

Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava

**7. Izvješće Republike Hrvatske
za razdoblje od 01. siječnja 2008. do 31. prosinca 2011. godine o poduzetim
mjerama za ostvarivanje usvojenih odredbi Europske socijalne povelje
(članak 11., 13. i 14.)**

(PRIJEDLOG - RADNA VERZIJA)

Lipanj 2013.

IZVJEŠĆE O PRIMJENI EUROPSKE SOCIJALNE POVELJE

Izvješće koje podnosi Republika Hrvatska temeljem članka 21. Europske socijalne povelje, o mjerama koje se poduzimaju u svrhu primjene prihvaćenih odredaba Europske socijalne povelje čija je isprava o ratifikaciji ili odobrenju položena 26. veljače 2003. godine, obuhvaća razdoblje od 01. siječnja 2008. do 31. prosinca 2011. godine i odnosi se na članke 1. i 9. Povelje te članka 1. Protokola. Svi pojmovi koji se koriste u ovom izvješću, a koji imaju rodni značaj, obuhvaćaju na jednak način muški i ženski rod.

U skladu sa člankom 23. Povelje, primjerci ovog izvješća dostavljeni su:

- *Savezu samostalnih sindikata Hrvatske,*
- *Nezavisnim hrvatskim sindikatima,*
- *Hrvatskoj udruzi sindikata,*
- *Matici hrvatskih sindikata,*
- *Udruzi radničkih sindikata Hrvatske,*
- *Hrvatskoj udruzi poslodavaca.*

SADRŽAJ

1. Zakonodavstvo Republike Hrvatske vezano za provedbu članka 11. Europske socijalne povelje	4
2. Članak 11. - PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU	7
2.1. Stavak 1. - UKLANJANJE UZROKA SLABOGA ZDRAVLJA	
2.2. Stavak 2. – SLUŽBE SAVJETOVANJA I OBRAZOVANJA	89
2.3. Stavak 3. - PREVENCIJA BOLESTI	104
3. Zakonodavstvo Republike Hrvatske vezano za provedbu članka 13. Europske socijalne povelje	156
4. Članak 13. - PRAVO NA SOCIJALNU I MEDICINSKU POMOĆ	157
4.1. Stavak 1. - ODGOVARAJUĆA POMOĆ ZA SVAKU OSOBU U POTREBI	163
4.2. Stavak 2. - PRAVO NA SOCIJALNU I MEDICINSKU POMOĆ	174
4.3. Stavak 3. – MOGUĆNOST DOBIVANJA SAVJETA I OSOBNE POMOĆI	176
4.4. Stavak 4. – PRAVO NA HITNU MEDICINSKU POMOĆ DRŽAVLJANA DRUGIH UGOVORNIH STRANAKA	179
5. Članak 14. - PRAVO KORIŠTENJA USLUGA SOCIJALNIH SLUŽBI	180
6.1. Stavak 1. - PROMICANJE ILI ORGANIZIRANJE SOCIJALNIH SLUŽBI	180

1. Zakonodavstvo Republike Hrvatske obzirom na članak 11. Europske socijalne povelje

Pravo na zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj regulirano je Ustavom Republike Hrvatske te zakonskim i podzakonskim aktima. Člankom 56. Ustava propisano je da se svakome jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. Ustavne odredbe vezane za članak 11. Europske socijalne povelje koje su predmet ovog izvješća, nisu se mijenjale tijekom izvještajnog razdoblja. Od prošlog Izvješća doneseni su i izmijenjeni sljedeći propisi:

Zakoni:

1. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08);
2. Izmjene i dopune zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 94/09, 153/09, 71/10, 139/10 i 49/11);
3. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ br. 150/08 i 71/10);
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 150/08);
5. Izmjene i dopune zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 155/09, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11 i 70/12);
6. Zakon o medicinskoj oplodnji („Narodne novine“, br. 88/09);
7. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o medicinskoj oplodnji („Narodne novine“, br. 137/09, 124/11 i 86/12);
8. Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti („Narodne novine“, br. 113/08 i 43/09);
9. Dopuna zakona o liječništvu („Narodne novine“, br. 117/08);
10. Izmjene i dopune zakona o lijekovima („Narodne novine“, br. 45/09 i 124/11);
11. Zakon o medicinskim proizvodima („Narodne novine“, br. 67/08 i);
12. Izmjene i dopune zakona o medicinskim proizvodima („Narodne novine“, br. 124/11);
13. Izmjene i dopune zakona o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja („Narodne novine“, br. 45/09);
14. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti na radu („Narodne novine“, br. 86/08 i 75/09);
15. Zakon o osobnom identifikacijskom broju („Narodne novine“, br. 60/08);
16. Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda („Narodne novine“, br. 125/08);
17. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda („Narodne novine“, br. 119/09);
18. Zakon o izmjenama i dopuni Zakona o suzbijanju zlorabe opojnih droga („Narodne novine“, br. 149/09 i 84/11);
19. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o službenoj statistici („Narodne novine“, br. 59/12);
20. Zakon o zaštiti osobnih podataka (Pročišćeni tekst) („Narodne novine“, br. 106/12)
21. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu („Narodne novine“, br. 67/08.);
22. Zakon o prestanku važenja Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu („Narodne novine“, br. 139/10.)

Pravilnici:

1. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 67/09, 116/09, 04/10, 13/10, 88/10, 131/10, 01/11, 16/11, 87/11 i 137/11);
2. Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 45/08);
3. Pravilnik o izmjeni Pravilnika o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 33/08, 91/09, 04/10, 69/10, 01/11 i 48/11);
4. Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući („Narodne novine“, br. 64/08, 91/09 i 118/09);
5. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala („Narodne novine“, br. 17/09, 23/09, 53/09, 116/09, 04/10, 88/10, 110/10, 113/10, 01/11, 16/11 i 87/11);
6. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu („Narodne novine“, br. 50/09, 118/09, 04/10, 13/10, 14/10, 01/11, 16/11, 31/11, 93/11 i 145/11);
7. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe („Narodne novine“, br. 88/10, 01/11, 16/11 i 87/11);
8. Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept („Narodne novine“, br. 82/10);
9. Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 79/11);
10. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti („Narodne novine“, br. 01/11 i 153/11);
11. Pravilnik o načinu i postupku izbora doktora specijaliste medicine rada („Narodne novine“, br. 48/11);
12. Pravilnik o sanitetskom prijevozu („Narodne novine“, br. 123/09);
13. Pravilnik o načinu pregleda umrlih te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti („Narodne novine“, br. 46/11);
14. Pravilnik o obrascu potvrde o smrti („Narodne novine“, br. 46/11).
15. Pravilnik o provedbi Zakona o evidencijama u području zdravstva za primarnu i specijalističko - konzilijarnu zdravstvenu zaštitu („Narodne novine“, br. 4/95).
16. Pravilnik o provedbi Zakona o evidencijama u području zdravstva za područje stacionarne zdravstvene zaštite i praćenje bolesti ovisnosti („Narodne novine“, br. 44/00).
17. Pravilnik o kategorizaciji medicinsko - tehničke opreme zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, br. 12/12).

Ostali provedbeni propisi:

1. Izmjena plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 156/08);
2. Mreža javne zdravstvene službe („Narodne novine“, br. 98/09, 14/10, 81/10, 64/11, 103/11, 110/11 i 141/11);

3. Odluka o dopuni Odluke o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 16/08, 33/08, 68/08, 90/08 i 134/08);
4. Odluka o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 27/09, 91/09, 97/09, 101/09 i 113/09, 69/10, 83/10, 131/10, 01/11, 54/11, 59/11 i 61/11);
5. Odluka o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 69/10);
6. Ispravak Odluke o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje 83/10);
7. Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 131/10, 01/11, 54/11 i 59/11);
8. Odluka o izmjeni Odluke o utvrđivanju popisa posebno skupih lijekova utvrđenih Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 64/08, 90/08, 116/08, 02/09, 27/09, 59/09, 91/09, 113/09, 69/10, 131/10, 54/11 i 93/11);
9. Odluka o sadržaju i obliku isprave kojom se dokazuje status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“, br. 91/09, 113/09, , 140/09, 04/10, 43/10 i 29/11);
10. Odluka o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti s osnovama za sklapanje ugovora („Narodne novine“, br. 01/11, 06/11, 31/11, 78/11 i 153/11);
11. Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 50/10, 88/10 i 06/11);
12. Uredba o izmjeni Zakona o hrani („Narodne novine“, br. 1 55/08);
13. Provedbeni program cijepljenja za tekuću godinu (2008.-2010).

2. Članak 11. - PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Radi osiguranja učinkovitog ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, ugovorne stranke se obvezuju poduzeti, bilo izravno bilo u suradnji s javnim ili privatnim organizacijama, odgovarajuće mjere prvenstveno usmjerene na to da:

- 1. uklone, koliko je to moguće, uzroke slaboga zdravlja;*
- 2. osiguraju službe savjetovanja i obrazovanja radi poboljšanja zdravlja i razvoja osobne odgovornosti za zdravlje;*
- 3. spriječe, koliko je to moguće, epidemijske, endemijske i druge bolesti.*

2.1. Stavak 1. - UKLANJANJE UZROKA SLABOGA ZDRAVLJA

Osiguranje općeg pristupa zdravstvenoj skrbi

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 150/08., 155/09., 71/10., 139/10., 22/11., i 84/11.) uređena su načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

Organiziranjem zdravstvene zaštite treba osigurati načela:

- sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite, uključivanjem svih stanovnika u provedbu odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite;
- kontinuiranosti zdravstvene zaštite, ukupnom organizacijom provođenja zdravstvene djelatnosti, stanovnicima kroz sve životne dobi;
- dostupnosti zdravstvene zaštite, rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika, koji će omogućiti stanovnicima podjednake uvjete zdravstvene zaštite, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te specijaliziranoga pristupa organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi;
- specijaliziranog pristupa organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.

Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Plan zdravstvene zaštite, uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i nadležnih komora donosi ministar.

Planom zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, u cilju provođenja zdravstvene zaštite u jedinstvenom sustavu zdravstvene djelatnosti Republike Hrvatske, određuju se:

- zadaće i ciljevi zdravstvene zaštite;
- prioritetna razvojna područja;

- zdravstvene potrebe stanovništva od posebnoga interesa za Republiku Hrvatsku;
- specifične potrebe i mogućnosti ostvarivanja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima;
- nositelji zadaća i rokovi za ostvarivanje Plana;
- osnove razvoja zdravstvene djelatnosti po razinama uključujući izobrazbu i usavršavanje kadrova te osnove razvoja sustava zdravstvene zaštite;
- mjerila za određivanje mreže javne zdravstvene službe uvažavajući dostupnost zdravstvene zaštite po područjima.

Provedbu ovog Plana, primjenom mjera utvrđenih Planom i programom mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćene su mjere primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, koje osiguravaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstveni radnici na način i pod uvjetima propisanim zakonom, u cilju:

- zaštite i unapređenja zdravlja stanovništva u cjelini;
- povećanja očekivanoga trajanja života i smanjenja smrtnosti;
- povećanja broja godina života bez bolesti i/ili invalidnosti;
- osiguravanja najviše moguće razine fizičkoga i psihičkoga zdravlja uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalne sposobnosti.

Mjere zdravstvene zaštite provode se na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje na prijedlog državnih zdravstvenih zavoda donosi ministar sukladno po prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora. Pod mjerama zdravstvene zaštite podrazumijeva se skup aktivnosti, odnosno preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih medicinskih postupaka u provođenju pojedinih razina zdravstvene zaštite usmjerenih postizanju određenog cilja.

Mjere za ostvarivanje zdravstvene zaštite osiguranih osoba

Pravo osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na zdravstvenu zaštitu osigurava se provedbom mjera zdravstvene zaštite, koje se utvrđuju na temelju plana i programa mjera zdravstvene zaštite koje donosi ministar nadležan za zdravlje na prijedlog Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, a sukladno osiguranim financijskim sredstvima te raspoloživim zdravstvenim kapacitetima.

Mjere zdravstvene zaštite su:

1. zaštita od ekoloških čimbenika štetnih za zdravlje uključujući sve mjere za očuvanje, unapređenje, praćenje i poboljšanje zdravstvenih i higijenskih uvjeta za život i rad čovjeka,
2. provođenje zdravstvenog odgoja, prosvjećivanje i promicanje zdravlja s ciljem unapređenja duševne i tjelesne sposobnosti osoba,
3. otkrivanje i otklanjanje uzroka bolesti, odnosno sprečavanje i suzbijanje bolesti te ozljeda i njihovih posljedica,
4. mjere i aktivnosti za sprečavanje, pravodobno otkrivanje i suzbijanje zaraznih i kroničnih masovnih bolesti,
5. mjere zdravstvene zaštite u vezi s radom i radnim okolišem (specifična zdravstvena zaštita radnika),
6. liječenje i rehabilitacija oboljelih, tjelesno i duševno oštećenih i ozlijeđenih osoba te osoba s invaliditetom,
7. posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina života,
8. palijativna skrb za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće,

9. osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zdravstvene zaštite djece i mladeži,
10. osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom,
11. opskrba lijekovima i medicinskim proizvodima za zdravstvenu zaštitu,
12. pregledi umrlih“

Strateški ciljevi provedbe Plana i programa mjera zdravstvene zaštite jesu:

- provođenjem programa promicanja zdravlja povećati razinu zdravlja stanovništva u cjelini uz smanjenje prevalencije čimbenika rizika za zdravlje;
- smanjiti pobol, smrtnost i invalidnost od bolesti, ozljeda i stanja na koja se može djelovati preventivnim mjerama i učinkovitom zdravstvenom skrbi;
- osobitu pozornost posvetiti zdravstvenom stanju i mjerama unapređenja zdravlja populacijskih skupina pod povećanim rizikom.

Sukladno analizi zdravstvenog stanja stanovništva osnovni ciljevi provedbe Plana i program mjera zdravstvene zaštite jesu:

- unapređenje zdravlja stanovništva u cjelini;
- povećanje očekivanog trajanja života i smanjenje smrtnosti;
- povećanje broja godina života bez bolesti i/ili invalidnosti;
- osiguranje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja uz brigu za poboljšanje kvalitete života očuvanjem zdravlja i funkcionalnog kapaciteta.

Na temelju mjerila određenih Planom zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, utvrđuje se mreža javne zdravstvene službe za primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene djelatnosti, te za razinu zdravstvenih zavoda.

Mrežu javne zdravstvene službe uz prethodno pribavljanje mišljenje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te nadležnih komora donosi ministar.

Mrežom ugovornih subjekata medicine rada određuje se potreban broj zdravstvenih ustanova te specijalista medicine rada u privatnoj praksi.

Mrežu ugovornih subjekata medicine rada sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj. 150/08.) donosi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu, uz suglasnost ministra, a stupanjem na snagu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj. 71/10.) mrežu ugovornih subjekata medicine rada uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu i nadležnih komora donosi ministar.

Stupanjem na snagu Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 139/10..) mrežu ugovornih subjekata medicine rada uz prethodno pribavljeno mišljenje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i nadležnih komora donosi ministar.

Mrežu telemedicinskih centara na prijedlog Hrvatskog zavoda za telemedicinu donosi ministar, a Mrežu hitne medicine na prijedlog Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu donosi ministar.

Mreža javne zdravstvene službe određuje se za područje Republike Hrvatske odnosno jedinice lokalne samouprave potreban broj zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava te privatnih zdravstvenih radnika odnosno potreban broj timova primarne zdravstvene djelatnosti,

medicinskih sestara, broj timova specijalističko-konzilijarne zdravstvene djelatnosti i specijalističke dijagnostike po djelatnostima, potreban broj fizioterapeuta, potreban broj postelja po djelatnostima i po vrstama bolničkih zdravstvenih ustanova, te potreban broj postelja po stacionarima domova zdravlja.

Mjerila za određivanje Mreže su: ukupan broj stanovnika Republike Hrvatske, ukupan broj osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, demografske karakteristike stanovnika, zdravstveno stanje stanovništva, socijalna struktura stanovnika, gravitirajući broj stanovnika, karakteristike pojedinih područja, raspoloživost zdravstvenim resursima, utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva i gospodarske mogućnosti.

Prema odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju uspostavljena je mreža Županijskih zavoda za javno zdravstvo s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo kao koordinacijskom i krovnom institucijom. Javno-zdravstvenu djelatnost u Republici Hrvatskoj obavljaju Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Zavodi za javno zdravstvo županija, odnosno Grada Zagreba s pripadajućim higijensko-epidemiološkim ispostavama za područje jedne ili više općina, s time da Hrvatski zavod za javno zdravstvo koordinira i stručno nadzire rad mreže zavoda.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), jest zdravstvena ustanova za obavljanje djelatnosti epidemiologije karantenskih i drugih zaraznih bolesti te kroničnih masovnih nezaraznih bolesti, javnog zdravstva, zdravstvenog prosvjećivanja s promicanjem zdravlja i prevencije bolesti, zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine, mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti.

