustav pokriva oko 30% ukupnih troškova bolničke zdravstvene zaštite. Primjena PPTP sustava u praksi je pokazala da je sustav dobro prihvaćen od zdravstvenih ustanova i da je njegova administrativna provedba bila uspješna. Početkom 2003. godine započele su analize financijskih i zdravstvenih efekata novog sustava plaćanja. Tijekom 2003 godine doći će do proširenja sustava PPTP s 30-tak novih PPTP grupa, čime će se pokriti veći dio ukupne bolničke zdravstvene zaštite.

Obnavljanje «Plave knjige» i uvođenje novih šifri procedura

Postojeći šifarnik medicinskih procedura tzv. «Plava knjiga» nije duže vrijeme temeljito obnovljena te ne zadovoljava potrebe. Stoga su Ministarstvo zdravstva i HZZO pokrenuli opsežan projekt zamjene današnje «Plave knjige» novom klasifikacijom medicinskih procedura koja će se uvoditi po fazama, i u čiju će izradu biti uključen veći broj kliničkih stručnjaka.

6.4. Novi način plaćanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite

Na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ) godišnje se potroši oko 1,6 milijardi kuna. Sadašnji model plaćanja SKZZ-a bazira se na korištenju cjenika usluga koji se koristi za plaćanje bolničke zdravstvene zaštite. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je nedavno započeo praćenje individualnih računa. Ovaj pristup podrazumijeva detaljnu specifikaciju svih troškova, a da pri tome ne stimulira efikasnost poslovanja budući da ustanova po retrogradnom modelu nije stimulirana da pruža zdravstvenu zaštitu efikasno.

Ministarstvo zdravstva je tijekom 2002 godine razvilo novi sustav plaćanja SKZZ koji se bazira na prospektivnom plaćanju prema unaprijed dogovorenim cijenama. Novi sustav se bazira na manjem i jednostavnijem popisu postupaka. Podloga za sustav su dugogodišnja iskustva zapadnih zdravstvenih sustava, posebice skandinavskih zemalja. Novim sustavom se bitno pojednostavljuje administracija i na taj način omogućuje realnije praćenje. Pojednostavljenjem administracije ostvaruje se ušteda u radnom vremenu zdravstvenog osoblja koje je do sada radilo na administraciji.

Novi sustav financiranja SKZZ predstavlja veliki zahvat u sustav zdravstva i njegova implementacija zahtijeva veliki broj pripremnih postupaka i administrativnih i regularnih prilagodbi. Na pripremi provedbe ovakvog načina financiranja rade stručne grupe Ministarstva zdravstva i HZZO-a. Uvođenje novog načina plaćanja SKZZ-a predviđeno je do početka ljeta 2003. godine.

6.5. Pravilnik o radnom vremenu

Nadalje, u cilju osiguravanja veće dostupnosti zdravstvene zaštite građanima, a posebno radno aktivnom stanovništvu donesen je novi ***Pravilnik o radnom vremenu u zdravstvenim ustanovama*** (*Narodne novine* broj 87/02) u kojem je izjednačeno radno vrijeme u svim zdravstvenim ustanovama te su uvedene stroge mjere nadzora. Također se zbog daljnjeg osiguravanja dostupnosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite svim građanima, a posebno radno aktivnom stanovništvu, osiguralo da od siječnja 2003. godine rad u poliklinikama bude organiziran na način da najmanje 20% ukupnog kapaciteta poliklinike, uvažavajući sve njezine djelatnosti radi radnim danom do 19.00h (*Narodne novine* broj 9/2003). Navedeno će se definirati i u ugovorima koje bolnice sklapaju s HZZO-om za 2003. godinu.

6.6. Novi model ugovaranja za bolnice

Osnovna novost u ugovorima bit će odgovornost vlasnika za loše poslovanje, kako financijska tako i stručna, što nažalost dosada nije bio slučaj. Ministarstvo zdravstva izjednačilo je cijene usluga u bolnicama, uvelo model PPTP plaćanja, posebno se plaćaju skupi zahvati kao što su transplantacija, hemodijaliza i rijetki skupi lijekovi, napravilo je normative odjela, broja postelja i zaposlenika te standarde za pripravnost i dežurstva.

7. Kapitalna ulaganja i decentralizirana sredstva

7.1. Kapitalna ulaganja

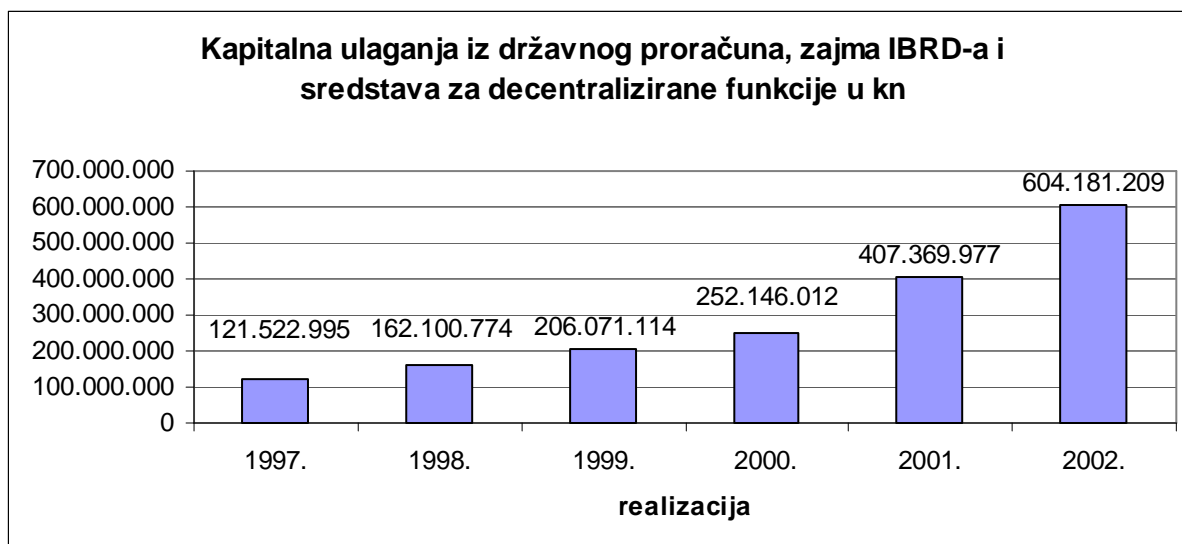
U području kapitalnih ulaganja koja su kroz Državni proračun odobravana, poštujući između ostalog i ciljeve Reforme zdravstva, iz tablice u prilogu vidljiv je kontinuirani rast odobrenih sredstava.