HZJZ jest zdravstvena ustanova za obavljanje javnozdravstvene djelatnosti, a između ostalih obavlja slijedeće poslove prevencije:

- planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva;
- zdravstveno-odgojnim i drugim aktivnostima te promicanjem zdravlja čuva i unapređuje zdravlje stanovništva;
- planira, predlaže, koordinira i prati specifičnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te na visokim učilištima;
- prati i analizira epidemiološko stanje, predlaže, organizira i provodi preventivne i protuepidemijske mjere;
- planira, nadzire i evaluira provođenje obveznih imunizacija;
- provodi zdravstveni odgoj i prosvjećivanje stanovništva o bolestima ovisnosti;
- prikuplja podatke i evidencije iz područja bolesti ovisnosti (uključujući duhan, alkohol i psihoaktivne droge);
- planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unaprjeđenje mentalnog zdravlja stanovništva;
- oblikuje i predlaže programe te provodi istraživanja iz područja zaštite mentalnog zdravlja i psihijatrijske zaštite u svrhu praćenja, analize i ocjene mentalnog zdravlja stanovništva.

Zavod za javno zdravstvo jedinice područne (regionalne) samouprave (Županijski Zavodi (njih 20) i Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba) obavljaju između ostalih i slijedeće poslove:

- provodi specifičnu preventivnu zdravstvenu zaštitu djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te fakultetima na svom području;

- prikuplja, kontrolira i analizira statistička izvješća iz područja zdravstva uključujući bolesti ovisnosti, na razini jedinica područne (regionalne) samouprave za potrebe Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo;
- kontinuirano provodi mjere higijensko-epidemiološke zaštite s epidemiološkom analizom stanja na svom području i po potrebi provodi protuepidemijske mjere te nadzire provođenje obveznih imunizacija.

Pravo na zdravstvenu zaštitu - pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Pravo na zdravstvenu zaštitu je, pored prava na novčane naknade, pravo iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a regulirano je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08). Obveznim zdravstvenim osiguranjem osiguravaju se svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, na način i pod uvjetima utvrđenim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju. U okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika te dijagnostičke postupke kod sumnje na profesionalnu bolest sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br.150/08) i posebnim zakonima.

Na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj, te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drugačije određeno. Stranci kojima je u Republici Hrvatskoj odobren privremeni boravak, a kojima zdravstvena zaštita nije osigurana po drugoj osnovi, po proteku tri mjeseca od dana priznavanja statusa, obvezni su se osigurati na zdravstveno osiguranje prema odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Azilant i stranac pod supsidijarnom zaštitom ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu u istom opsegu kao i osiguranik obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. Troškovi zdravstvene zaštite ovih osoba isplaćuju se iz državnog proračuna s pozicije ministarstva nadležnog za poslove zdravstva (članak 44. Zakona o azilu, „Narodne novine“ br. 79/07 i 88/10).

Prijava na obvezno zdravstveno osiguranje - uvjet za korištenje zdravstvene zaštite na teret sredstava HZZO-a

Osigurana osoba HZZO-a ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava HZZO-a na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje čime stječe status osigurane osobe HZZO-a, u skladu s odredbama Pravilnika o načinu prijavljivanja i odjavljivanja, te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju i izmjenama i dopunama navedenog pravilnika („Narodne novine“, br. 31/07, 56/07, 96/07, 130/07, 33/08, 91/09, 04/10, 69/10, 01/11 i 48/11). Status osigurane osobe utvrđuje područni ured HZZO-a, a na osnovi prijave na obvezno zdravstveno osiguranje koju područnom uredu HZZO-a podnosi pravna ili fizička osoba u roku od osam dana od dana nastanka ili promjene okolnosti na osnovi kojih se stječe status osigurane osobe HZZO-a. Prijava se podnosi bilo kojem područnom uredu HZZO-a, a status osigurane osobe HZZO-a se utvrđuje prema područnom

uredu HZZO-a na području kojega osoba za koju je podnesena prijava na obvezno zdravstveno osiguranje ima utvrđeno prebivalište, a za stranca odobren stalni boravak, odnosno privremeni boravak.

Broj i struktura osiguranih osoba HZZO-a u periodu 01.01. 2008. do 31.12. 2011. god.

2008. godina

U razdoblju od siječanja do prosinaca 2008. godine, prema podacima iz evidencije osiguranih osoba HZZO-a evidentirano je prosječno 4.365.225 osoba, što je 0,10% odnosno 4.217 osoba više u odnosu na isto razdoblje 2007. godine. Aktivnih osiguranika je evidentirano 1.582.261, što je za 2,24% više u odnosu na prethodnu godinu. U apsolutnom iznosu to je 34.738 zaposlenika više, što upućuje na zaključak da raste broj osoba koje uplaćuje doprinose, a smanjuje se broj nezaposlenih.

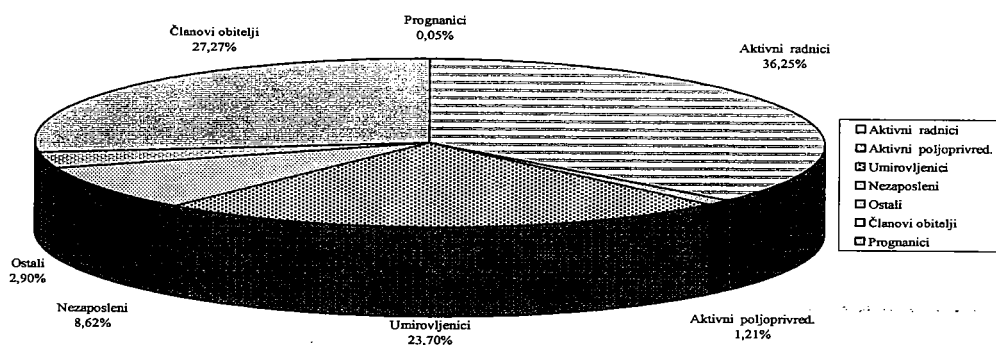
Isto tako, od 1.582.261 aktivnih osiguranika, 712.416 osoba ili 45,03% čine žene, a 869.845 osoba čine muškarci. Evidentirano je 1.034.635 umirovljenika, što je za 10.732 osobe ili za 1,05% više, dok je broj ostalih kategorija osiguranika uglavnom smanjen u odnosu na 2007. godinu, što se vidi u slijedećem pregledu (Tablica 1. i Grafikon 1.).

Tablica 1. Osigurane osobe

	Prosječan broj		Indeks	Učešće u %	
	I-XII. 2007.	I-XII. 2008.	2008./2007.	I-XII. 2007.	I-XII. 2008.
- aktivni radnici	1.547.523	1.582.261	102,24	35,49	36,25
- aktivni poljoprivrednici	57.906	52.685	90,98	1,33	1,21
- umirovljenici	1.023.903	1.034.635	101,05	23,48	23,70
- nezaposleni	388.286	376.447	96,95	8,90	8,62
- ostali	133.186	126.560	95,03	3,05	2,90
- članovi obitelji	1.207.595	1.190.489	98,58	27,69	27,27
- prognanici	2.609	2.148	82,33	0,06	0,05
Ukupno:	4.361.008	4.365.225	100,10	100,00	100,00

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 1. Osigurane osobe



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

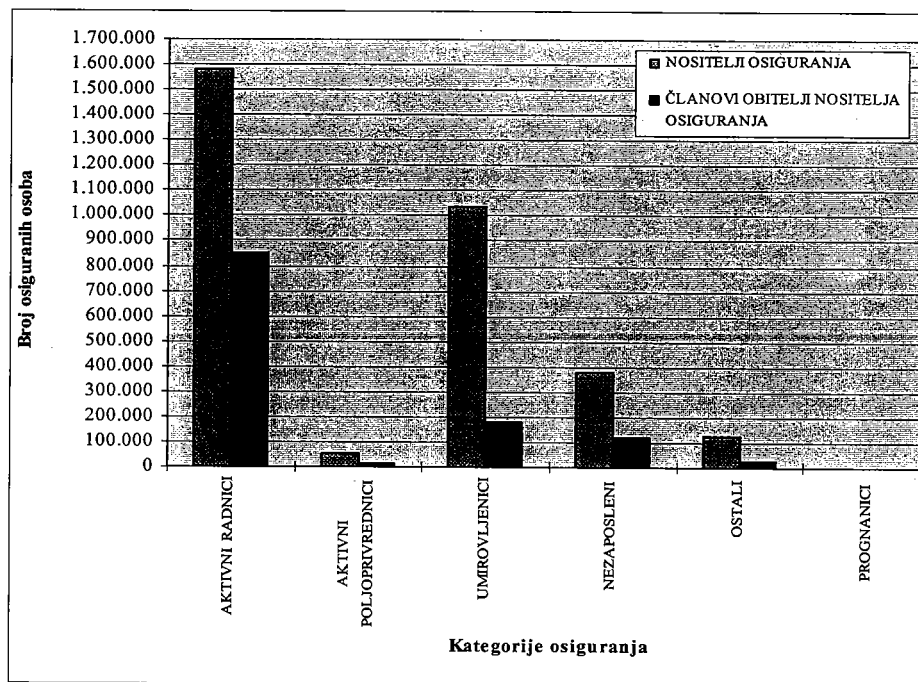
U strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 36,25%, umirovljenici 23,70%, nezaposleni 8,62%, članovi obitelji 27,27%, a svi ostali (poljoprivrednici, ostali, prognanici) čine 4,16%. Ostale osiguranike čine osobe nesposobne za samostalan život i rad, a nemaju sredstava za uzdržavanje; hrvatski branitelji iz Domovinskog rata, ako nisu osigurani po drugoj osnovi; korisnici inozemnih mirovina koji žive u Republici Hrvatskoj, a zdravstvenu zaštitu koriste na teret inozemnog osiguranja; osobe kojima je priznato svojstvo ratnog vojnog ili civilnog invalida i drugi. Iz strukture osiguranika je vidljivo da članovi obitelji čine 27,27% osiguranika, što znači da uz nositelje osiguranja od 3.174.736 osoba, evidentirano je i 1.190.489 članova obitelji. Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom vidljiv je u slijedećem pregledu (Tablica 2. i Grafikon 2.).

Tablica 2. Osigurane osobe

	Prosječan broj 2008. god.		
	Nositelji osiguranja	Članovi obitelji nositelja osiguranja	% članova u odnosu na nositelje
- aktivni radnici	1.582.261	849.038	53,66
- aktivni poljoprivrednici	52.685	16.398	31,12
- umirovljenici	1.034.635	177.858	17,19
- nezaposleni	376.447	120.595	32,04
- ostali	126.560	26.600	21,02
- prognanici	2.148	-	-
Ukupno:	3.174.736	1.190.489	37,50

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 2. Osigurane osobe



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

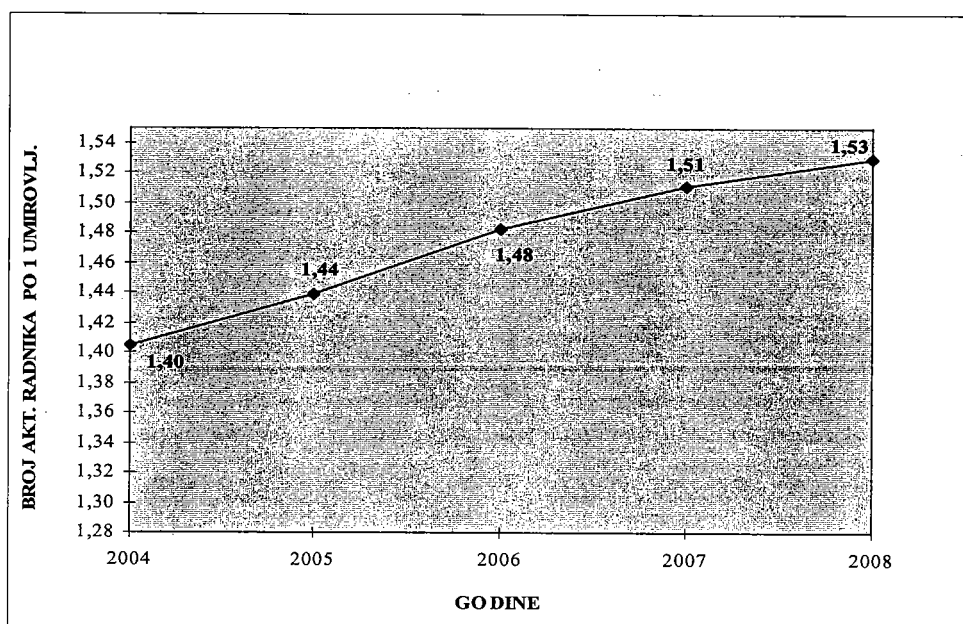
Tako uz 1.582.261 aktivna osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo je i 849.038 članova obitelji, što je 53,66% aktivnih osiguranika. Uz 1.034.635 umirovljenika, evidentirano je i 177.858 članova obitelji, a uz 376.447 nezaposlenih nosioca osiguranja dolazi još 120.595 članova njihovih obitelji. Nadalje, promatramo li odnos aktivnih radnika i umirovljenika nekoliko godina unatrag, možemo zaključiti da je odnos tih kategorija iz godine u godinu povoljniji. U 2004. godini na jednog umirovljenika dolazilo je 1,40 radnika, a u 2008. godini na jednog umirovljenika dolazi 1,53 radnika (Tablica 3. i Grafikon 3.).

Tablica 3. Odnos aktivnih radnika i umirovljenika za razdoblje 2004.-2008. god.

Godina	Aktivni radnici	Umirovljenici	Broj aktivnih radnika po 1 umirovljeniku
2004.	1.412.445	1.005.342	1,40
2005.	1.450.057	1.007.865	1,44
2006.	1.505.547	1.015.823	1,48
2007.	1.547.523	1.023.903	1,51
2008.	1.582.261	1.034.635	1,53

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 3. Odnos aktivnih radnika i umirovljenika za razdoblje 2004.-2008. god.



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

2009. godina

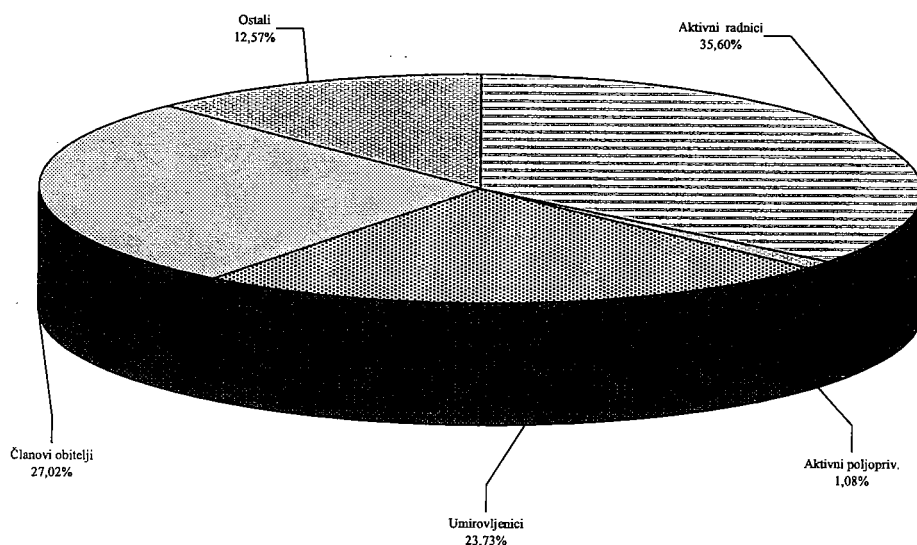
U razdoblju od siječnja do prosinca 2009. godine, u HZZO-u evidentirano je prosječno 4.343.476 osoba, što je 0,50% ili 21.749 osoba manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.365.225 osiguranika. Aktivnih osiguranika je evidentirano 1.546.484, što je za 2,26% ili za 35.777 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj - prosinac 2008. godine (u 2008. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.582.261). Od 1.546.484 aktivnih osiguranika, 699.947 osoba ili 45,26% čine žene, a 846.537 osoba čine muškarci. Nadalje, evidentirano je 1.030.736 umirovljenika, što je manje za 3.899 osoba ili za 0,38% u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.034.635 umirovljenika. Ostale kategorije osiguranika (koje čine nezaposleni, INO osiguranici - umirovljenici, učenici srednjih škola i studenti koji nisu osigurani kao članovi obitelji, osobe nesposobne za samostalan život i rad i drugo) povećani su za 8,03%, što se vidi u slijedećem pregledu (Tablica 4. i Grafikon 4.).

Tablica 4. Osigurane osobe

Osiguranici	Prosječan broj		Indeks 2009. / 2008.	Učešće %	
	I.-XII. 2008.	I.-XII.2009.		2008.	2009.
- aktivni radnici	1.582.261	1.546.484	97,74	36,25	35,60
-aktivni poljoprivrednici	52.685	46.732	88,70	1,21	1,08
- umirovljenici	1.034.635	1.030.736	99,62	23,70	23,73
- članovi obitelji	1.190.489	1.173.818	98,60	27,27	27,02
- ostali	505.155	545.706	108,03	11,57	12,57
Ukupno:	4.365.225	4.343.476	99,50	100,00	100,00

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 4. Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika Republike Hrvatske za I - XII 2009. godine



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

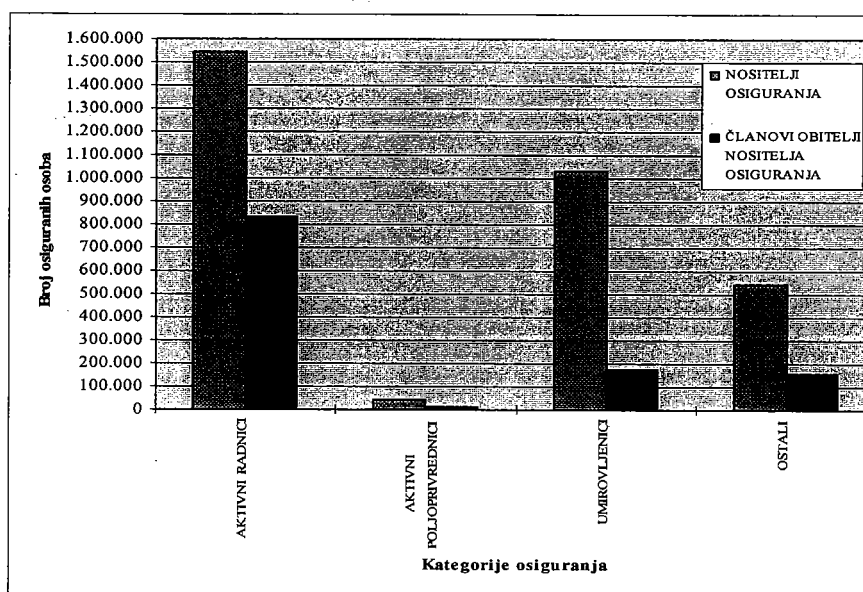
U strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 35,60%, umirovljenici 23,73%, poljoprivrednici 1,08%, članovi obitelji 27,02%, te ostali osiguranici 12,57% od ukupnog broja osiguranih osoba. Od prosječnog broja osiguranika 4.343.476 osoba, nositelji osiguranja čine 72,98% ili 3.169.658 osoba, dok članovi obitelji čine 27,02% ili 1.173.818 osoba. Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom vidljiv je u slijedećem pregledu (Tablica 5. i Grafikon 5.).

Tablica 5. Pregled nositelja osiguranja sa članovima obitelji po kategorijama

	Prosječan broj - 2009. godina		
	Nositelji osiguranja	Članovi obitelji nositelja osiguranja	% članova obitelji u odnosu na nositelje
- aktivni radnici	1.546.484	833.818	53,92
- aktivni poljoprivrednici	46.732	14.064	30,10
- umirovljenici	1.030.736	172.293	16,72
- ostali	545.706	153.643	28,15
Ukupno:	3.169.658	1.173.818	37,03

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 5. Pregled nositelja osiguranja sa članovima obitelji po kategorijama



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

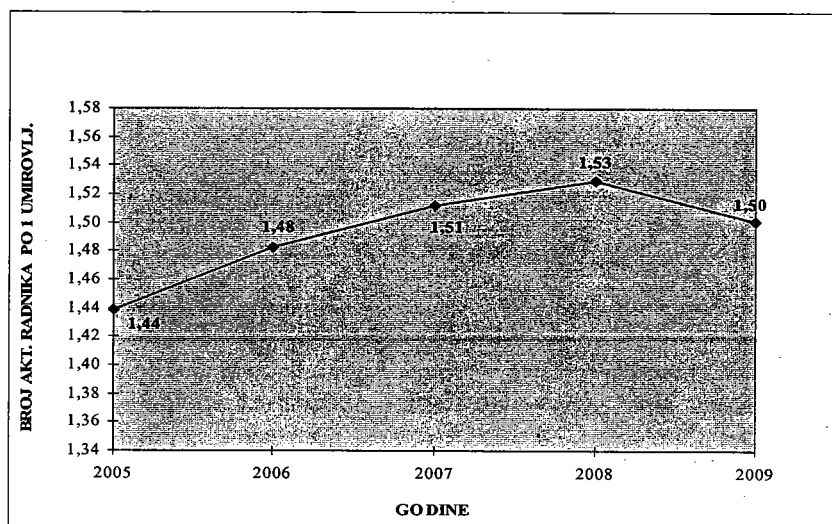
Kao što je vidljivo iz prethodne tablice, uz 1.546.484 aktivnih osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo je i 833.818 članova obitelji, što je 53,92% aktivnih osiguranika. Uz 1.030.736 umirovljenika, evidentirano je 172.293 članova njihovih obitelji. Nadalje, promatramo li odnos aktivnih osiguranika - radnika i umirovljenika nekoliko godina unatrag, može se zaključiti da je odnos tih kategorija povoljniji (Tablica 6. i Grafikon 6.). Tako je u 2005. godini na jednog umirovljenika dolazilo 1,44 radnika a u 2009. godini, na jednog umirovljenika dolazi 1,50 radnika.

Tablica 6. Odnos aktivnih radnika i umirovljenika za razdoblje 2005.- 2009. god.

Godina	Aktivni radnici	Umirovljenici	Broj aktivnih radnika po 1 umirovljeniku
2005.	1.450.057	1.007.865	1,44
2006.	1.505.547	1.015.823	1,48
2007.	1.547.523	1.023.903	1,51
2008.	1.582.261	1.034.635	1,53
2009.	1.546.484	1.030.736	1,50

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 6. Odnos aktivnih radnika i umirovljenika za razdoblje 2005.- 2009. god.



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

2010. godina

U razdoblju od siječanja do prosinaca 2010. godine, u HZZO-u evidentirano je prosječno 4.348.014 osoba, što je 0,10% ili 4.538 osoba više u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.343.476 osiguranika. Aktivnih osiguranika je evidentirano 1.493.148, što je za 3,45% ili za 53.336 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj-prosinac 2009. godine (u 2009. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.546.484). Od 1.493.148 aktivnih osiguranika, 684.778 osoba ili 45,86% čine žene, a 808.370 osoba čine muškarci. Nadalje, evidentirano je 1.037.643 umirovljenika, što je više za 6.907 osoba ili za 0,67% u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.030.736 umirovljenika. Broj poljoprivrednika je smanjen za 13,02% i u promatranom razdoblju je prosječno evidentirano 40.647 poljoprivrednika, a u istom razdoblju prethodne godine bilo je 46.732 poljoprivrednika.

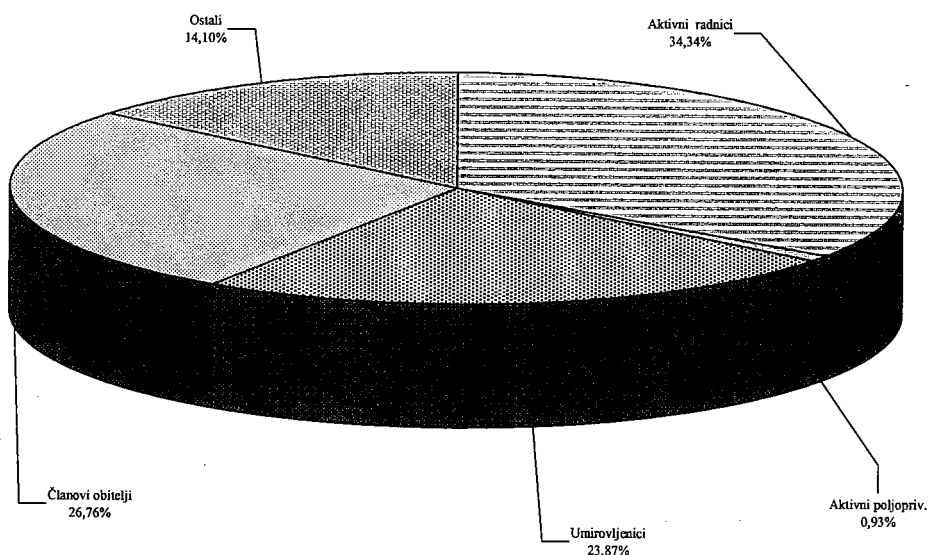
Ostale kategorije osiguranika (koje čine nezaposleni, INO osiguranici - umirovljenici, učenici srednjih škola i studenti koji nisu osigurani kao članovi obitelji, osobe nesposobne za samostalan život i rad i drugo) povećane su za 12,31%, što se vidi u slijedećem pregledu (Tablica 7. i Grafikon 7.):

Tablica 7. Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika Republike Hrvatske za I. - XII. 2010. godine

Osiguranici	Prosječan broj		Indeks 2010. / 2009.	Učešće %	
	I.-XII. 2009.	I.-XII.2010.		2009.	2010.
- aktivni radnici	1.546.484	1.493.148	96,55	35,60	34,34
-aktivni poljoprivrednici	46.732	40.647	86,98	1,08	0,93
- umirovljenici	1.030.736	1.037.643	100,67	23,73	23,87
- članovi obitelji	1.173.818	1.163.716	99,14	27,02	26,76
- ostali	545.706	612.860	112,31	12,57	14,10
Ukupno:	4.343.476	4.348.014	100,10	100,00	100,00

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 7. Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika Republike Hrvatske za I. - XII. 2010. godine



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

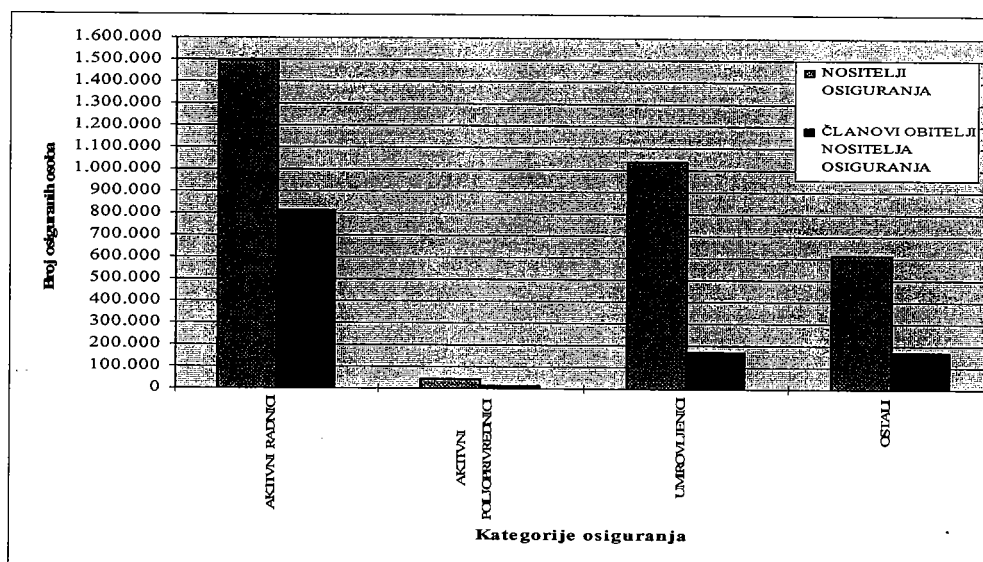
U strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 34,34%, umirovljenici 23,87%, poljoprivrednici 0,93%, članovi obitelji 26,76%, te ostali osiguranici 14,10% od ukupnog broja osiguranih osoba. Od prosječnog broja osiguranika 4.348.014 osoba, nositelji osiguranja čine 73,24% ili 3.184.298 osoba, dok članovi obitelji čine 26,76% ili 1.163.716 osoba. Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom vidljiv je u slijedećem pregledu (Tablica 8. i Grafikon 8.).

Tablica 8. Pregled nositelja osiguranja sa članovima obitelji po kategorijama

	Prosječan broj - 2010. godina		
	Nositelji osiguranja	Članovi obitelji nositelja osiguranja	% članova obitelji u odnosu na nositelje
- aktivni radnici	1.493.148	811.772	54,37
- aktivni poljoprivrednici	40.647	12.086	29,73
- umirovljenici	1.037.643	169.309	16,32
- ostali	612.860	170.549	27,83
Ukupno Rep. Hrvatska:	3.184.298	1.163.716	36,55

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 8. Pregled nositelja osiguranja sa članovima obitelji po kategorijama



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Kao što je vidljivo iz prethodne tablice, uz 1.493.148 aktivnih osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo je i 811.772 članova obitelji, što je 54,37% aktivnih osiguranika. Uz 1.037.643 umirovljenika, evidentirano je 169.309 članova njihovih obitelji.

2011. godina

U razdoblju od siječanja do prosinaca 2011. godine, u HZZO-u evidentirano je prosječno 4.362.595 osoba, što je 0,34% ili 14.581 osoba više u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.348.014 osiguranih osoba. Prosječan broj aktivnih osiguranika je 1.485.324, što je za 0,52% ili za 7.824 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj-prosinac 2010. godine (u 2010. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.493.148). Od 1.485.324 aktivnih osiguranika, 684.609 osoba ili 46,09% čine žene, a 800.715 osoba čine muškarci.

Nadalje, evidentirano je 1.050.460 umirovljenika, što je više za 12.817 osoba ili za 1,24% u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.037.643 umirovljenika.

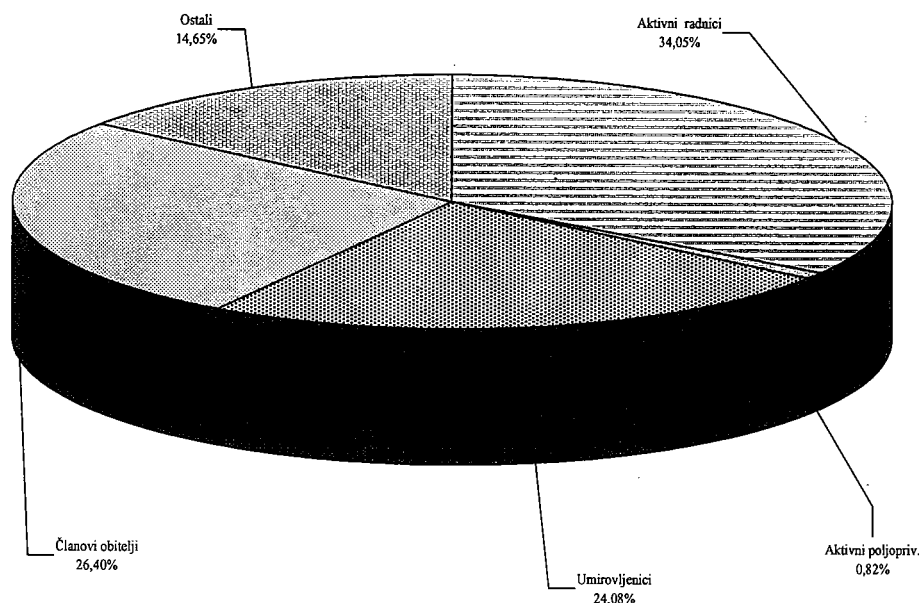
Broj poljoprivrednika je smanjen za 11,73% i u promatranom razdoblju je prosječno evidentirano 35.878 poljoprivrednika, a u istom razdoblju prethodne godine bilo je 40.647 poljoprivrednika. Ostale kategorije osiguranika (koje čine nezaposleni, INO osiguranici - umirovljenici, učenici srednjih škola i studenti koji nisu osigurani kao članovi obitelji, osobe nesposobne za samostalan život i rad i drugo) povećane su za 4,29%, što se vidi u slijedećem pregledu (Tablica 9. i Grafikon 9.).

Tablica 9. Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika Republike Hrvatske za I - XII. 2011. godine

Osiguranici	Prosječan broj		Indeks 2011. / 2010.	Učešće %	
	I.-XII. 2010.	I.-XII.2011.		2010.	2011.
- aktivni radnici	1.493.148	1.485.324	99,48	34,34	34,05
-aktivni poljoprivrednici	40.647	35.878	88,27	0,93	0,82
- umirovljenici	1.037.643	1.050.460	101,24	23,87	24,08
- članovi obitelji	1.163.716	1.151.770	98,97	26,76	26,40
- ostali	612.860	639.163	104,29	14,10	14,65
Ukupno Rep. Hrvatska:	4.348.014	4.362.595	100,34	100,00	100,00

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 9. Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika Republike Hrvatske za I - XII. 2011. godine



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

U strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 34,05%, umirovljenici 24,08%, poljoprivrednici 0,82%, članovi obitelji 26,40%, te ostali osiguranici 14,65% od ukupnog broja osiguranih osoba. Od prosječnog broja osiguranika 4.362.595 osoba, nositelji osiguranja čine 73,60% ili 3.210.825 osoba, dok članovi obitelji čine 26,40% ili 1.151.770 osoba.