U razdoblju od 21. siječnja 2000. godine do 31. prosinca 2002. g. ukupno je **uloženo u izgradnju i opremanje zdravstvenih ustanova 975.113.040,00 kuna**. Značajna sredstva iz navedenog iznosa uložena su u izgradnju i adaptaciju, kao i nabavu opreme, sljedećih zdravstvenih ustanova: Opća bolnica Vinkovci, Klinička bolnica Osijek, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Sisak, Specijalna bolnica Petrinja, Opća bolnica Pakrac, Opća bolnica Dubrovnik, Klinička bolnica Split, Opća bolnica Slavonski Brod, Dom zdravlja Knin, Dom zdravlja Dubrovnik, Dom zdravlja Metković, Dom zdravlja Ploče, Dom zdravlja Rab, Dom zdravlja Cres, Dom Vinkovci, Dom zdravlja Drniš.

Završen je Projekt obnove i izgradnje zdravstvene infrastrukture u istočnoj Slavoniji koji je bio financiran iz kredita Vijeća Europe.

U okviru Projekta poboljšanja zdravstvene zaštite na hrvatskim otocima u suradnji s Ministarstvom obrane Republike Hrvatske i Ministarstvom unutarnjih poslova izgrađeni su i opremljeni heliodromi za hitne medicinske intervencije. Isto tako značajna su sredstva uložena u izgradnju i opremanje ambulanti na otocima.

Grafikon 22: Kapitalna ulaganja 1997-2002. godine prema planu i realizaciji



7.2. Decentralizacija

Na stanja u sustavu zdravstva do 2001. godine svakako je utjecala i zakonska promjena kojom je ukinut obračun amortizacije dugotrajne imovine u zdravstvenim ustanovama sukladno *Pravilniku o knjigovodstvu i računskom planu neprofitnih organizacija* (Narodne novine br. 20/94). Time je onemogućeno zdravstvenim ustanovama 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. Time su prvi puta nakon 1994. godine osigurana sredstva za amortizaciju dugotrajne imovine zdravstvenih ustanova.

Izmjenama i dopunama *Zakona o financiranju jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave* (Narodne novine br. 59/01) utvrđen je način i izvori sredstava za pokriće decentraliziranih troškova ustanova u oblasti 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 izravnanja – pozicije u Državnom proračunu RH osigurava se razlika nedostajućih sredstava za pokriće utvrđenih obveza.

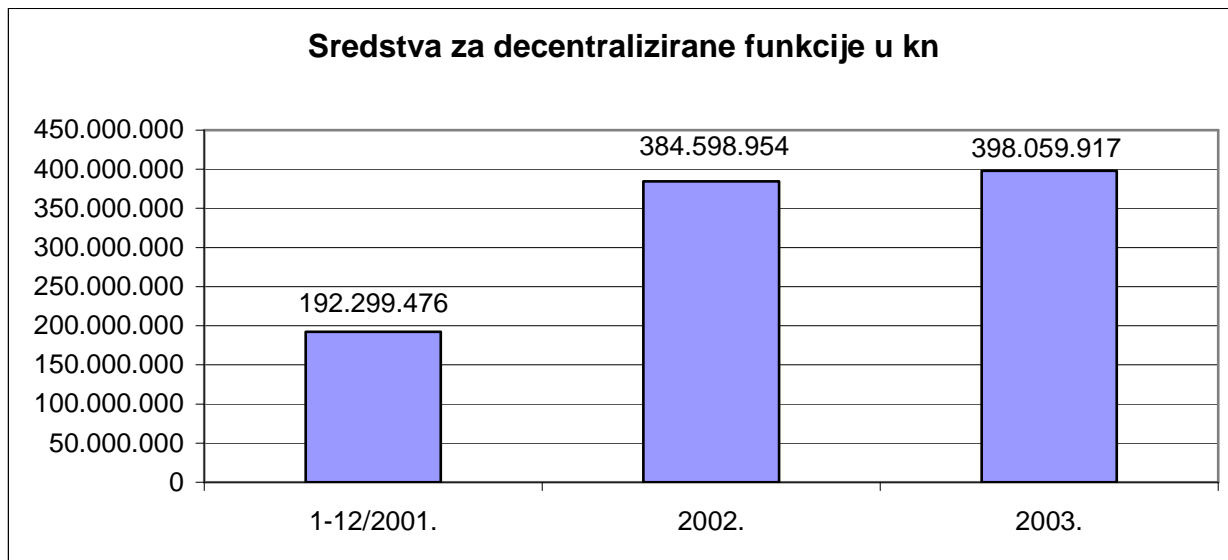
Odlukama o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2001. i 2002. godini omogućeno je korištenje odobrenih sredstava za investicijsko održavanje prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava zdravstvenih ustanova, a za 2003. godinu uz investicijsko održavanje predviđena je i mogućnost investicijskog ulaganja u prostor, medicinsku i nemedicinsku opremu i prijevozna sredstva zdravstvenih ustanova.

Iznosi sredstava za decentralizirane funkcije utvrđeni su u ukupnom iznosu na godišnjoj razini za svaku županiju, a same županije vrše raspored dodijeljenih sredstava između zdravstvenih ustanova na svom području uvažavajući svrhu i kriterije utvrđene Odlukom.