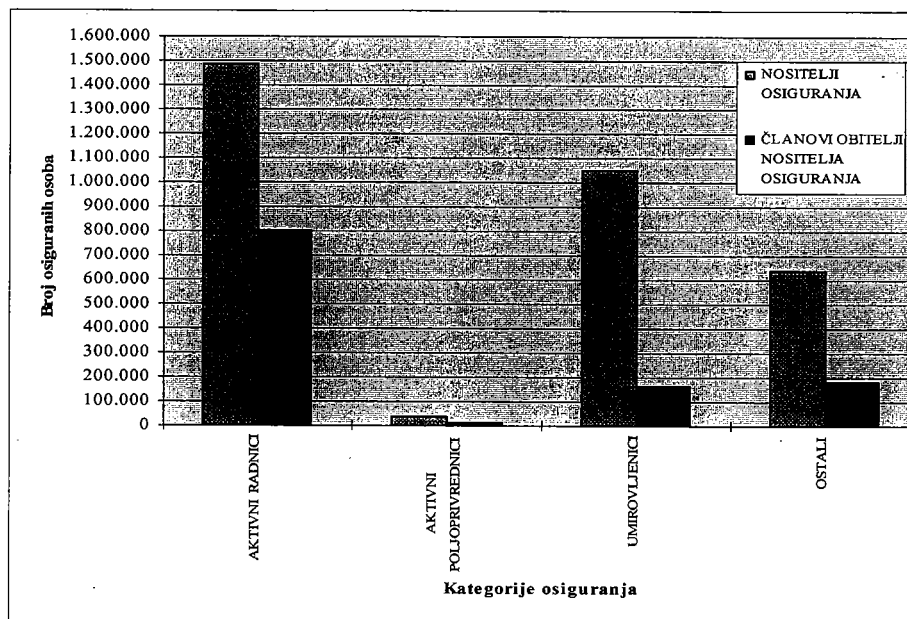
Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom vidljiv je u slijedećem pregledu (Tablica 10. i Grafikon 10.).

Tablica 10. Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom

	Prosječan broj 2011.godine		
	nositelji osiguranja	članovi obitelji nositelja osiguranja	% članova obitelji u odnosu na nositelje
- aktivni radnici	1.485.324	797.919	53,72
- aktivni poljoprivrednici	35.878	10.381	28,93
- umirovljenici	1.050.460	164.443	15,65
- ostali	639.163	179.027	28,01
Ukupno:	3.210.825	1.151.770	35,87

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Grafikon 10. Odnos nositelja osiguranja sa pripadajućim članovima obitelji i strukturom



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tako je uz 1.485.324 aktivnih osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo je i 797.919 članova obitelji, što je 53,72% aktivnih osiguranika. Uz 1.050.460 umirovljenika, evidentirano je 164.443 članova njihovih obitelji.

PRAVO NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Način ostvarivanja prava

Kao što je već ranije navedeno osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na način i pod uvjetima propisanim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, posebnim propisima, međudržavnim ugovorima i općim aktima HZZO-a, na području Republike Hrvatske u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika s kojima je HZZO sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite (koji su ugovorni subjekti HZZO-a), te kod pravnih ili fizičkih osoba koje imaju odobrenje za proizvodnju, odnosno promet na malo ortopedskim i drugim pomagalicama u skladu s posebnim propisima, a s kojima je HZZO sklopio ugovor o isporuci ortopedskih i drugih pomagala osiguranim osobama u skladu s posebnim propisima (ugovorni isporučitelji pomagala). Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu osigurana osoba HZZO-a ostvaruje pod uvjetima u opsegu i na način propisan općim aktom HZZO-a. Prilikom korištenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osigurana osoba obvezna je sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od određenog postotka proračunske osnovice, neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja na koje se osigurala kod HZZO-a ili osiguravatelja u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Pritom, prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju te izmjenama i dopunama navedenog zakona („Narodne novine“ br. 150/08 i 71/10), dobrovoljno zdravstveno osiguranje jest dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.

Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava, pokriva troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. **Dodatnim zdravstvenim osiguranjem** osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. **Privatnim zdravstvenim osiguranjem** osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje nisu obvezne osigurati se sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi društvo za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja, te isto ne može započeti obavljati poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra nadležnog za zdravlje (ministra zdravlja).

Iznimno od posljednje navedenog, dopunsko zdravstveno osiguranje provodi i HZZO, u okviru čega sredstva dopunskog i sredstva obveznog zdravstvenog osiguranja vodi odvojeno. Pritom, dopunsko zdravstveno osiguranje ustanovljuje se ugovorom o dopunskom zdravstvenom osiguranju između ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja, odnosno HZZO-a. Ugovarateljem dopunskog zdravstvenog osiguranja smatra se osiguranik, odnosno pravna ili fizička osoba, tijelo državne vlasti ili drugo tijelo koje je za osiguranika sklopilo ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju i koje se obvezalo na uplatu premije osiguranja. Osiguranik, odnosno fizička osoba koja je sklopila, ili za koju je, na temelju njezine suglasnosti, sklopljen ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, može biti samo ona osoba koja ima utvrđen status osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Pritom, gubitkom statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju prestaje i status osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju. HZZO općim aktom određuje cijenu premije za dopunsko zdravstveno osiguranje s obzirom na opsege pokrića iz ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, prihodovnog cenzusa osiguranika i statusa osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Pritom se, za određene kategorije osiguranika, sredstva za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi HZZO osiguravaju u državnom proračunu. S tim u vezi, radi se o sljedećim osiguranicima (Tablica 11., str. 23):

1. osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100% oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima, osobe kod kojih je utvrđeno više vrsta oštećenja, te osobe s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem ili psihičkom bolešću zbog kojih ne mogu samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi;
2. osigurane osobe darivatelji dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja;
3. osigurane osobe dobrovoljni darivatelji krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno 25 davanja (žene);
4. osigurane osobe redoviti učenici i studenti stariji od 18 godina;
5. osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos od 45,59% proračunske osnovice (prihodovni cenzus). Pod spomenutim prihodom smatraju se svi primici koje obitelj ostvari na ime dohotka od nesamostalnog rada, dohotka ili dobiti od samostalne djelatnosti, primitaka od kojih se utvrđuje drugi dohodak imovine i imovinskih prava, kapitala, osiguranja, te svi drugi primici ostvareni prema posebnim propisima. Ukoliko se radi o osiguraniku samcu, njegov prihod u prethodnoj kalendarskoj godini ne bi smio biti veći od 58,31% proračunske osnovice.

No, pritom naglašavamo da se navedeni obuhvat osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja uspostavio tek drugom izmjenom Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koja je stupila na snagu 18. lipnja 2010. godine. Do tada, su se sredstva za premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguravala u državnom proračunu, pored gore navedenih, i za sljedeće osigurane osobe:

- razne kategorije nezaposlenih osoba s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj, a koje su prijavljene u evidenciju nezaposlenih osoba Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (kao npr. osobe koje su se prijavile u evidenciju Hrvatskog zavoda za zapošljavanje nakon završetka, te prekida redovitog školovanja, prestanka radnog odnosa, hrvatski branitelji iz Domovinskog rata i dr.);
- osigurane osobe kojima je priznat status hrvatskoga ratnoga vojnog invalida prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, kao i za osigurane osobe kojima je priznato svojstvo ratnoga vojnog invalida, mirnodopskoga vojnog invalida i civilnog invalida rata prema Zakonu o zaštiti vojnih i civilnih invalida rata osigurava Republika Hrvatska;
- osigurane osobe s invaliditetom i druge osobe kojima se priznaje pravo na pomoć i njegu u obavljanju većine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima, kojima je priznato pravo na osobnu invalidninu prema posebnim propisima, koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju ili prema drugim posebnim propisima, te ostale osobe s invaliditetom s tjelesnim ili intelektualnim oštećenjem;
- osigurane osobe - hrvatske branitelje iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30%.

Navedena promjena u kategorijama osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja, za koje se sredstva za premiju dopunskog osiguranja osiguravaju u državnom proračunu, poduzeta je sukladno temeljenim ciljevima i načelima Programa gospodarskog oporavka Republike Hrvatske. Dodatno zdravstveno osiguranje, odnosno uvjeti i način njegova provođenja propisani su Pravilnikom o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja te izmjenama i dopuni navedenog pravilnika („Narodne novine“, br. 112/06 i 131/06). Osiguranik sklapanjem ugovora o dodatnom osiguranju s društvom za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela za obavljanje poslova osiguranja sukladno Zakonu o osiguranju, a kako je već spomenuto, osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Pritom dodatno osiguranje za viši standard u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaća:

1. zdravstvene usluge iznad standarda zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u pojedinim djelatnostima na razini primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite;
2. korištenje većeg broja zdravstvenih usluga u odnosu na broj zdravstvenih usluga utvrđenih opsegom prava na zdravstvenu zaštitu te utvrđenim standardima i normativima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja;
3. mogućnost biranja doktora medicine, doktora stomatologije, odnosno doktora medicine specijalista u zdravstvenim ustanovama na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti sukladno sklopljenom ugovoru između osiguravatelja i zdravstvene ustanove;
4. boravak člana obitelji ili skrbnika s osiguranikom u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi;
5. korištenje pomagala i nadomjestaka izvan standarda obveznog zdravstvenog osiguranja.

Također, dodatno osiguranje za veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaća:

1. pokriće troškova zdravstvenih usluga koje se ne osiguravaju na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja;
2. isplatu novčanih naknada iznad iznosa utvrđenih u okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i to:
 - naknade plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite;
 - novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja;
 - naknade troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja;
 - novčane naknade za vrijeme privremene spriječenosti za rad nakon isteka roka utvrđenog Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Tablica 11. Prikaz sklopljenih polica dopunskog osiguranja po kategorijama osiguranih osoba

R.br.	Opis	2011.g.	2012.g. (procjena)
1.	Ukupan broj sklopljenih polica dopunskog osiguranja	2.481.767	2.500.000
	(Iznos ostvarenih – procijenjenih sredstava)	1.912.704.000	2.000.000.000
2.	Ukupno osiguranih osoba na dan 31.12.2011. godini	4.362.595	-
3.	Ukupan broj osiguranih osoba koje ostvaruju pravo na dopunsko zdravstveno osiguranje na teret državnog proračuna	943.638	900.000
	(Iznos ostvarenih – procijenjenih sredstava)	555.000.000	555.000.000
4.	Na dan 31.12.2011. važeći broj polica dopunskog zdravstvenog osiguranja	2.352.114	2.500.000
	(Iznos ostvarenih – procijenjenih sredstava)	1.912.704.000	2.000.000.000
5.	Na dan 31.12.2011. važeći broj polica dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret državnog proračuna	906.572	900.000
	(Iznos ostvarenih – procijenjenih sredstava)	555.000.000	555.000.000

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Upit odbora

- Odbor traži da sljedeće izvješće sadrži podatke o broju osoba obuhvaćenih privatnim osiguranjem.

Prema podacima koji su dostavljeni Ministarstvu zdravlja od društava za osiguranje, u razdoblju od 01.01. 2008. do 31.12. 2011. godine ukupno je bilo 65 osoba obuhvaćeno privatnim zdravstvenim osiguranjem definiranim člankom 7. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 150/08 i 71/10) i to: „Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Svaka osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, te propisima obveznog zdravstvenog osiguranja, ima pravo na:

1. jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite;
2. slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine;
3. zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja;
4. prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada joj je ona potrebna;

5. odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenoga stručnog ispita i ishodenog odobrenja za samostalan rad;
6. odbijanje pregleda i liječenja, osim u slučaju kada bi odbijanjem ugrozila zdravlje drugih, uključujući tu i pravo da tijekom liječenja pisanim putem zatraži promjenu doktora medicine, odnosno doktora dentalne medicine iz razloga koji ne mora šire obrazlagati;
7. prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi;
8. obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenome prostoru;
9. opremanje u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugih običaja vezanih uz iskaz pijeteta prema umrloj osobi.

Prilikom korištenja zdravstvene zaštite osoba ostvaruje i prava sukladno Zakonu o zaštiti prava pacijenata („Narodne novine“, br. 169/04).

Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj: 126/06. i 156/08.) utvrđuju se mjere zdravstvene zaštite, a čijom se provedbom osiguranim osobama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje osigurava ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i subjekti koji su dužni provoditi mjere zdravstvene zaštite te način njihove provedbe.

Prema Planu i programu mjera specifične zdravstvene zaštite („Narodne novine“, br. 07/122) utvrđuju se mjere specifične zdravstvene zaštite radnika te se utvrđuju subjekti (izvršitelji i sudionici), koji su obvezni osigurati i provoditi mjere zdravstvene zaštite radnika. Ciljevi provedbe Plana i programa mjera specifične zdravstvene zaštite radnika su: povećati razinu zdravlja radnika u cjelini uz smanjenje prevalencije čimbenika rizika za zdravlje provedbom programa promocije zdravlja, smanjiti pobol, smrtnost i invalidnost od bolesti, ozljeda i stanja na koja se može djelovati preventivnim mjerama i učinkovitom zdravstvenom zaštitom, provedba posebne skrbi za unapređenje zdravlja radnika pod povećanim rizikom.

Mjere koje su poduzete radi poboljšanja korištenja zdravstvene zaštite osiguranih osoba HZZO-a

S ciljem postizanja daljnjeg unapređenja zdravlja i veće kvalitete zdravstvenog sustava, u razdoblju od 2008. do 2011. godine, uvedene su brojne novine, kako u organizaciji i financiranju zdravstvene zaštite, tako i u opsegu prava osiguranih osoba unutar te iste zdravstvene zaštite. Tako je proširen opseg zdravstvene zaštite koja se u cijelosti pokriva na teret sredstava HZZO-a, na način da osigurane osobe nemaju obvezu sudjelovanja u dijelu troškova zdravstvene zaštite u svezi medicinske oplođnje (a ne samo zdravstvene zaštite žena u vezi praćenja trudnoće i poroda, kao što je prethodno bio slučaj). Navedeno je bilo potrebno radi usklađenja Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, te izmjenama i dopunama navedenog zakona („Narodne novine“, br. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10 i 49/11) i Zakona o medicinskoj oplođnji, te izmjenama i dopunama navedenog zakona („Narodne novine“, br. 88/09, 137/09, 124/11 i 86/12). Također, osigurane osobe više nemaju obvezu sudjelovanja u dijelu troškova zdravstvene zaštite glede cjelokupnog liječenja kroničnih psihijatrijskih bolesti (a ne samo za bolničku zdravstvenu zaštitu za kronične psihijatrijske bolesnike, kako je bilo do navedene izmjene), s obzirom se radi o bolestima koje osim bolničke zahtijevaju kontinuiranu i dostupnu specijalističko-konzilijarnu i primarnu

zdravstvenu zaštitu, kao i zdravstvenu zaštitu na svim razinama, čime se omogućuje njihova dulja remisija, a time i dulja radna sposobnost, rjeđa potreba za hospitalizacijom, a što sve posljedično dovodi i do smanjenja troškova vezanih za liječenje navedenih bolesti.

Navedeno sudjelovanje u dijelu troškova zdravstvene zaštite prošireno je i na laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite, što osiguranim osobama omogućuje jednostavnije i brže obavljanje ovog oblika zdravstvene zaštite (s obzirom da se uzimanje uzoraka za laboratorijske analize provodi u ordinacijama izabranih doktora primarne zdravstvene zaštite, a materijal se na adekvatan način transportira u odgovarajuće medicinsko-biokemijske laboratorije). Također, uvedena je promjena da se medicinsko vještačenje ne provodi više od strane liječničkog povjerenstva, već isto provodi ovlašteni doktor HZZO-a, s ciljem postizanja bolje operativnosti te olakšanja komunikacije između izabranih doktora primarne zdravstvene zaštite i ovlaštenih doktora, te dostupnijeg uvida u relevantnu medicinsku dokumentaciju i zdravstveni karton osigurane osobe, pojednostavljenja cjelokupne procedure, smanjenja čekanja na pregled u prostorijama HZZO-a. U dijelu provedbe informatizacije zdravstva, kojom je već ranije uvedena „*pametna kartica*“, omogućeno je HZZO-u donošenje općeg akta o utvrđivanju izdataka izrade „*pametnih kartica*“ (s obzirom da su troškovi izdavanja i primjene u konkretnom slučaju znatni). Također u svrhu podizanja kvalitete zdravstvenih usluga i povećanja dostupnosti u ostvarivanju zdravstvene zaštite za osigurane osobe HZZO-a, provedene su mnogobrojne aktivnosti zbog informatizacije cijele primarne zdravstvene zaštite (primjena *e-recepta* i *e-prijave* na obvezno zdravstveno osiguranje, uhođavanje *e-uputnice* za specijalističku-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), te je zahvaljujući informatičkoj povezanosti HZZO-a sa svim ugovornim subjektima omogućio osiguranim osobama HZZO-a nesmetano korištenje, veću dostupnost i povećanu kvalitetu u ostvarivanju zdravstvene zaštite.

U sklopu projekta informatizacije primarne zdravstvene zaštite tijekom 2011. godine započela je puna produkcija *e-receptata*. Naime, sve djelatnosti u okviru primarne zdravstvene zaštite koje su ugovorene u sklopu projekta informatizacije započele sa punim radom sa implementiranim funkcionalnostima *eRecept* i *eUputnica*. U informatizaciju je uključeno preko 6000 ugovornih subjekata i preko 15000 zdravstvenih djelatnika.

Provedbu informatizacije neposredno je sudjelovalo preko 300 stručnjaka. Uspostavljen je sustav podrške za sve subjekte u informatizaciji, koji je na raspolaganju svim subjektima u informatizaciji radnim danom 7:00 - 20:00, a subotom od 7:00 - 15:00 sati. Tijekom 2011. godine uvedena je i *eLista*, modul za izračun cijena lijekova, modul za referiranje cijena lijekova, praćenje potrošnje lijekova i drugo. U tijeku je i razvoj modula kojim će biti obuhvaćena obrada prijedloga za uvrštenje novih lijekova u liste lijekova HZZO-a i drugo vezano uz rad Povjerenstva za lijekove HZZO-a. Također, napominjemo da je tijekom 2011. godine izrađen novi Popis ortopedskih i drugih pomagala, s čijom izradom je paralelno rađen i novi Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima.

Novi Pravilnik izrađen je sukladno novom Popisu pomagala, kojega je stručno razmotrilo i predložilo posebno povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala. Novim pravilnikom i Popisom pomagala završen je postupak uređenja sustava ugovaranja i isporuke pomagala koji uključuje i natječaj i novi model ugovaranja maloprodajnih lokacija za isporuku pomagala, te uređenje sustava oglašavanja o pomagalima, kontrole kvalitete pomagala, te uvođenje odgovornosti ne samo propisivača pomagala nego i subjekata čija se pomagala nalaze na Popisu pomagala. Na novom Popisu pomagala koji se sastoji od zaštićenih imena pomagala (za razliku od dosadašnjeg, koji sadrži generičke nazive), nalazi se preko 1800 vrsta pomagala po zaštićenom nazivu (za razliku od dosadašnjih 600-tinjak), te ukupno oko 10.000 različitih modela pomagala. Iako je novi Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalima, s Popisom ortopedskih i drugih pomagala usvojen na sjednici Upravnog vijeća 14. prosinca 2011.

godine, isti je stupio na snagu u 2012. godini, te kao takav nije obuhvaćen razdobljem na koje se odnosi ovo izvješće.

Zaštita prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Zaštita prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja regulirana je odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a kroz cijelo razdoblje pisanja izvještaja bila je regulirana na isti način. Pravo na novčane naknade te druga prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba, u pravilu, ostvaruje pri nadležnom područnom uredu, odnosno ispostavi područnog ureda Zavoda prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravka. Područni ured, odnosno ispostava područnog ureda Zavoda obvezna je zaprimiti svaki pisani zahtjev osigurane osobe za ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, te ga u slučaju nemogućnosti rješavanja po službenoj dužnosti proslijediti nadležnom područnom uredu, odnosno ispostavi. Radi zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, osiguranoj osobi osigurava se dvostupanjsko rješavanje u postupku pokrenutom na njezin zahtjev. O pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja u prvom stupnju u pravilu rješava područni ured Zavoda nadležan prema mjestu prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe. Protiv rješenja područnog ureda Zavoda osigurana osoba ima pravo izjaviti žalbu Direkciji Zavoda, u roku 15 dana od dana zaprimanja rješenja. Žalba se predaje neposredno ili šalje poštom područnom uredu Zavoda koji je donio prvostupanjsko rješenje. Rješenje Direkcije Zavoda doneseno prema žalbi osigurane osobe je konačno i protiv njega se može pokrenuti upravni spor pred Upravnim sudom Republike Hrvatske.

Upit odbora

- Odbor je postavio upit da li osobe koje nisu obuhvaćene općim shemama osiguranja, i koje nisu registrirane pri službi za zapošljavanje, imaju pravo na medicinsku pomoć u slučaju potrebe.

S tim u svezi, a sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 150/08), te propisima iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a temeljem načela sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite, sve osobe na teritoriju Republike Hrvatske imaju pravo na prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć u slučaju potrebe. Također, a prema odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, te izmjenama i dopunama navedenog zakona („Narodne novine“, br. 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10 i 49/11), osobe s prebivalištem, odnosno odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj koje su nesposobne za samostalan život i rad i nemaju sredstava za uzdržavanje imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje kao osigurane osobe temeljem rješenja koje donosi ured državne uprave nadležan za poslove socijalne skrbi, ako pravo na obvezno zdravstveno osiguranje ne mogu ostvariti po nekoj drugoj osnovi.

Pritom, mjerila i postupak utvrđivanja nesposobnosti za samostalan život i rad i nedostatak sredstava za uzdržavanje propisat će ministar nadležan za poslove socijalne skrbi (ministar socijalne politike i mladih), a pravo na obvezno zdravstveno osiguranje prema navedenoj osnovi osiguranja traje za sve vrijeme dok se ne promijene okolnosti na osnovi kojih je pravo priznato.

Što obuhvaća pravo na zdravstvenu zaštitu

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u opsegu utvrđenom Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i propisima donesenim na temelju istog Zakona obuhvaća pravo na:

1. primarnu zdravstvenu zaštitu;
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu;
3. bolničku zdravstvenu zaštitu;
4. pravo na korištenje lijekova;
5. pravo na dentalno-protetsku pomoć i dentalno-protetske nadomjestke;
6. pravo na ortopedska i druga pomagala;
7. pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

1. Primarna zdravstvena zaštita

Osigurana osoba primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, obiteljske (opće) medicine, ginekologa, dentalne medicine i pedijatra kojeg bira na način propisan Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i stomatologije primarne zdravstvene zaštite.

Iznimno, osigurana osoba koja privremeno boravi izvan mjesta prebivališta, odnosno boravka (npr. službeni put, godišnji odmor) ima pravo u slučaju npr. traume, akutne upalne i zarazne bolesti, akutnog poremećaja koji zahtijeva terapijsko zbrinjavanje i sličnog, koristiti primarnu zdravstvenu zaštitu, osim utvrđivanja prava na bolovanje, kod bilo kojeg ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite u mjestu privremenog boravka, u istom opsegu kao i kod svog izabranog doktora.

Liječenje u kući osigurane osobe

Osigurana osoba ima pravo na liječenje u kući koje se može provoditi kao:

- kućna posjeta kod akutnih stanja;
- kućno liječenje;
- pružanje hitne medicinske pomoći u kući osigurane osobe.
-

Zdravstvena njega u kući osigurane osobe

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

6. nepokretnosti ili teške pokretnosti (osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje);
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite istodobno provodi liječenje u kući, te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege;
- prolaznih ili trajnih stanja u kojima nije moguće samozbrinjavanje;
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te skrb za stome;
- kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.

Patronažna zdravstvena skrb

U okviru patronažne zdravstvene skrbi osiguranoj osobi pruža se stručna pomoć i njega:

- zbog praćenja stanja poslije porođaja - rodilji i novorođenom djetetu;
- zbog promicanja i očuvanja zdravlja;
- zbog praćenja i očuvanja zdravlja osigurane osobe kod koje postoji povećani rizik za nastanak bolesti.

Hitna medicinska pomoć

Osigurana osoba ostvaruje hitnu medicinsku pomoć, koja podrazumijeva pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje, u pravilu, bez uputnice.

Hitnu medicinsku pomoć provode zdravstvene ustanove koje imaju sklopljen ugovor sa HZZO-om za djelatnost hitne medicine, hitne službe bolničke zdravstvene ustanove, odnosno najbliži doktor medicine.

Sanitetski prijevoz

Pravo na prijevoz sanitetskim vozilom može ostvariti osigurana osoba koja je:

- nepokretna;
- teško pokretna;
- kojoj zbog prirode bolesti nije preporučeno samostalno kretanje.

Pritom, osigurana osoba ima pravo na sanitetski prijevoz do najbližeg ugovornog subjekta HZZO-a koji sa HZZO-om ima ugovorenu i može pružiti traženu zdravstvenu zaštitu, a ostvaruje navedeni prijevoz na osnovi naloga za sanitetski prijevoz izdanog od strane izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite koji je izdao i uputnicu za traženu zdravstvenu zaštitu. Također, potrebu sanitetskog prijevoza, osim navedenog doktora primarne zdravstvene zaštite, utvrđuje i doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj se osigurana osoba liječi, doktor u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi koja provodi hitnu medicinu kod kojeg je osigurana osoba u postupku liječenja, te ovlašteni doktor HZZO-a u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, te Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 67/09, 116/09, 04/10, 13/10, 88/10, 131/10, 01/11, 16/11, 87/11 i 137/11) te izmjenama i dopunama navedenog pravilnika („Narodne novine“, br. 45/08).

Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite

Laboratorijska dijagnostika na razini primarne zdravstvene zaštite ostvaruje se na osnovi uputnice izabranog doktora obiteljske (opće) medicine izdane na tiskanici uputnice za primarni laboratorij ili uputnice uspostavljene elektroničkim putem kao elektronička isprava sukladno Zakonom o elektroničkoj ispravi.

2. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod najbližeg ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka, koji s HZZO-om imaju ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu, a na osnovi uputnice koju izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite:

- obiteljske (opće) medicine;
- pedijatar;
- ginekolog;
- dentalne medicine.

O potrebi upućivanja na specijalističke preglede te dijagnostičke, odnosno terapijske postupke odlučuju i doktor specijalist školske medicine, doktor specijalist epidemiolog, odnosno doktor specijalist javnog zdravstva. Također, ako je na osnovi provedenog pregleda doktor specijalist ugovorne bolničke zdravstvene ustanove utvrdio potrebu za daljnjom specijalističko-konzilijarnom obradom u svezi s uputnom dijagnozom, osigurana osoba ima pravo specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, koja se može provesti u toj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, ostvariti na osnovi specijalističkih uputnica koje izdaje doktor specijalist koji je utvrdio potrebu za daljnjom obradom. Ako se tražena specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, pritom, ne može ostvariti u toj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, osigurana osoba će se istom (specijalističkom) uputnicom uputiti u drugu ugovornu zdravstvenu ustanovu koja ima ugovorenu traženu djelatnost. Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i fizikalnoj medicini i rehabilitaciji u kući osigurana osoba ostvaruju na način i pod uvjetima utvrđenim općim aktom HZZO-a. Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnik privatne prakse obavezan je osiguranu osobu upućenu radi korištenja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite primiti odmah, a najkasnije u roku od 30 dana od dana kada im se osigurana osoba prvi puta javila.

3. Bolnička zdravstvena zaštita

Bolničku zdravstvenu zaštitu osigurana osoba ostvaruje u ugovornim bolničkim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih, subakutnih i kroničnih bolesti na osnovi izdane uputnice za bolničko liječenje koju osiguranoj osobi izdaje izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ili doktor u službi hitne medicine. Iznimno, osigurana osoba bolničku zdravstvenu zaštitu ostvaruje bez uputnice u slučaju pružanja hitne medicinske pomoći. Bolničko liječenje osigurana osoba ostvaruje, u pravilu, u najbližoj ugovornoj bolničkoj ustanovi prema mjestu prebivališta, odnosno boravka koja sa HZZO-om ima ugovorenu traženu zdravstvenu zaštitu. Pritom, navedena uputnica vrijedi 30 dana od dana izdavanja, a osigurana osoba obavezna je u tom roku javiti se ugovornoj zdravstvenoj ustanovi zbog korištenja bolničke zdravstvene zaštite. Bolničko liječenje osiguranih osoba koje boluju od kroničnih bolesti provodi se u ugovornim specijalnim bolnicama za liječenje: duševnih bolesti, plućnih bolesti, plućnih bolesti, djece s trajnim psihofizičkim smetnjama, te fizikalnom medicinom i medicinskom rehabilitacijom. Ugovorna zdravstvena ustanova obavezna je upućenu osiguranu osobu primiti na bolničko liječenje u najkraćem mogućem roku, a u slučajevima ugroženosti života, odmah.

Bolnička medicinska rehabilitacija

Pravo na bolničku medicinsku rehabilitaciju u ugovornoj bolničkoj ustanovi osigurana osoba ostvaruje kao nastavak bolničkog liječenja (početna) ili na osnovi uputnice izabranog doktora (održavajuća), na osnovi bolesti, bolesnih stanja i posljedica ozljeda navedenih u Popisu bolesti, bolesnih stanja i posljedica ozljeda za odobravanje bolničke medicinske rehabilitacije utvrđenom Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom i fizikalnom terapijom u kući. Ostvaruje se, u pravilu, u najbližoj specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju prema mjestu prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe, za koju je odobrenje dao ovlašteni doktor HZZO-a.

Pravo na smještaj uz dijete za vrijeme bolničkog liječenja

Cjelodnevni (24-satni) smještaj uz dijete

Radi se o pravu na cjelodnevni (24-satni smještaj) koje se ostvaruje ovisno o odgovarajućim smještajnim kapacitetima ustanove.

Pravo ostvaruje osigurana osoba:

- majka djeteta pod uvjetom da je jedina prehrana djeteta majčino mlijeko, odnosno da postoji potreba dojenja djeteta, a što utvrđuje izabrani doktor djeteta, odnosno doktor bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi;
- jedan od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju koje o tome u skladu s posebnim propisima posjeduje odgovarajuće rješenje nadležnog tijela, odnosno nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja, a na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi.

Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaj nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme tog smještaja ima pravo na naknadu plaće na ime bolovanja zbog njege djeteta.

Dnevni smještaj uz dijete

Radi se o pravu na dnevni smještaj (ne i noćenje). Pravo pripada jednom od roditelja, pod uvjetom:

- da je dijete mlađe od 5 godina i
- da se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za liječenje djece oboljele od akutnih bolesti;
- roditelj djeteta s poteškoćama u razvoju koje o tome u skladu s posebnim propisima posjeduje odgovarajuće rješenje nadležnog tijela, odnosno nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja ima pravo na dnevni smještaj uz dijete bez obzira na dob djeteta.

Pravo se ostvaruje na prijedlog odjelnog doktora ugovorne bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi, a na temelju uputnice koju izdaje izabrani doktor roditelja. Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaj nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme tog smještaja ima pravo na naknadu plaće na ime bolovanja zbog njege djeteta.

Pravo na smještaj uz dijete u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju

Na prijedlog izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, a na osnovi mišljenja doktora specijalista određene specijalnosti, liječničko povjerenstvo područnog ureda HZZO-a iznimno može odobriti boravak uz dijete u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju osiguranoj osobi - jednom od roditelja ili osobi koja skrbi o djetetu u sljedećim slučajevima:

1. kada se provodi točno određen i utvrđen programa „mama - dijete“ za izobrazbu roditelja, odnosno osobe koja skrbi o djetetu, za dijete do navršene 3. godine života;
2. kada je u provođenju bolničke medicinske rehabilitacije djeteta s posebnim zdravstvenim potrebama potrebna prisutnost roditelja, odnosno osobe koja skrbi o djetetu.

Iznimno, bez potrebe prethodnog odobrenja liječničkog povjerenstva HZZO-a, pravo na boravak uz dijete, ovisno o odgovarajućim smještajnim kapacitetima specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju, ima:

1. osigurana osoba - majka djeteta pod uvjetom da je jedina prehrana djeteta majčino mlijeko, odnosno da postoji potreba dojenja djeteta, a što utvrđuje izabrani doktor djeteta, odnosno doktor bolničke ustanove u kojoj se dijete liječi;
2. osigurana osoba - jedan od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju koje o tome u skladu s posebnim propisima posjeduje odgovarajuće rješenje nadležnog tijela, odnosno nalaz i mišljenje nadležnog tijela vještačenja.

Za vrijeme smještaja uz dijete roditelj nije obvezan sudjelovati u pokriću troškova smještaja.