Realizacijom navedenih sredstava nastavlja se pozitivni trend saniranja posljedica nastalih višegodišnjim nepriznavanjem amortizacije u zdravstvu.

Prijedlogom novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti korištenje sredstava predviđeno je i za druge namjene.

Grafikon 23: Sredstva za decentralizirane funkcije 2001-2003. godine



8. Izvješće za područje lijekova

Ograničenje rasta zdravstvenih troškova nastoji se postići i novim načinom određivanja cijena lijekova što je uređeno izmjenama *Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima* u 2000. godini (Izmjene i dopune Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima *Narodne novine* broj 53/01) te izradom *Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko* (*Narodne novine* broj 84/01) kojim se uvodi utvrđivanje cijena lijekova po principu usporednih ili referentnih cijena.

Nadalje, Izmjenom i dopunom *Pravilnika o izmjenama i dopunama pravilnika o mjerilima za određivanje cijene lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko* (*Narodne novine* broj 124/97, 53/01 i 129/02) uvedene su po prvi puta i generičke cijene lijekova koje umanjuju troškove nabave lijekova za 5-10% čime su smanjeni troškovi zdravstvenog sustava.

U odnosu na raniju zakonsku regulativu, područje lijekova se u proteklih godinu dana definiralo kroz dva zakonska procesa koja su donijela krupne promjene u ovo područje te kroz nekoliko dodatnih mjera:

- prvi proces obuhvaćao je promjenu *Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima* i donošenje Pravilnika o mjerilima za usklađivanje cijena lijekova s Liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje;
- drugi proces je obuhvaćao promjene učešća osiguranih osoba za lijekove proizišle donošenjem novog Zakona o zdravstvenom osiguranju;

ostale mjere vezane su uz promjenu carine za lijekove i osnivanje posebnog fonda za bolničke lijekove.

Temeljem izmjena Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima (*Narodne novine* broj 53/01) cijene lijekova na veliko se umjesto natječaja određuju provedbenim propisom kojeg utvrđuje ministar zdravstva. Ministar zdravstva donio je Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko (u daljnjem tekstu: Pravilnik). Pravilnik je stupio na snagu osmog dana od objave (*Narodne novine* broj 84/01), odnosno 7. listopada 2001. godine.

Temeljem Pravilnika pravne osobe koje se bave proizvodnjom i prometom lijekova bile su obvezne odrediti cijene lijekova na veliko u odnosu na cijene u 5 drugih država: Slovenija, Italija, Francuska, Španjolska i Češka. Nakon izračuna usporednih cijena na veliko po metodologiji propisanoj Pravilnikom, cijene su usklađivane na način da su cijene ispod 70% mogle rasti, cijene između 70 i 95% nisu se mijenjale, a cijene iznad 95% morale su se sniziti.

Po okončanju cjelokupne procedure Zavod je sve nove cijene lijekova uvrstio u Listu lijekova Zavoda (*Narodne novine* broj 20/01). Od ukupno 1373 oblika raznih lijekova cijene su se povećale za 82

oblika (5,97%), utvrđene su iste cijene za 720 oblika (52,44%), a smanjene su cijene za 571 oblika (41,59%) raznih lijekova.

Za proceduru usklađivanja cijena temeljem Pravilnika propisano je ponovno postupanje nakon 6 mjeseci, što će dovesti do dodatnog snižavanja cijena pojedinih lijekova.

Pravilnikom je po prvi put definirana i veleprodajna marža za lijekove u iznosu od 8,5%.

Temeljem novoga Zakona o zdravstvenom osiguranju (*Narodne novine* broj 94/01 i 88/02) izmijenjen je način sudjelovanja i oslobađanja osiguranih osoba od plaćanja participacije za lijekove. Po ranijim propisima nitko nije bio oslobođen od plaćanja ("diferencirane") participacije za lijekove utvrđene u Listi lijekova Zavoda, dok su posebne kategorije osiguranih osoba bile oslobođene od plaćanja ("fiksne") participacije od 5 kuna po receptu. Po novom Zakonu o zdravstvenom osiguranju ne postoji participacija od 5 kuna po receptu, već samo participacija za pojedine lijekove iskazana u postotku od 10, 25 ili 50% od cijene lijeka. Po novom Zakonu od plaćanja te participacije oslobođene su sve kategorije osiguranih osoba navedene u članku 18. Zakona (npr. sva djeca do 18 godina, invalidi preko 80% invalidnosti, sve osigurane osobe ispod određenog imovinskog cenzusa određenog posebnim zakonom te dobrovoljni davatelji krvi s preko 35 davanja za muškarce i preko 25 davanja za žene).

Carina za lijekove je tijekom 2001. godine putem Uredbe o carinskoj tarifi za 2002. godinu (*Narodne novine* broj 113/01 godine) snižena s 9,6% na 4,3% za zemlje izvan Europske unije ili na 2,6% za zemlje Europske unije (dodatnih 40% niže po posebnom propisu).

Upravno vijeće Zavoda utvrdilo je poseban fond za bolničke lijekove koji se koriste u terapiji određenih specifičnih bolesti: AIDS, hemofilija, Morbus Gaucher, multipla skleroza, kronična mijeloična leukemija (Glivec), zlatni standard (paklitaksel i cisplatin) za liječenje raka jajnika te postupaka transplantacije srca, bubrega, jetre, pluća, koštane srži i rožnice.

Troškovi nastali liječenjem navedenih bolesti, odnosno postupaka, plaćaju se u iznosu 25% iz utvrđenih limita svake bolnice, a 75% iz sredstava posebnog fonda. Ovaj način plaćanja je u primjeni od 1. svibnja 2002. godine.