Pravo na smještaj uz dijete oboljelo od maligne bolesti

Osigurana osoba - jedan od roditelja djeteta mlađeg od 18 godina, oboljelog od maligne bolesti, koje se nalazi na bolničkom liječenju u ugovornoj bolničkoj ustanovi (klinički bolnički centar, klinička bolnica ili klinika) koja liječi djecu oboljelu od malignih bolesti ima pravo, ovisno o smještajnim kapacitetima ugovorne bolničke ustanove, na smještaj uz dijete za vrijeme njegovog bolničkog liječenja, a na osnovi iste uputnice kojom je dijete upućeno na bolničko liječenje. Osigurana osoba koja ostvaruje pravo na smještaj nije obvezna sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, a osiguranik koji u skladu s odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju može ostvariti pravo na naknadu plaće, za vrijeme tog smještaja ima pravo na naknadu plaće na ime bolovanja zbog njege djeteta. Također, valja napomenuti da je izmjenom i dopunom Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, iz studenog 2011. godine („Narodne novine“, br. 137/11) određeno da u slučaju ako ugovorna bolnička zdravstvena ustanova nema smještajnih kapaciteta, roditelj djeteta oboljelog od malignih bolesti, ostvaruje pravo na naknadu troškova smještaja do maksimalnog iznosa po danu u visini dnevnice utvrđene Odlukom o visini dnevnice za službeno putovanje i visini naknade za korisnike koji se financiraju iz sredstava državnog proračuna („Narodne novine“, br. 55/04).

4. Pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova HZZO-a

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova HZZO-a (Osnovna lista lijekova) („Narodne novine“, br. 69/10) i Odlukom o utvrđivanju Dopunske liste lijekova HZZO-a (Dopunska lista lijekova) („Narodne novine“, br. 69/10), pod uvjetima i na način propisan Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i drugim općim aktima HZZO-a. Osnovna lista lijekova sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti koje osigurana osoba u cijelosti ostvaruje na teret sredstava HZZO-a, ako su joj na osnovi propisanih medicinskih indikacija propisani na recept u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova, a HZZO-a osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova.

Pritom, lijekovi utvrđeni Dopunskom listom lijekova mogu se osiguranoj osobi propisati na recept, odnosno primijeniti u liječenju samo uz njezin pristanak pri čemu osigurana osoba mora biti upoznata o svojoj obvezi sudjelovanja u cijeni lijeka. Iznimno od navedenoga, osigurana osoba može, na osnovi prethodnog odobrenja liječničkog povjerenstva Direkcije HZZO-a, ostvariti pravo na lijek s Osnovne liste lijekova, odnosno Dopunske liste lijekova za koji ne ispunjava propisane medicinske indikacije, pod uvjetom da je potrebu korištenja lijeka predložilo povjerenstvo za lijekove bolnice u kojoj se osigurana osoba liječi, a na teret ugovorenih sredstava bolničke zdravstvene ustanove. HZZO u skladu sa Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u okviru dopanskog zdravstvenog osiguranja ne može osiguravati pokriće doplate za lijekove s dopunske liste lijekova.

5. i 6. Pravo na ortopedska i druga pomagala, te dentalna pomagala

Osigurana osoba ostvaruje pravo na pomagalo na teret sredstava HZZO-a u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, propisima donesenim na osnovu toga Zakona, te pod uvjetima i na način utvrđen Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala i drugim općim aktima HZZO-a, ako međudržavnim ugovorom nije drukčije propisano. Osigurana osoba ostvaruje pravo na pomagala koja su utvrđena Popisom pomagala, koji je sastavni dio Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala, a na osnovi medicinske indikacije utvrđene za svako pojedino pomagalo i odgovarajuće medicinske dokumentacije. Pritom, pomagala predlaže, odnosno propisuje doktor specijalist određene specijalnosti, odnosno izabrani doktor opće/obiteljske medicine, pedijatar i doktor dentalne medicine, radnici ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovorni doktor privatne prakse s kojima je HZZO sklopio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Ukoliko je za ostvarivanje prava na pomagalo potrebno odobrenje ovlaštenog doktora HZZO-a ili liječničkog povjerenstva za ortopedska i druga pomagala Direkcije HZZO-a, ugovorni doktor propisuje pomagalo na odgovarajućoj tiskanici, koju zajedno s medicinskom dokumentacijom i potankim obrazloženjem medicinske indikacije za pomagalo, te tehničkom dokumentacijom osigurana osoba dostavlja radi dobivanja odobrenja područnom uredu HZZO-a.

Iznimno od navedenog, osigurana osoba može na osnovi odobrenja liječničkog povjerenstva za ortopedska i druga pomagala Direkcije HZZO-a ostvariti pravo na pomagala utvrđena u Popisu pomagala, za koja ne ispunjava propisanu medicinsku indicaciju, ako je prema prijedlogu ugovornog doktora primjena tog pomagala nužna za liječenje i rehabilitaciju osigurane osobe. Za pojedine vrste pomagala, za koja je to utvrđeno u Popisu pomagala, ispunjenje uvjeta za njihovo ostvarivanje utvrđuje i odobrenje za pomagalo daje ovlašteni radnik HZZO-a. Također, u iznimnim slučajevima, osigurana osoba može na prijedlog doktora specijaliste ostvariti pravo na pomagalo koje uopće nije uvršteno u Popis pomagala, o čemu odlučuje te daje svoje odobrenje liječničko povjerenstvo za pomagala Direkcije HZZO-a.

Osigurana osoba na osnovi ovjerene potvrde o pomagalu ostvaruje pravo na pomagalo, rezervni dio i potrošni materijal za pomagalo, te popravak pomagala kod pravnih i fizičkih osoba - proizvođača pomagala, odnosno drugih pravnih i fizičkih osoba koje imaju dozvolu za obavljanje prometa na malo medicinskim proizvodima, te ugovornim zdravstvenim ustanovama, odnosno ugovornim zdravstvenim radnicima privatne prakse uključenima u mrežu javne zdravstvene službe. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala koji je stupio na snagu 1. svibnja 2006. godine, prestao je važiti danom stupanja na snagu („novog“) Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala („Narodne novine“ broj: 17/09) 20. veljače 2009. godine. Isti je u razdoblju koje slijedi, od stupanja na snagu do 31. prosinca 2011. godine pretrpio više izmjena i dopuna („Narodne novine“ br. 23/09, 53/09, 116/09, 4/10, 88/10, 110/10, 113/10 i 01/11), a koje su doprinijele lakšem i bržem ostvarivanju prava na pomagala osiguranim osobama, boljoj dostupnosti indiciranog pomagala osiguranoj osobi i racionalnijem korištenju pomagala.

7. Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu

Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu ostvaruje osiguranik HZZO-a koji je upućen na rad ili stručno usavršavanje, odnosno obrazovanje u inozemstvo i to:

1. osoba u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u Republici Hrvatskoj;
2. osoba koja je izabrana ili imenovana na stalne dužnosti u određenim tijelima državne vlasti, odnosno jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave;
3. član uprave trgovačkog društva;
4. osoba koja na području Republike Hrvatske obavljaju gospodarsku djelatnost obrta i s obrtom izjednačene djelatnosti, osoba koja samostalno u obliku zanimanja obavljaju profesionalnu djelatnost, te osoba koja obavlja djelatnost poljoprivrede i šumarstva;
5. osoba koja je prekinula rad jer ju je pravna ili fizička osoba uputila na obrazovanje ili stručno usavršavanje ili poslijediplomski studij u inozemstvo;
6. osoba upućena u inozemstvo u sklopu međunarodne tehničko-prosvjetne i kulturne suradnje.

Pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu, također, ostvaruju i osigurane osobe:

1. koje u inozemstvu borave radi privatnog posla, uključujući i članove obitelji gore navedenih osiguranika (supružnika i djecu) koji s njim borave u inozemstvu, te učenike, odnosno studente koji se u inozemstvu školuju prema vlastitom opredjeljenju;
2. kojima je HZZO pod uvjetima propisanim Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu rješenjem odobrio upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu.

Službeni put te rad, stručno usavršavanje ili obrazovanje u inozemstvu

Službeni put u inozemstvo je boravak u trajanju do 30 dana, neovisno o razlozima puta na koji je osiguranika uputio poslodavac. Poslodavac radnika koji odlazi na službeni put nije obavezan prije njegova odlaska pribaviti potvrdu HZZO-a o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, za razliku od rada, stručnog usavršavanja ili obrazovanja u inozemstvu kada je radi korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu poslodavac radnika koji odlazi u inozemstvo obavezan podnijeti prijavu nadležnom područnom uredu HZZO-a i pribaviti potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu. Bez pribavljene potvrde moguće troškove snosi poslodavac. Za vrijeme službenog puta u inozemstvo kao i za vrijeme rada, stručnog usavršavanja, odnosno obrazovanja u inozemstvu, na teret HZZO-a može se koristiti samo zdravstvena zaštita koja se ne može odgoditi do povratka u Republiku Hrvatsku. Opseg i način korištenja zdravstvene zaštite razlikuje se ovisno o tome koristi li se zdravstvena zaštita u državama s kojima postoji međunarodni ugovor o socijalnom osiguranju ili u državama s kojima takav ugovor ne postoji.

Privatni boravak u inozemstvu

Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu osigurana osoba ostvaruje pod uvjetom da je prethodno HZZO-u podnijela prijavu boravka u inozemstvu i uplatila posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu u područnom uredu HZZO-a. U protivnom, nema pravo ostvariti zdravstvenu zaštitu u inozemstvu na teret HZZO-a. Pritom ističemo da je u 2011. godini donijeta Odluka o osnovici i stopi posebnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje koje u inozemstvu borave radi privatnog posla („Narodne novine“, br. 91/11), a koja je stupila na snagu u kolovozu 2011. godine, te su njome uvedene pogodnosti osiguranim osobama HZZO-a (u smislu jeftinijeg boravka, naročito obitelji (koju čine supružnici i djeca do 26. godine života), ovisno o duljini boravka u inozemstvu, odnosno broju prijavljenih osiguranih osoba za boravak u inozemstvu radi privatnog posla. Osigurana osoba koja u inozemstvu boravi radi privatnog posla ima pravo na teret HZZO koristiti zdravstvenu zaštitu u inozemstvu samo za slučaj hitne medicinske pomoći kako bi se otklonila neposredna opasnost po njezin život i zdravlje.

Upućivanje na liječenje u inozemstvo

Osigurana osoba može ostvariti pravo na upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu ako se potrebno liječenje ne može provesti u ugovornim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, a može se uspješno provesti u inozemstvu.

O pravu na upućivanje na liječenje u inozemnu zdravstvenu ustanovu odlučuje rješenjem Direkcija HZZO-a na osnovi pisanog zahtjeva osigurane osobe.

Opseg prava na zdravstvenu zaštitu

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe HZZO-a. Osiguranim osobama HZZO-a u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, HZZO osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za:

1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života i djeci potpuno i trajno nesposobnima za samostalan život i rad (i nakon 18. godine života);
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata;
3. zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda, te zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinskom oplodnjom sukladno općem aktu Zavodu;
4. preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja;
5. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu;
6. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti;
7. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti;
7.a cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti;
8. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu;
9. zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja;
10. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć;
11. kućne posjete i kućno liječenje;
12. patronažnu zdravstvenu skrb;
13. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika sukladno općem aktu koji donosi ministar nadležan za zdravstvo;
14. lijekove s Osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept;
15. zdravstvenu njegu u kući bolesnika;
16. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite.

Zdravstvena zaštita stranaca

Uvjeti i način ostvarivanja zdravstvene zaštite stranaca u Republici Hrvatskoj regulirano je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj koji je stupio na snagu 6. studenog 1997. godine i do danas se nije mijenjao.

Provedba zdravstvene zaštite stranaca

Zdravstvena se zaštita stranaca u Republici Hrvatskoj provodi na način i pod istim uvjetima pod kojima zdravstvenu zaštitu ostvaruju hrvatski državljani. Stranci imaju pravo na zdravstvenu zaštitu u opsegu u kojem se ona osigurava članovima obitelji osiguranika prema propisima o zdravstvenom osiguranju Republike Hrvatske. Stranac osobno snosi troškove zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj ako nije zdravstveno osiguran po drugoj osnovi.

Iz sredstava državnoga proračuna osiguravaju se sredstva za zdravstvenu zaštitu:

- strancima kojima se zdravstvena zaštita osigurava na temelju međunarodnih ugovora, ako tim ugovorima nije drukčije određeno;
- osobama bez državljanstva ili protjeranim osobama čije izručenje nije moguće zbog iznimno teškog zdravstvenog stanja;
- strancima koji borave u Republici Hrvatskoj na poziv njezinih tijela državne vlasti;
- strancima kojima je priznat položaj izbjeglica i koji prema posebnim propisima ostvaruju prava na zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj;
- strancima kojima je u tijeku postupak za priznavanje položaja izbjeglice;
- maloljetnim strancima koji se zateknu u Republici Hrvatskoj bez roditeljske skrbi;
- strancima oboljelima od kolere, kuge, virusnih hemoragijskih groznica, trbušnog tifusa i difterije;
- strancima koji su prema odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti stranaca obvezni osobno platiti troškove zdravstvene zaštite, a od kojih nije bilo moguće naplatiti pruženu zdravstvenu uslugu.

Stranci koji se nalaze na školovanju, specijalizaciji ili znanstvenome istraživanju u Republici Hrvatskoj te stranci koji imaju odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj obvezno se osiguravaju na zdravstvenu zaštitu prema propisima o zdravstvenome osiguranju Republike Hrvatske. Strancima se osigurava pružanje hitne medicinske pomoći. Od stranca koji propisanim dokumentom ne može dokazati da mu je zdravstvena zaštita osigurana prema propisima o zdravstvenom osiguranju u Republici Hrvatskoj ili drugim posebnim propisima ili po osnovi međunarodnoga ugovora zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse naplaćuje troškove pružanja hitne medicinske pomoći.

Ako u slučaju kad stranac osobno snosi troškove zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, zdravstvena ustanova, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse ne može naplatiti pruženu zdravstvenu uslugu, dužni su od stranca, odnosno zakonskog zastupnika za maloljetne strance, uzeti pisanu izjavu koja sadrži sljedeće podatke:

- prezime i ime stranca;
- državljanstvo stranca;
- prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja stranca;
- broj putne isprave, datum izdavanja te naziv tijela koje ju je izdalo;
- iznos troškova za pruženu zdravstvenu uslugu;
- način i rok plaćanja koji ne može biti duži od 30 dana.

Ako u roku od 30 dana stranac ne plati troškove za pruženu zdravstvenu uslugu, navedena se sredstva isplaćuju zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstvenomu djelatniku privatne prakse iz sredstava državnoga proračuna.

Upit odbora

- Odbor je zatražio da sljedeće izvješće sadrži ažurirane podatke o stanju lista čekanja i vremena čekanja koji pokazuju kakav je napredak ostvaren u vidu smanjenju lista čekanja i skraćivanja vremena čekanja.

Stvaranje listi čekanja rezultat je kombinacije iznimno velikog broja pacijenata koji se svakodnevno naručuju za obavljanje zdravstvenih usluga te ograničenih prostornih i kadrovskih kapaciteta zdravstvenog sustava te ovisno o vrsti i specifičnosti bolničke ustanove te pojedinoj djelatnosti (velike ustanove tercijarne razine zdravstvene djelatnosti kojima gravitira veliki broj pacijenata - značajno duže liste čekanja u odnosu na manje ustanove). Na formiranje listi čekanja utječe niz faktora kao što su lokacija ustanove, ugovoreni kapaciteti (ugovoreni broj postelja, specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, dijagnostike itd.), opseg rada pojedinih djelatnosti, broj zdravstvenih radnika, količina i vrsta medicinske opreme itd., a osobito broj bolesnika koji se u ustanovi zbrinjavaju, odnosno koji gravitiraju ustanovi.

Stanje listi čekanja (za postupke koji se prate kroz rad Odjela za nacionalne liste čekanja)

Od početka rada Odjela za nacionalne liste pri Ministarstvu zdravlja čekanja do prosinca 2011. godine, telefonskim pozivima i dopisima 19.548 pacijenata obaviješteno je o mogućnosti obavljanja dijagnostičke pretrage ili operativnog zahvata u drugoj ustanovi te je ukupno preusmjereno 10.588 bolesnika.

Usporedba podataka - prosjek za Republiku Hrvatsku, listopad 2008./ prosinac 2011. godine (Tablica 64.) - smanjile su se liste čekanja za kompjutoriziranu tomografiju - CT (↓ 52,00%), ultrazvuk srca (↓ 69,93%), ultrazvuk dojke (↓ 54,01%), ugradnju endoproteze kuka (↓ 51,00 %), ugradnju endoproteze koljena (↓ 57,83 %); - produžene su liste čekanja za magnetsku rezonanciju - MR (↑15,65 %).