U tijeku su aktivnosti vezane uz usklađivanje zakonodavstva s područja lijekova s principima i standardima Europske unije. Cilj ovih aktivnosti je omogućavanje efikasnog tranzicijskog perioda do pridruživanja EU, stoga je započela izrada novog *Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima* i ostalih podzakonskih akata s područja zakonske regulative vezanih uz lijekove i medicinske proizvode. Uz navedeno, time se u tranzicijskom periodu omogućuje stvaranje neophodnih zakonskih pretpostavki za ustroj Državne agencije za lijekove Republike Hrvatske.

9. Informatizacija sustava zdravstva

Za planiranje informatizacije zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj u razmatranja su uzeta dva ključna strateška dokumenta: "Strategija i plan reforme i razvoja sustava zdravstva Republike Hrvatske" te "Informacijska i komunikacijska tehnologija - Hrvatska u 21. stoljeću". Oba su dokumenta predložena od strane Vlade Republike Hrvatske te usvojena od strane Sabora Republike Hrvatske.

U Strategiji i planu reforme i razvoja sustava zdravstva Republike Hrvatske kao jedan od vodećih problema naveden je nedostatak informacijske i suvremene komunikacijske potpore u praćenju poslovanja u zdravstvu, praćenju zdravstvenih statističkih pokazatelja i potpori u planiranju. Kao vodeće predloženo rješenje problema navodi se racionalizacija sustava prikupljanja zdravstvenih informacija na svim razinama i stvaranje strategije prilagodbe svih informacijskih sustava hrvatskoga zdravstva.

Strateški dokument "Informacijska i komunikacijska tehnologija - Hrvatska u 21. stoljeću" prihvaćen od strane Hrvatskog sabora 25. siječnja 2002. navodi da informacijska i komunikacijska infrastruktura pruža snažnu potporu prelasku zdravstva u sustav koji prvenstveno promovira zdravlje i sprečavanje bolesti. Pri tome se svim sudionicima zdravstvenih procesa omogućuje pristup mnoštvu relevantnih informacija te se postupno uvode elementi pružanja zdravstvenih usluga na daljinu. Stoga je izuzetno važno pokrenuti inovacije u ovom području koje je od životnog interesa za sve građane.

Objedinjavajući oba strateška dokumenta razvio se projektni zadatak Ministarstva zdravstva s ciljem informatiziranja zdravstvenog sustava u svim njegovim javnozdravstvenim segmentima: primarna zdravstvena zaštita, bolnički zdravstveni sustav, centralno financijsko praćenje sustava te komplementarni elementi i servisi.

9.1. Informatizacija primarne zdravstvene zaštite

Izrađena je opsežna natječajna dokumentacija za nadmetanje za nabavu Izvedbenog rješenja informatizacije sustava primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske izravnom pogodbom u pregovaračkom postupku - informacijskog sustava za primarnu zdravstvenu zaštitu i aplikacijskih rješenja za ordinacije primarne zdravstvene zaštite (za djelatnost obiteljske medicine, djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece i djelatnosti za zdravstvenu zaštitu žena). Ocjenjeni su zahtjevi za nadmetanje i izabrani sposobni ponuditelji koji su nakon poziva za dostavu ponuda, dostavili cjelovite ponude s rješenjima. U uži izbor ušla su 4 rješenja za sustav i 6 aplikacijskih rješenja za timove primarne zdravstvene zaštite. Stručno povjerenstvo za pripremu i provedbu postupka nabave Idejno izvedbenog rješenja informatizacije sustava primarne zdravstvene zaštite Republike

Hrvatske, izradilo je dokument i donijelo odluku o načinu, vremenu i mjestu uvođenja u pokusni rad - Tehničku procjenu Ponuditelja u postupku nabave. Logistika za otpočinjanje pokusnoga rada u završnoj je fazi.

Osnovni elementi plana:

- Procjena izvršenih aktivnosti 50%.
- Početak pokusnoga rada predviđa se za 01. ožujka.
- Rok dovršenja nabave 01. kolovoza.
- Implementacija se predviđa u razdoblju od 01. rujna do 31. prosinca 2003 godine.
- Start sustava u predviđa se za 01. siječnja 2004. godine.

9.2. Bolnički informatički sustav

Izrađena je natječajna dokumentacija za nadmetanje za nabavu Izvedbenog rješenja bolničkog informacijskog sustava Republike Hrvatske izravnom pogodbom u pregovaračkom postupku. Ocjenjeni su zahtjevi za nadmetanje i izabrani sposobni ponuditelji koji će nakon poziva za dostavu ponuda, dostavili cjelovite ponude s rješenjima. U užu izbor ušla su 4 rješenja koja će biti pilotirana u četiri bolnice. Stručno povjerenstvo za pripremu i provedbu postupka nabave Izvedbenog rješenja bolničkog informacijskog sustava izradilo je dokument i donijelo odluku o načinu, vremenu i mjestu uvođenja u pokusni rad - Tehničku procjenu Ponuditelja u postupku nabave. Logistika za otpočinjanje pokusnoga rada upravo je otpočela.

Osnovni elementi plana:

- Procjena izvršenih aktivnosti 40%.
- Početak pokusnoga rada predviđa se za 01. srpnja 2003. godine.
- Pokusni rad (minimum 6 mjeseci).
- Rok dovršenja nabave 01. siječnja 2004 godine.
- Implementacija za sve bolnice se predviđa u razdoblju od 01. siječnja 2004 godine do 31. prosinca 2006. godine.

Uspostava servisa centraliziranog obračuna plaća tijela državne uprave (COP TDU) za djelatnost zdravstva

Izrađen je projektni dokument FINE za uspostavu uspostave servisa centraliziranog obračuna plaća tijela državne uprave (COP TDU) za djelatnost zdravstva. Provedeni su preliminarni pregovori o cijeni i uvjetima nabave i korištenja. Dogovaraju se organizacijski i tehnički elementi i provodi zadnja faza pregovaranja.

Osnovni elementi plana:

- Procjena izvršenih aktivnosti 75%.
- Rok uključivanja prvih ustanova 01. srpnja 2003 godine.
- Implementacija za preostale ustanove uspostava cjelovitog sustava obračuna plaća u državnome zdravstvu predviđa se u razdoblju od 01. srpnja do 31. prosinca 2003. godine.

Ostali elementi i aktivnosti

Izrađen je projektni dokument za uspostavu nacionalnog javno-zdravstvenog informacijskog sustava (NJIS). NJIS treba povezivati informacije, projekte i aktivnosti Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), Škole narodnog zdravlja «Andrija Štampar» i te svih državnih i dugih sudionika u javno-zdravstvenim projektima i aktivnostima. Određeni su prioriteti i dinamika pokretanja pojedinih modula u sustavu.

Provedena su usuglašavanja s Projektom Svjetske banke i Projektom reforme zdravstvenoga sustava. Po preporukama Svjetske banke a i zbog spoznaje da pojedine zdravstvene ustanove nisu u mogućnosti oformiti informatičke odjele, donijeta je odluka o primjeni takozvanog ASP modela – uključivanju vanjskih partnera koji pružaju informatičke servise (tehnologije, ljudske resurse) podjednako svim korisnicima informatičkih rješenja u primarnoj i bolničkoj djelatnosti. U procesu je realizacija ugovora između Vlade RH i FINA-e po kojem bi FINA djelovala kao ASP pružatelj raznim vladinim ustanovama, uključujući i primarno i bolničko zdravstvo.

9.3. Telemedicina

Kvaliteta cjelokupnog zdravstvenog sustava ovisi i o dostupnosti i pravodobnosti zdravstvene zaštite u ruralnim područjima udaljenim od razvijenih medicinskih centara, gdje su ljudi posebice ugroženi. Uporabom suvremenih telemedicinskih sustava liječnici na zemljopisno udaljenim lokacijama ili pak unutar iste lokacije mogu izravno komunicirati s pacijentima i međusobno, dijeleći pritom važne medicinske podatke u bilo kojem obliku. Time se znatno podiže razina cjelokupne zdravstvene usluge koja postaje brža i učinkovitija uz dugoročno smanjenje troškova. Za Republiku Hrvatsku kao mediteransku državu usmjerenu na turizam, pravodobna i učinkovita zdravstvena zaštita važna je i kao preduvjet kvalitetne turističke ponude. Naša zemljopisna konfiguracija s brojnih otocima i ruralnim područjima zahtijeva pažljivo osmišljen i realiziran integrirani telemedicinski kardiološki sustav.

Telemedicinski uređaji iz ove skupine će objedinjavati većinu funkcija koje danas imaju pojedinačni profesionalni medicinski uređaji koji se koriste na odjelima za intenzivnu njegu pacijenta. Uređaji iz skupine mobilnih telemedicinskih sustava već nalaze u djelomičnoj primjeni. Još uvijek ne postoje

prihvaćeni ili definirani standardi za zapis dijagnostičkih podataka. Uvriježeno je da se za zapis digitaliziranih podataka EKG krivulje koristi format zapisa koji je definiralo američko sveučilište MIT.

Izrađen je idejno-izvedbeni projekt za instalaciju i edukaciju korisnika EKG uređaja s telemedicinskom opcijom za potrebe Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, u cijelosti.

Ministarstvo zdravstva je podržalo uvođenje svih telemedicinskih sustava (kompjuterizirana tomografija, otočka telemedicina, video-endoskopija) koji su zaživjeli u Hrvatskoj.

9.4. Uključivanje u računalnu komunikacijsku mrežu tijela državne uprave

Uspostava nacionalne informacijske infrastrukture jedan je od temeljnih nacionalnih i državnih potreba i interesa Republike Hrvatske.

Naručitelj Projekta RKM TDU je Ministarstvo znanosti i tehnologije, na poticaj Povjerenstva za internetizaciju Vlade Republike Hrvatske i u suradnji s Uredom za internetizaciju VRH.

U Ministarstvu zdravstva je u tijeku priprema za pridruživanje cjelokupnog zdravstvenog informacijskog sustava na jedinstvenu računalnu komunikacijsku mrežu tijela državne uprave radi unapređenja komunikacijskih i informacijskih tokova s konačnim ciljem povećanja efikasnosti i kvalitete cjelokupnog sustava zdravstva.

10. Osiguranje kvalitete i inspekcijski nadzor

10.1. Osiguranje kvalitete

Cilj reforme je uz strukturne promjene postići povećanje kvalitete zdravstvenih usluga i povećanje zadovoljstva bolesnika i građana sustavom zdravstva i kvalitetom zdravstvene zaštite.

Povjerenstvo za poboljšanje sustava kvalitete u zdravstvu izradilo je Standarde kvalitete za bolničku zdravstvenu zaštitu i kvalitete za dijagnostičke djelatnosti, Priručnik za akreditaciju bolnica te Nacrt Pravilnika za akreditaciju dijagnostičkih laboratorija.

U svim bolnicama i domovima zdravlja imenovani su pomoćnici ravnatelja za sustav kvalitete. U pružanju zdravstvene zaštite planira se uvesti uporaba kliničkih smjernica i kliničkih algoritama i osigurati mehanizme bržeg uvođenja novih znanstvenih spoznaja u postupke liječenja i prevencije.

10.2. Inspekcijski nadzor

Zdravstvena inspekcija Ministarstva zdravstva, ustrojena 01. lipnja 1995. godine, obavlja upravne, stručne te zdravstveno-inspekcijske poslove vezane za nadzor nad provođenjem zakona, drugih propisa i općih akata u djelatnosti zdravstva kao i nadzor nad stručnim radom zdravstvenih ustanova, zdravstvenih djelatnika te privatnih zdravstvenih djelatnika sukladno odredbi članka 145. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (*Narodne novine* broj 1/97 – pročišćeni tekst) i Zakonu o sustavu državne uprave (*Narodne novine* broj 75/93).