Tablica 12. Usporedba podataka – prosjek za RH, listopad 2008./ prosinac 2011. godine

Dijagnostičko/terapijski postupak	Prosjek broja dana čekanja - RH, 2008. (listopad)	Prosjek broja dana čekanja - RH, 2011. (prosinac)	Razlika prosinac 2011. - listopad 2008. (%)
MR	97	115	↑ 15,65
CT	75	36	↓ 52,00
UZV srca	286	86	↓ 69,93
UZV dojke	137	63	↓ 54,01
Ugradnja endoproteze kuka	547	268	↓ 51,00
Ugradnja endoproteze koljena	600	253	↓ 57,83

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

U cilju smanjenja listi čekanja tijekom proteklog razdoblja izrađen je paket mjera koji uključuje: reorganizaciju dosadašnjeg rada, doedukaciju zdravstvenih radnika (od 2006. godine odobreno više od 2.200 specijalizacija za doktore medicine te više od 800 uži specijalizacija), za nabavljanje medicinske opreme: Planom za nabavljanja medicinske opreme obuhvaćena je nabava 177 novih medicinskih uređaja podijeljenih u 10 kategorija ukupno predviđene vrijednosti od 827,5 milijuna kuna

Ministarstvo zdravlja nastavlja s provedbom projekta “*Nacionalna lista čekanja*” s ciljem sustavnog rješavanja dugotrajnih listi čekanja za pojedine zdravstvene usluge, dovođenjem istih u medicinski prihvatljive rokove. Aktivnosti na smanjenju listi čekanja usmjerene su osiguravanju ravnomjernijeg korištenja zdravstvenih usluga, podjednako dostupnosti svih zdravstvenih usluga za sve korisnike zdravstvene zaštite i transparentnijem vođenju listi čekanja u bolničkim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj. Iste uključuju proaktivno upravljanje listama čekanja, rješavanje problema višestrukog naručivanja pacijenata na istu zdravstvenu uslugu, informatičku implementaciju tri vrste listi čekanja (brza, redovna, kontrolna), objedinjenu nabavu ugradbenog medicinskog materijala, nabavu UZV i CT uređaja te MR i CT usluga. Planirane aktivnosti na smanjenju dugotrajnih listi čekanja obuhvaćaju i marketinške aktivnosti usmjerene promoviranju manje popularnih bolnica i manje poznatih stručnjaka u cilju ravnomjernije raspodjele bolničkih usluga, uključivanje udruga pacijenata kao i povezivanje s projektom *E - naručivanje*. Projektom su obuhvaćene sve bolničke zdravstvene ustanove, bez obzira na stanje listi čekanja, a s ciljem racionalizacije i povećanja učinkovitosti bolničkog sustava te unaprjeđenje povezanosti istog sa sustavom primarne zdravstvene zaštite, čime će se dodatno osiguravati jednaka kvaliteta i dostupnost u korištenju zdravstvene zaštite.

Očekivano trajanje života u 2008., 2009., 2010. i 2011. godini

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj u 2008. godini je za oba spola zajedno iznosilo 76,0 godina, odnosno za žene 79,6 godine, a za muškarce 72,4 godina; u 2009. godini je za oba spola zajedno iznosilo 76,3 godina, odnosno za žene 79,6 godine, a za muškarce 72,9 godina; u 2010. godini je za oba spola zajedno iznosilo 76,6 godina, odnosno za žene 79,6 godine, a za muškarce 73,5 godina; u 2011. godini je za oba spola iznosilo 77,0 godina, za žene 80,0 godina, a za muškarce 73,9 godina.

Tablica 13. Očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj za razdoblje od 1991. do 2011.

Godina Year	oba spola both sexes	muški male	žene female
1991.	70,99	66,05	76,21
1993.	72,64	68,53	76,72
1995.	73,29	69,30	77,21
1997.	72,62	68,61	76,47
1999.	72,83	68,92	76,55
2000.	73,00	69,12	76,68
2001.	74,65	71,03	78,17
2002.	74,85	71,21	78,40
2003.	74,73	71,17	78,23
2004.	75,66	72,13	79,08
2005.	75,44	71,13	78,92
2006.	76,01	72,55	79,37
2007.	75,89	72,40	79,32
2008.	76,14	72,51	79,73
2009.	76,43	73,03	79,75
2010.	76,60	73,50	79,60
2011.*	77,00	73,90	80,00

Izvor podataka: Zdravlje za sve - baza podataka SZO, Svjetska zdravstvena organizacija, kolovoz 2012. godine

*Državni zavod za statistiku, 2012. godine

Morbiditetna i mortalitetna slika

Masovne kronične bolesti su najveći javnozdravstveni problem u Republici Hrvatskoj. U morbiditetnoj i mortalitetnoj slici dominiraju kardiovaskularne bolesti, slijede maligne bolesti (na prvom mjestu rak dojke kod žena i rak pluća kod muškaraca, a na drugom mjestu kolorektalni rak), ozljede i trovanja, te bolesti dišnog sustava .

Tijekom 2008. godine vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju su novotvorine, bolesti cirkulacijskog sustava, bolesti probavnog sustava, ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka te bolesti genitourinarnog sustava. Više se zbrinjava žena nego muškaraca (1,05:1). U hospitalizacijama žena najzastupljenije su 2008. godine bile novotvorine 14,2% (45.077, a među njima najčešća zloćudna novotvorina dojke). Kod muškaraca liječenih u bolnicama Hrvatske najzastupljenije su bile bolesti cirkulacijskog sustava 14,8% (45.120, među njima najčešća angina pectoris), slijede novotvorine 13,3% (40.388, s najčešćom zloćudnom novotvorinom bronha i pluća).

Tijekom 2009. godine vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju su novotvorine, bolesti cirkulacijskog sustava, bolesti probavnog sustava, bolesti genitourinarnog sustava te ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka. Više se zbrinjava žena nego muškaraca (1,03:1). U hospitalizacijama žena najzastupljenije su 2009. godine bile novotvorine 14,9% (46.220, a među njima najčešća zloćudna novotvorina dojke). Kod muškaraca liječenih u bolnicama Hrvatske najzastupljenije su bile bolesti cirkulacijskog sustava 14,9% (44.867, među njima najčešća angina pectoris), slijede novotvorine 14,4% (43.409, s najčešćom zloćudnom novotvorinom bronha i pluća).

Tijekom 2010. godine vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju su bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti dišnog sustava, ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka te bolesti genitourinarnog sustava. Više se zbrinjava žena nego muškaraca (1,04:1). U hospitalizacijama žena najzastupljenije su 2010. godine bile novotvorine 13,9% (40.619, a među njima najčešća zloćudna novotvorina dojke). Kod muškaraca liječenih u bolnicama Hrvatske najzastupljenije su bile bolesti cirkulacijskog sustava 15,4% (43.188, među njima najčešća angina pectoris), slijede novotvorine 14,1% (39.357, s najčešćom zloćudnom novotvorinom bronha i pluća).

Tijekom 2011. godine vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju 2011. godine su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka, bolesti dišnog sustava, te bolesti genitourinarnog sustava. Ukupno se u bolnicama Hrvatske zbrinjava nešto više žena no muškaraca (1,06:1). U hospitalizacijama žena najzastupljenije su 2011. godine bile novotvorine 13,7% (41.805, a među njima najčešća zloćudna novotvorina dojke). U muškaraca liječenih u bolnicama u Hrvatskoj najzastupljenije bolesti 2011. godine bile su bolesti cirkulacijskog sustava 15,5% (44.738, među njima najčešća fibrilacija atrijska i undulacija).

Statistika o uzrocima smrti je u mnogim zemljama, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, izvor najpouzdanijih zdravstvenih podataka u ocjeni zdravstvenog stanja. Mortalitetnim pokazateljima se služimo i u evaluaciji postignuća strateški zadanih zdravstvenih ciljeva u

nacionalnim zdravstvenim politikama, kao i u Ciljevima zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije za 21 stoljeće. Kvaliteta mortalitetnih pokazatelja ovisi o nizu elemenata koji trebaju biti zadovoljeni da bi mortalitetna statistika bila pouzdan izvor zdravstvenih informacija. U određivanju osnovnog uzroka smrti je od posebne važnosti pravilno ispunjavanje potvrde o smrti. Ovaj obrazac ispunjavaju mrtvozornici koji bez suradnje s liječnikom koji je umrlu osobu liječio prije smrti i bez medicinske dokumentacije ne mogu upisati točan uzrok smrti. Dijagnoze smrti se slijedom pravila Međunarodne klasifikacije bolesti šifriraju i nakon obrade podaci razvrstavaju prema različitim značajkama od kojih su uz samu dijagnozu smrti od posebne važnosti: dob, spol, mjesto smrti, mjesto boravka. Osim za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva neki od mortalitetnih pokazatelja služe u ocjeni rada zdravstvenih službi (npr. udio smrti od apendicitisa i hernija, udio provedenih obdukcija, udio obdukcija provedenih u bolnicama), a neki u ocjeni kvalitete cjelokupne mortalitetne statistike poput udjela nepoznatih, nedovoljno definiranih uzroka smrti.

Umrli u Hrvatskoj od 2008. do 2011. godine

Vodeći uzroci smrti su iz skupine cirkulacijskih bolesti, novotvorina, ozljeda i otrovanja, bolesti dišnog i probavnog sustava. Godišnje prosječno u Hrvatskoj umire oko 52.000 osoba od kojih tri četvrtine umre od bolesti cirkulacijskog sustava i novotvorina. Udjel nepoznatog i nedovoljno definiranog uzroka smrti u ukupnom mortalitetu zadnjih pet godina bilježi vrijednosti od 1% (u 2010. godini 0,98%).

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku u Hrvatskoj je u 2008. godini umrlo 52.151, 2009. godini 52.414, 2010. godini 52.096, a u 2011. godini 51.019 osoba čije je stalno prebivalište ili boravište bilo na području Republike Hrvatske. Stopa smrtnosti zadnjih tri godine kreće se oko 11,8/1.000 stanovnika (u 2011. godini 11,6/1.000) Od 2009. godini bilježi se povećanje udjela žena u ukupnom mortalitetu. (Tablica 14).

Tablica 14. Broj umrlih, stopa na 100.000 stanovnika i spolna raspodjela u Hrvatskoj od 2008. do 2011. godine

	2008.	2009.	2010.	2011.
Broj umrlih	52.151	52.414	52.096	51.019
Stopa/100.000	1.175,24	1.183,41	1.179,23	1.158,79
% muškaraca	50,3	49,7	49,3	49,4
% žena	49,7	50,3	50,7	50,6

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku

Vodeći uzrok smrti je skupina cirkulacijskih bolesti od kojih umire oko 50% osoba, tako je u 2008. godini umrlo 26.235 (stopa 591,2/100.000), 2009. godine 25.976 (stopa 586,5/100.000), 2010. godine 25.631 osoba (stopa 580,2/100.000) a 2011. godine 24.841 (stopa 564,2/100.000). Od novotvorina, druge po redu skupine bolesti vodećih uzroka smrti, u 2008. godini umrlo je 13.280 osoba (stopa 299,3/100.000 stanovnika) u 2009. godini 13.496 osoba (stopa 304,7/100.000 stanovnika) u 2010. umrlo je 13.698 osoba (stopa 310,1/100.000) a u 2011. godini 13.861 (stopa 314,8/100.000). Treći vodeći uzrok smrti su ozljede i otrovanja od kojih je u 2008. godini umrlo 3.034 osobe (stopa 68,4/100.000), u 2009. godini umrlo je 2.986 (stopa 67,4/100.000), u 2010. zabilježeno je 2968 umrlih sa stopom od 67,2/100.000, a u 2011. godini 2.767 (stopa 62,9/100.000). Zadnje četiri godine bolesti probavnog sustava nalaze se na četvrtom mjestu uzroka smrti od kojih je u 2008. godini umrlo 2.433 osobe (stopa 54,8/100.000), u 2009. godini 2.430 (stopa 54,9/100.000), a u 2010. godini 2.459 osoba (stopa 55,7/100.000) te u 2011. godini 2.314 osoba (stopa 52,6/100.000). Na petom mjestu vodećih uzroka smrti nalaze se bolesti dišnog sustava od koji je u 2008. godini umrlo 2.249 osoba (stopa 50,1/100.000), u 2009.

godini 2.263 (stopa 51,1/100.000), u 2010. godini 1.957 osoba (stopa 44,3/100.000) te 2011. godini 2.052 osobe (stopa 46,6/100.000) (Tablica 15).

Tablica 15. Broj umrlih i stopa na 100.000 stanovnika prema skupinama bolesti u Hrvatskoj od 2008 do 2011. godine

Skupina bolesti	2008.		2009.		2010.		2011.	
	Broj	Stopa/ 100.000	Broj	Stopa/ 100.000	Broj	Stopa/ 100.000	Broj	Stopa/ 100.000
Bolesti cirkulacijskog sustava	26.235	591,22	25.976	586,5	25.631	580,18	24.841	564,2
Novotvorine	13.280	299,27	13.496	304,7	13.698	310,07	13.861	314,8
Ozljeđe, otrovanja i posljedice vanjskih uzroka	3.034	68,37	2.986	67,4	2.968	67,18	2.767	62,9
Bolesti probavnog sustava	2.433	54,83	2.430	54,9	2.459	55,66	2.314	52,6
Bolesti dišnog sustava	2.249	50,68	2.263	51,1	1.957	44,30	2.052	46,6
Nepoznati i nedovoljno definirani uzroci smrti	557	12,55	576	13,0	509	11,52	545	12,4

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku

Poredak vodećih uzroka smrti prema skupinama bolesti kod muškaraca jednak je u razdoblju od 2008. do 2011. godine, što znači da su na prvom mjestu cirkulacijske bolesti, slijede novotvorine, ozljeđe i otrovanja na trećem mjestu, bolesti probavnog sustava na četvrtom te bolesti dišnog sustava na petom mjestu (Tablica 16)

Tablica 16. Struktura uzroka smrti kod muškaraca u Hrvatskoj od 2008. do 2011. godine

Skupina bolesti	2008.	2009.	2010.	2011.
	%	%	%	%
Bolesti cirkulacijskog sustava	43,5	42,6	42,5	41,8
Novotvorine	29,4	30,0	30,6	31,7
Ozljeđe, otrovanja i posljedice vanjskih uzroka	7,7	7,3	7,2	6,8
Bolesti probavnog sustava	5,7	5,7	5,8	5,7
Bolesti dišnog sustava	5,1	5,2	4,6	5,0
Ostale	8,6	9,3	9,3	9,0

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku

Poredak prvih četiri uzroka smrti prema skupinama bolesti kod žena jednak je u razdoblju od 2008. do 2010. godine, što znači da su na prvom mjestu cirkulacijske bolesti, slijede novotvorine, zatim ozljeđe i otrovanja na trećem te bolesti probavnog sustava na četvrtom mjestu. U 2009. i 2011. godini na petom mjestu nalaze se bolesti dišnog sustava, a u 2010. na tom mjestu su bile bolesti endokrinog sustava (Tablica 17).

Tablica 17. Struktura uzroka smrti kod žena u Hrvatskoj od 2008. do 2011. godine

Skupina bolesti	2008.	2009.	2010.	2011.
	%	%	%	%
Bolesti cirkulacijskog sustava	57,2	56,4	55,7	55,4
Novotvorine	21,4	21,5	22,1	22,8
Ozljede, otrovanja i posljedice vanjskih uzroka	3,9	4,2	4,3	4,1
Bolesti probavnog sustava	3,6	3,6	3,7	3,4
Bolesti dišnog sustava	3,5	3,5	2,9	3,1
Bolesti endokrinog sustava	3,0	3,0	3,1	2,6
Ostale	7,4	7,8	8,2	8,6

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku

Maternalna smrtnost

Maternalna smrtnost je već godinama niska i svodi se na sporadične slučajeve. U 2008. godini su zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama u Hrvatskoj umrle tri žena (stopa 6,86/100.000 živorođenih). Jedna smrt je bila neposredno povezana s porodom (plućna embolija u babinjama, MKB-X šifra O88.2), a dvije zbog „neizravnih“ porodničkih uzroka odnosno bolesti/stanja koja su se razvila ili pogoršala tijekom trudnoće, poroda ili babinja (dilatativna kardiomiopatija i infarkt miokarda). Stopa maternalne smrtnosti od izravnih porodničkih uzroka bila bi za Hrvatsku 2008. godine 2,28/100.000 živorođenih, a od svih uzroka (porodničkih i neporodničkih) iznosi 6,86/100.000 živorođenih. Iz navedenih podataka, može se vidjeti da je veći broj maternalnih smrti u Hrvatskoj zbog razloga koji se izravno ne mogu vezati uz trudnoću, porod.

U 2009. godini je zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama u Hrvatskoj umrlo šest žena (stopa 13,46/100.000 živorođenih). Dvije smrti su uzrokovane eklampsijom, tri tromboembolijom, a jedna zbog plućne embolije plodnom vodom. Iz navedenih podataka, može se vidjeti da je svih šest žena u 2009. god. umrlo od izravnih porodničkih uzroka.