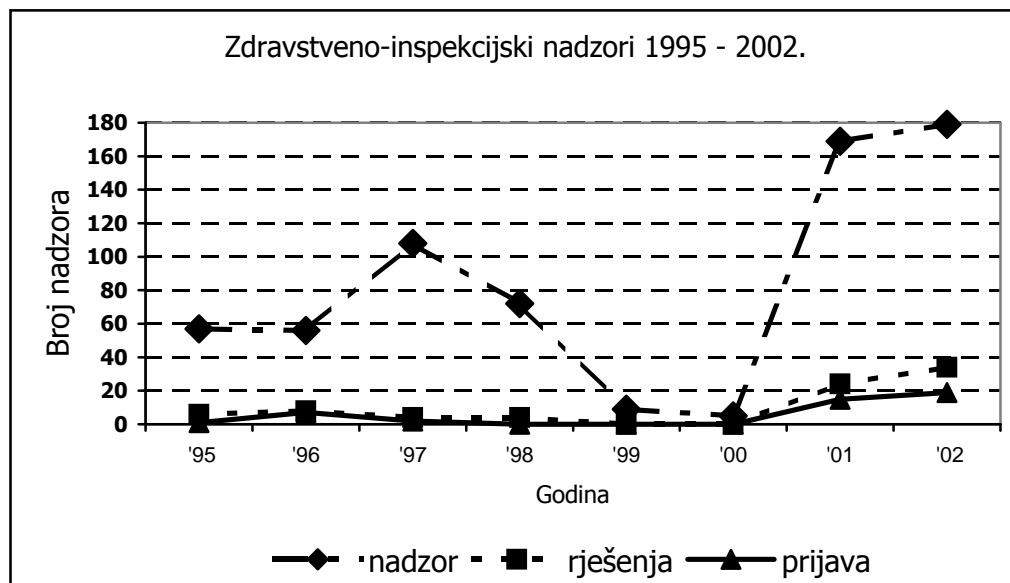
Poslove zdravstveno-inspekcijskog nadzora obavljaju državni zdravstveni inspektori u Odjelu zdravstvene inspekcije (načelnik i 3 zdravstvena inspektora). Ako je za njihovo obavljanje potrebna posebna stručnost, ministar zdravstva u skladu s odredbom članka 147. Zakona o zdravstvenoj zaštiti imenuje odgovarajuće poznate zdravstvene djelatnike ili zdravstvene ustanove da obave pojedine radnje u vezi sa zdravstveno-inspekcijskim poslovima. Tijekom 2002. godine formirano je 16 Stručnih povjerenstva za provedbu nadzora nad stručnim radom.

Zdravstveno-inspekcijski nadzori u većini zdravstvenih ustanova su ciljani, usmjereni na utvrđivanje određenog stanja ili događaja vezanog za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Prvenstveno su se odnosili na utvrđivanje načina organizacije rada, stanje kadrova, medicinsko-tehničke opremljenosti, vođenje medicinske dokumentacije i evidencije, odnosa prema bolesniku, uporabu dijagnostičkih i terapijskih postupaka kod određenog bolesnika.

U dijelu nadzora koji je obuhvatio zdravstvenu djelatnost u privatnoj praksi obavljani su cjeloviti nadzori tj. Utvrđivanje zakonitosti i stručnosti rada.

Tijekom 2002. godine obavljeno je 179 zdravstveno-inspekcijskih nadzora, od kojih 84 po predstavkama, 75 nadzora u smislu kontrola izvršenja rješenja temeljem izmjene čl. 105. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te 20 preventivnih.

Povodom predstavljanja građana, dojava i novinskih članaka, obavljeno je 35 nadzora na primarnoj razini zdravstvene zaštite, temeljem kojih je doneseno 7 rješenja i to 6 rješenja o uklanjanju nedostataka te jedno rješenje o zabrani rada stomatološkoj ordinaciji koja nema rješenje Ministarstva zdravstva.



Na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite obavljeno je 24 nadzora (Opće bolnice 4, Specijalna bolnica 1, Poliklinike 16, Zavod za javno zdravstvo 1, Ljekarnička ustanova 1). Doneseno je 16 rješenja, od kojih dva rješenja o uklanjanju nedostataka, 12 rješenja o zabrani rada zdravstvenim djelatnicima koji obavljaju zdravstvenu djelatnost suprotno zakonskim propisima, 1 rješenje o zabrani obavljanja ljekarničke djelatnosti bez rješenja Ministarstva zdravstva i 1 zabrana rada do uklanjanja nedostataka. U vezi reklamiranja privatnih ordinacija i privatnih poliklinika za pružanje usluga iz plastične, odnosno estetske kirurgije obavljeno je 6 nadzora.

Na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite obavljeno je 16 nadzora (Klinički bolnički centar 3, Kliničke bolnice 7, Klinike 4, Zavod za patologiju 1, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu 1).

U 2002. godini obavljeno je 15 preventivnih nadzora, u privatnim stomatološkim ordinacijama i privatnim poliklinikama, temeljem kojih je donijeto 4 rješenja (3 rješenja o uklanjanju nedostataka i 1 rješenje o zabrani rada).

Sukladno zakonskim propisima, tijekom 2002. godine nakon provedenih zdravstveno-inspekcijskih nadzora, koji su bili kompleksniji i višekratno obavljani u pojedinim zdravstvenim ustanovama, donijeto je 32 rješenja, od kojih 15 o uklanjanju nedostataka i 17 rješenja o zabrani rada te podneseno je 18 prekršajnih i 1 kaznena prijava.

U okviru novog Ustroja Ministarstva zdravstva priprema se osnivanje Uprave za zdravstvenu inspekciju i znatno povećanje broja zdravstvenih inspektora, kako na državnom, tako i na regionalnim nivoima.

11. Međunarodna suradnja i projekti

11.1. Projekt Svjetske banke

Program reforme zdravstva u okviru Projekta zdravstvenog financira se iz zajma Svjetske banke br. 45130 HR. Ugovor o zajmu potvrđen je 22. studenoga 1999. godine u Saboru, a zajam je postao efektivan 28. ožujka 2000. godine. Ugovoreno trajanje projekta je do 30. lipnja 2004. godine. Do 31. prosinca 2002. godine radi ostvarivanja projekta s računa zajma povučeno je 7.114.015,46 USD (protuvrijednost oko 57,5 milijuna kuna), a iz Državnog proračuna je 12.904.354,69 kuna (protuvrijednost oko 1,6 milijuna USD).

Misija Svjetske banke je prilikom procjene na prelasku u drugu polovicu ostvarivanja projekta kao glavna postignuća navela: dovršenje faze ocjene stanja u pilot projektu u Koprivničko-križevačkoj županiji; potporu nacionalnom programu zaštite srca i unapređenju sustava hitne medicinske pomoći; i uklanjanje farmaceutskog otpada.

Misija Svjetske banke zaključila je da su tijekom implementacije projekta, od njegovog početka, 27. siječnja 2000, postignute *značajne uštede u iznosu od 5, 100. 000 US\$, prvenstveno zahvaljujući kvalitetnom planiranju i vođenju* Projekta od strane Odjela za vođenje Projekta. Pri tome je opći napredak provedbe projekta, Misija ocijenila kao zadovoljavajući.

Nacionalni program zaštite srca

Kardiovaskularne bolesti, zahvaljujući konstantnom porastu pobola od njih u općoj populaciji zadnjih desetljeća, postale su vodeći javno-zdravstveni problem i najčešći uzrok smrti u Hrvatskoj.

Radi jačanja primarne prevencije bolesti srca uz pomoć donacije spotova Vlade Australije i u suradnji sa Školom narodnog zdravlja "Dr. Andrija Štampar" osmišljena je medijska kampanja promicanja nepušenja.

U suradnji sa stručnim društvima predložen je cjeloviti Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti koji je bio na javnoj raspravi i potom prihvaćen u okviru izvješća o provedbi projekata reforme na Vladu Republike Hrvatske u rujnu 2001. godine.

U sklopu jačanja sustava hitne medicinske pomoći 19. veljače 2002. godine instaliran je novi telekomunikacijski sustav Ustanove za hitnu medicinsku pomoć (UHMP) u Zagrebu.

Rad hitne medicinske pomoći značajno je unaprijeđen i uspostavom suvremenog sustava praćenja vozila hitne medicinske pomoći te računalne potpore organizacije dispečerskog centra.

U sklopu jačanja sekundarne prevencije srčanih bolesti nabavljena je medicinska oprema za odjele hitnog prijema u 22 opće bolnice u Republici Hrvatskoj. Oprema ukupne vrijednosti 0,6 milijuna USD isporučena je svim bolnicama tijekom rujna 2002. godine.

Nabavljena su dva laboratorija za invazivnu kardiologiju za potrebe kardioloških odjela u KB Dubrava i KBC Zagreb. Sklopljeni su ugovori za isporuku potrebnog potrošnog materijala za dijagnostičke laboratorije u količini dostatnoj za naredne tri godine.

Pilot projekt integracije zdravstvenih usluga u Koprivničko-križevačkoj županiji

Kao posljedica uspješne implementacije programa, potpisivanjem Sporazuma o suradnji između ministra zdravstva, Županije Koprivničko-križevačke, HZZO-a i Zavoda za javno zdravstvo u lipnju 2002. godine, odlučeno je da se sve funkcionalne i organizacijske promjene u sustavu zdravstva, predviđene ili u provedbi prema programu Pilot projekta u Koprivničko-križevačkoj županiji istovremeno implementiraju na nacionalnoj razini ili s odgodom od samo šest mjeseci. Ukupno je usuglašeno čak 167 organizacijskih, kliničkih ili financijskih promjena.

U Općoj bolnici "Dr. Tomislav Bardek" uveden je novi sustav kontrole i indikatora kvalitete pružanja zdravstvenih usluga s ciljem izgradnje sustava upravljanja kvalitetom kako bi se postiglo stalno poboljšanje kvalitete i smanjile greške uzrokovane ljudskom pogreškom.

U Općoj bolnici "Dr. Tomislav Bardek" provedeno je uvođenje novih, racionalnijih standarda za broj kreveta i osoblja potrebnog za efikasno pružanje bolničke njege/njege unutar bolničkih odjela, sukladno tekućem zakonskom programu definiranja standarda.

Velika ulaganja usmjerena su u profesionalnu edukaciju zdravstvenih djelatnika u županiji, s ciljem olakšavanja reformi naročito zbog uvođenja novih usluga, tj. dnevne kirurgije, mentalnog zdravlja, palijativne njege i dr.

Uklanjanje farmaceutskih materijala

Tijekom Domovinskog rata Republici Hrvatskoj donirana je velika količina farmaceutskih materijala koji se pretvorio u potencijalnu prijetnju zdravlju ljudi i okoliša.

Pružanje tehničkih usluga za uklanjanje farmaceutskog otpada ostvareno je putem ugovora s domaćim tvrtkama: APO d.o.o. za sortiranje, prikupljanje i transport farmaceutskog otpada. Ugovor je uspješno okončan u studenom 2001. godine; ukupno je sortirano, prikupljeno i transportirano ukupno 1.328,82 tona farmaceutskog otpada, a oko 393 tone ostalog otpada zbrinuto je na odgovarajućim deponijima.

11.2. Suradnja sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom

Realizirano je sudjelovanje hrvatskih stručnjaka na sljedećim konferencijama, sastancima, radionicama i slično u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije: "*WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe* u Varšavi (Poljska) od 18-19. veljace 2002, "*3rd Meeting of the Working Group of the CCEE-Baltic States Communicable Disease Network (CCEE-CDN)*" u Kopenhagenu (Danska) od 4-5. travnja 2002, "*Ministerial Conference on Health and Disability*" u Trstu (Italija), travnja 2002, "*WHO meeting for countries of S.E. Europe on Mental Health and Man-made Disasters*" u Ateni (Grčka) od 7-8. lipnja 2002, "*19th Annual Meeting of CINDI Programme Directors*", Nicosia, Cipar, 7-8. lipnja 2002, "*2nd Meeting of CCEE-Baltic States CD Network*", Portorož, Slovenija, 20-22. lipnja 2002, "*WHO Phase III (1998 - 2002) Healthy Cities Network Business Meeting & Evaluation Day*", Rijeka 25 – 28. rujna 2002, "*Chronic disease prevention programme*", Austrija od 7-12. listopada 2002, "*11th Annual Meeting of EuroPharm Forum*", Kopenhagen (Danska), 3-5. listopada 2002., "*WHO Consultative Meeting on the Framework Convention on Tobacco Control*", Kopenhagen, Danska, 23-24. rujna 2002., "*Meeting on Primary Care, Family Medicine/General Practice: Definition and Link to Other Levels of Care*", Barcelona (Španjolska), 1-2. studenog 2002, "*Programmes for addiction prevention and organization of preventive services, treatment and rehabilitation of addicts*", održanom u Tesliću (Bosna i Hercegovina), 9-10. prosinca 2002, "*Fifth European Meeting of National Counterparts for the WHO European Mental Health Programme*", Bukurešt (Rumunjska), 4-6. travnja 2002, "*Global Principles for the containment of anti-microbial resistance survey, providing data on the surveillance of resistance and the area of antibiotics in food*", "*Global Environmental Monitoring System/Food Contamination Monitoring and Assessment Programme (GEMS/Food-EURO)*", "*SEE Health Network 4th Meeting of SEE Health Network*" - 26-28. svibnja 2002, Hillerod (Danska), "*Enhancing Social Cohesion by Strengthening Community Based Mental Health Services in SEE - 1st Inaugural Steering Committee Meeting*", 9. lipnja 2002, Atena (Grčka), "*Inter-country meeting for surveillance of infectious disease*" Tirana (Albanija), kolovoz 2002, "*Inter-country meeting on vaccine procurement for selected countries of Central and Eastern Europe*" Kopenhagenu, Danska, 3-4. rujna 2002, "*CEEC and NIS National Health Accounts Conference for Policymakers*", 1-2. listopada 2002, Sofija (Bugarska), "*1st Technical Workshop of SEE Nutrition and Food Safety Project*", Beograd, 12-13. studeni 2002, "*The 5th Meeting of the Stability Pact*" u Beogradu, studeni 2002, "*WHO EURO organized Training in Second Generation HIV Surveillance for Selected Countries in the European Region*", Zagreb 14-18. studeni 2002, "*Infectious Diseases Surveillance in the Countries of the Dubrovnik Pledge*" od 21-23. studenog 2002 u Bukureštu (Rumunjska), "*6th Regional meeting of the Initiative for Social Cohesion*", Tesaloniki (Grčka), prosinac 2002, "*4th Meeting of the Working Group of the CCEE/Baltic States Communicable Disease Network*", Kopenhagen (Danska), 16-17. prosinca 2002. i još mnogim drugima.

Hrvatska surađuje i u projektima Pakta o stabilnosti: "*Stability Pact- PHI South East Europe Health Development Action*".

"The Third Workshop on Intersectoral Development of National Food and Nutrition Action Plans in South East Europe", kao i Internacionalna konferencija o mediteranskoj prehrani održani su na Brijunima, Hrvatska 12-15 rujna 2002.

12. Prijedlozi zakonskih promjena

Nadalje, tijekom 2002. g. u operacionalizaciji provedbe reforme sustava zdravstva pripremljen je paket zakonskih prijedloga i to: *Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o liječništvu, Zakon o stomatološkoj djelatnosti, Zakon o ljekarništvu, Zakon o medicinsko – biokemijskoj djelatnosti, Zakon o sestrinstvu, Zakon o pravima bolesnika i Zakon o prevenciji bolesti i promicanju zdravlja.*

Nacrt prijedloga Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o liječništvu, Zakon o stomatološkoj djelatnosti, Zakon o medicinsko – biokemijskoj djelatnosti i Zakon o sestrinstvu u proceduru su upućeni tijekom mjeseca veljače 2003. godine, dok će ostali nacrti prijedloga zakona biti upućeni u proceduru tijekom mjeseca ožujka 2003. godine.

Radi zaštite zdravlja građana Republike Hrvatske, također u 2002. g., izrađen je novi tekst *Zakona o zaštiti od buke* koji je usvojen u siječnju 2003. godine (*Narodne novine* broj 20/2003) Izmjene i dopune *Zakona o zdravstvenoj ispravnosti namirnica i predmeta opće uporabe* upućene su u saborsku proceduru tijekom mjeseca studenog 2002. godine. Nadalje, pripremljene su i izmjene i dopune *Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti.*

Donošenjem *Uredbe o unutarnjem ustrojstvu Ministarstva zdravstva* (*Narodne novine* br. 34/2000) definirana je strukturno-funkcionalna organizacija Ministarstva zdravstva. Početni napori Ministarstva bila su usredotočeni na definiranje pojedinih reformskih ciljeva i projekata ekspertnih radnih grupa. Rezultati njihovog rada transparentno su objavljeni na web-stranicama Ministarstva zdravstva. Tijekom prvog kvartala 2003. godine izradit će se nova sistematizacija Ministarstva zdravstva koja će omogućiti kvalitetno provođenje planiranih aktivnosti, bolju povezanost s tijelima državne uprave i institucijama u sustavu zdravstva s ciljem djelotvornog upravljanja i planiranja sustavom zdravstva.