U 2010. godini su zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama u Hrvatskoj umrle četiri žene (stopa 9,22/100.000 živorođenih). Dvije smrti su uzrokovane cirkulacijskim bolestima, jedna tromboembolijom, a jedna zbog bolesti dišnog sustava. Stopa maternalne smrtnosti od izravnih porodničkih uzroka bila bi za Hrvatsku 2010. godine 2,31/100.000 živorođenih, a od svih uzroka (porodničkih i neporodničkih) iznosi 6,86/100.000 živorođenih. Iz navedenih podataka, može se vidjeti da je veći broj maternalnih smrti u Hrvatskoj zbog razloga koji se izravno ne mogu vezati uz trudnoću, porod.

U 2011. godini su zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama u Hrvatskoj umrle četiri žene (stopa 9,71/100.000 živorođenih). Nijedna od 4 umrle žene zbog komplikacija u trudnoći, porodu ili babinjama nije umrla zbog izravnog porodničkog uzroka. Dvije smrti su bile u ranoj trudnoći, jedna uzrokovana akutnom idiopatskom trombocitopenijskom purpurom, druga zbog nasljednog poremećaja u faktorima zgrušavanja, a dvije u babinjama, jedna zbog kardiomiopatije i druga zbog epilepsije.

Da bi se smanji rizik od maternalne smrtnosti u Hrvatskoj se u okviru zdravstvenog sustava provode brojne mjere antenatalne, partialne i postpartalne skrbi propisane Programom mjera

zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06) izvadak Programa o zdravstvenoj zaštiti žena). Ovaj program u potpunosti je financiran od strane obveznog zdravstvenog osiguranja kojim su „pokriveni“ gotovo svi građani u Republici Hrvatskoj.

Dojenačka smrtnost u 2008. godini

U Hrvatskoj je u 2008. godini umrlo 195 dojenčadi ili 4,5/1.000 živorođenih (u 2007. godini 234 odnosno 5,6/1.000). Najveći broj novorođenčadi (0-27 dana života) umre u prvom ili sljedećih nekoliko dana života (77,4% umrle novorođenčadi). U dobi 0-6 dana umrlo je 61% dojenčadi (119 djece) od kojih je 32,8% umrlo u prva 24 sata života (64), a 28,2% u 1.-6. danu (55). Još 16,4% (32) ih je umrlo u kasnom novorođenačkom razdoblju, a 34,4% (67) od 2. mjeseca do navršene prve godine.

Najčešći uzroci ukupnih dojenačkih smrti su zbog određenih patoloških stanja vezanih uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja u udjelu od 57,0%) i kongenitalnih anomalija (30,8%), slijede „Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo“ (3,1%), zatim zajedničko mjesto od po 2,1% dijele tri skupine bolesti – „Zarazne i parazitarne bolesti“, „Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma“ te „Bolesti dišnog sustava“, a svi ostali uzroci zajedno čine 3%. Od 195 umrle dojenčadi 2008. godine 123 odnosno 63,1% ih je umrlo od 10 vodećih uzroka smrti. Među vodećim uzrocima se izdvajaju bolesti nastale kao posljedice kratkog trajanja gestacije i nezrelosti, a najčešće vezano uz komplikacije majke u trudnoći (upalne i druge patološke promjene posteljice). Od druge vodeće skupine uzroka dojenačkih smrti, kongenitalnih malformacija, možemo izdvojiti kao vodeće kromosomopatije (sindrom Edwards i Patau), prirođenu dijafragmalnu herniju i ostale prirođene malformacije srca. Najveći broj novorođenčadi (0-27 dana života) umre u prvom ili sljedećih nekoliko dana života (77,4% umrle novorođenčadi).

Tablica 18. Struktura uzroka dojenačkih smrti po skupinama bolesti 2008. godine

Skupina bolesti - stanja	BROJ	%	Rang
ICD-10 disease group	No.	%	Rank
I Zarazne i parazitarne bolesti - Certain infectious and parasitic diseases	4	2,1	4./5
II Novotvorine - Neoplasms	2	1,0	7.
IV Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma - Endocrine, nutritional and metabolic diseases	4	2,1	4./5
VI Bolesti cirkulacijskog sustava - Diseases of the circulatory system	1	0,5	8.
X Bolesti dišnog sustava - Diseases of the respiratory system	4	2,1	4./5
XVI Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju - Certain conditions originating in the perinatal period	111	57,0	1.
XVII Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti - Congenital malformations deformations and chromosomal abnormalities	60	30,8	2.
XVIII Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo - Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NE	6	3,1	3.
XIX Ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	3	1,5	6.
UKUPNO - Total	195	100	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2009. godine (ISSN 1330-0350)

Perinatalni mortalitet u 2008. godini

Perinatalni mortalitet u 2008. godini, prema metodologiji SZO-a za međunarodne usporedbe, iznosio 4,6/1.000 rođenih. Prosjek Europske unije iznosi 6,0/1.000 rođenih ≥ 1.000 grama porodne težine, a Europske regije 7,6/1.000 ukupno rođenih. Perinatalni mortalitet za sve rođene (≥ 500 grama porodne težine) je u Hrvatskoj u 2008. godini iznosio 7,0/1.000 rođenih.

Dojenačka smrtnost u 2009. godini

U Hrvatskoj je u 2009. godini umrlo 235 dojenčadi ili 5,3/1.000 živorođenih (u 2008. godini 195 odnosno 4,5/1.000). Najveći broj novorođenčadi (0-27 dana života) umre u prvom ili sljedećih nekoliko dana života (81,3% umrle novorođenčadi).

U dobi 0-6 dana umrlo je 60,4% dojenčadi (142 djece) od kojih je 36,6% umrlo u prva 24 sata života (86), a 23,8% u 1.-6. danu (56). Još 20,9% (49) ih je umrlo u kasnom novorođenačkom razdoblju, a svega 18,7% (44) od 2. mjeseca do navršene prve godine.

Najčešći uzroci ukupnih dojenačkih smrti su zbog određenih patoloških stanja vezanih uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja u udjelu od 52,3%) i kongenitalnih anomalija (36,6%), slijede «Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo» (3,8%), zatim zajedničko mjesto od po 1,7% dijele dvije skupine bolesti – cirkulacijskog i dišnog sustava, a svi ostali uzroci zajedno čine 3,8%.

Od 235 umrle dojenčadi 2009. godine 136 odnosno 57,9% ih je umrlo od 10 vodećih uzroka smrti. Među vodećim uzrocima se izdvajaju bolesti nastale kao posljedice kratkog trajanja gestacije i nezrelosti, a najčešće vezano uz komplikacije majke u trudnoći (upalne i druge patološke promjene posteljice). Od druge vodeće skupine uzroka dojenačkih smrti, kongenitalnih malformacija, možemo izdvojiti kao vodeće kromosomopatije (sindrome Edwards i Patau) i prirođenu dijafragmalnu herniju.

Tablica 19. Struktura uzroka dojenačkih smrti po skupinama bolesti 2009. godine

Skupina bolesti - stanja	BROJ	%	Rang
ICD-10 disease group	No.	%	Rank
I Zarazne i parazitarne bolesti - Certain infectious and parasitic diseases	1	0,4	8.
IV Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma - Endocrine, nutritional and metabolic diseases	3	1,3	6./7.
VI Bolesti živčanog sustava - Diseases of the nervous system	2	0,9	8.
VI Bolesti cirkulacijskog sustava - Diseases of the circulatory system	4	1,7	4./5.
X Bolesti dišnog sustava - Diseases of the respiratory system	4	1,7	4./5.
XVI Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju - Certain conditions originating in the perinatal period	123	52,3	1.
XVII Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti - Congenital malformations deformations and chromosomal abnormalities	86	36,6	2.
XVIII Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo - Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NE	9	3,8	3.
XIX Ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	3	1,3	6./7.
UKUPNO - Total	235	100	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2010. godine (ISSN 1330-0350)

Perinatalni mortalitet u 2009. godini

Perinatalni mortalitet u 2009. godini, prema metodologiji SZO-a za međunarodne usporedbe, iznosi 4,4/1.000 rođenih. Prosjek Europske unije iznosi 5,8/1.000 rođenih ≥ 1.000 grama porodne težine, a Europske regije 7,7/1.000 ukupno rođenih. Perinatalni mortalitet za sve rođene (≥ 500 grama porodne težine) je u Hrvatskoj u 2009. godini iznosio 7,2/1.000 rođenih.

Dojenačka smrtnost u 2010. godini

U Hrvatskoj je u 2010. godini umrlo 192 dojenčadi ili 4,4/1.000 živorođenih (u 2009. godini 235 odnosno 5,3/1.000). Najveći broj novorođenčadi (0-27 dana života) umre u prvom ili sljedećih nekoliko dana života (75,5% umrle novorođenčadi).

U dobi 0-6 dana umrlo je 58,3% dojenčadi (112 djece) od kojih je 36,4% umrlo u prva 24 sata života (70), a 21,9% u 1.-6. danu (42). Još 17,2% (33) ih je umrlo u kasnom novorođenačkom razdoblju, a svega 24,5% (47) od 2. mjeseca do navršene prve godine.

Najčešći uzroci ukupnih dojenačkih smrti su zbog određenih patoloških stanja vezanih uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja u udjelu od 58,9%) i kongenitalnih anomalija (29,7%), slijede «Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo» (4,2%), zatim ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka (3,1%) a svi ostali uzroci zajedno čine 4,1%.

Od 192 umrla dojenčeta 2010. godine 123 odnosno 64,1% ih je umrlo od 10 vodećih uzroka smrti. Među vodećim uzrocima se izdvajaju bolesti nastale kao posljedice kratkog trajanja gestacije i nezrelosti, a najčešće vezano uz komplikacije majke u trudnoći. Od druge vodeće skupine uzroka dojenačkih smrti, kongenitalnih malformacija, možemo izdvojiti kao vodeće kromosomopatije (sindrom Down, Edwards i Patau) i prirođenu dijafragmalnu herniju. Najveći broj novorođenčadi (0-27 dana života) umre u prvom ili sljedećih nekoliko dana života (75,5% umrle novorođenčadi).

Tablica 20. Struktura uzroka dojenačkih smrti po skupinama bolesti 2010. godine

Skupina bolesti - stanja	BROJ	%	Rang
ICD-10 disease group	No.	%	Rank
I Zarazne i parazitarne bolesti - <i>Certain infectious and parasitic diseases</i>	3	1,6	5.
II Novotvorine - <i>Neoplasms</i>	1	0,5	7./8.
III Bolesti krvi i krvotvornog sustava te imunološke bolesti - <i>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain diseases involving the immune mechanism</i>	2	1,0	6.
IV Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma - <i>Endocrine, nutritional and metabolic diseases</i>	1	0,5	7./8.
X Bolesti dišnog sustava - <i>Diseases of the respiratory system</i>	1	0,5	7./8.
XVI Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju - <i>Certain conditions originating in the perinatal period</i>	113	58,9	1.
XVII Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti - <i>Congenital malformations deformations and chromosomal abnormalities</i>	57	29,7	2.
XVIII Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo - <i>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NE</i>	8	4,2	3.
XIX Ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka - <i>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</i>	6	3,1	4.
UKUPNO - Total	192	100	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2011. godine (ISSN 1330-0350)

Perinatalni mortalitet u 2010. godini

Perinatalni mortalitet u 2010. godini, prema metodologiji SZO-a za međunarodne usporedbe, iznosi 4,7/1.000 rođenih. Prosjek Europske unije iznosi 5,6/1.000 rođenih ≥ 1.000 grama porodne težine, a Europske regije 7,4/1.000 ukupno rođenih. Perinatalni mortalitet za sve rođene (≥ 500 grama porodne težine) je u Hrvatskoj u 2010. godini iznosio 7,1/1.000 rođenih.

Dojenačka smrtnost u 2011. godini

U Hrvatskoj je u 2011. godini umrlo 192 dojenčadi ili 4,7/1.000 živorođenih (u 2010. godini 192 odnosno 4,4/1.000).

Najveći broj dojenačkih smrti se zbiva u ranom neonatalnom razdoblju (0-6 dana) u kojem je umrlo 98 djece ili 51,04% sve umrle dojenčadi, najčešće kao posljedica nezrelosti i nespremnosti djetetova organizma na život u vanjskom svijetu zbog preranog rođenja. U prvom danu života umro je jednak broj djece (48/192 ili 25,0%, kao u u dobi 28-364 dana života (48) što pokazuje na važnost dostupnosti tercijarne razine neonatalnog liječenja u slučajevima prijevremenih poroda. Od navršenog prvog do sedmog dana života umrlo je 50 novorođenčadi odnosno 26,04%, a u kasnom neonatalnom razdoblju (7-27 navršenih dana) umrlo je 46/192 ili 23,96% dojenčadi.

Najčešći uzroci ukupnih dojenačkih smrti su zbog određenih patoloških stanja vezanih uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja u udjelu od 62,0%) i kongenitalnih anomalija (26,6%), slijede «Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo» (4,2%), zatim ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka, zarazne i parazitarne bolesti te bolesti dišnog sustava (1,6%) a svi ostali uzroci zajedno čine 2,6%.

Tablica 21. Struktura uzroka dojenačkih smrti po skupinama bolesti 2011. godine

Skupina bolesti - stanja		BROJ	%	Rang
ICD-10 disease group		No.	%	Rank
I	Zarazne i parazitarne bolesti - Certain infectious and parasitic diseases	3	1,6	4.
IV	Endokrine bolesti, bolesti prehrane i metabolizma - Endocrine, nutritional and metabolic diseases	2	1,04	5.
VI	Bolesti živčanog sustava - Diseases of the nervous system	2	1,04	5.
IX	Bolesti cirkulacijskog sustava - Diseases of the circulatory system	1	0,5	6.
X	Bolesti dišnog sustava - Diseases of the respiratory system	3	1,6	4.
XVI	Određena stanja nastala u perinatalnom razdoblju - Certain conditions originating in the perinatal period	119	62,0	1.
XVII	Kongenitalne malformacije, deformiteti i kromosomske abnormalnosti - Congenital malformations deformations and chromosomal abnormalities	51	26,6	2.
XVIII	Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi neuvršteni drugamo - Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, NE	8	4,2	3.
XIX	Ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	3	1,6	4.
UKUPNO - Total		192	100	

Izvor podataka: Dokumentacija Državnog zavoda za statistiku, 2012. godine
Source of information: Croatian Central Bureau of Statistics 2012

Perinatalni mortalitet u 2011. godini

Perinatalni mortalitet u 2011. godini, prema metodologiji SZO-a za međunarodne usporedbe, je iznosio 3,5/1.000 rođenih. Prosjek Europske unije iznosi 5,5/1.000 rođenih ≥ 1.000 grama porodne težine, a Europske regije 7,5/1.000 ukupno rođenih. Perinatalni mortalitet za rođene

≥500 grama porodne težine) je u Hrvatskoj u 2011. godini iznosio 5,9/1.000 rođenih, a kad bi ubrojili sve rođene, neovisno o porodnoj težini, 6,3/1.000 ukupno rođenih.

2011. godina, okvirni podaci

U 2011. godini zabilježen je pad broja živorođene djece u odnosu na prethodnu godinu za 5,0%, tj. rođeno je 2 164 djece manje nego u 2010. Ukupan broj rođenih u 2011. bio je 41 342 djece, od toga 41 197 živorođene djece i 145 mrtvorodne djece. Od 41 197 živorođene djece, 21 177 ili 51,4% rođeno je muške djece i 20 020 ili 48,6% ženske djece. Stopa nataliteta (živorođeni na 1 000 stanovnika) u 2011. iznosila je 9,4. Kod umrli u 2011. godini zabilježen je pad broja umrlih osoba u odnosu na prethodnu godinu, tj. umrlo je 1 077 osoba ili 2,1% manje nego u prethodnoj godini. Od ukupnog broja umrlih osoba (51 019) u 2011., 25 185 ili 49,4% odnosilo se na muške osobe i 25 834 ili 50,6% na ženske osobe. Stopa mortaliteta (umrli na 1 000 stanovnika) u 2011. iznosila je 11,6. U 2011. umrlo je 192 dojenčadi, odnosno 0,38% od ukupnog broja umrlih. Od ukupnog broja umrle dojenčadi, 98 ili 51,0% umrlo je u prvim danima života, tj. 0 - 6 dana starosti. Stopa umrle dojenčadi (broj umrle dojenčadi na tisuću živorođenih) u 2011. iznosila je 4,7, a u prethodnoj godini iznosila je 4,4. Najmanja stopa umrle dojenčadi u 2011. bila je u Požeško-slavonskoj županiji (1,4), a najveća je bila u Ličko-senjskoj županiji (8,3).

Stopa prirodnog prirasta u 2011. bila je u Republici Hrvatskoj negativna i iznosila je -2,2 (-9 822 osobe). Negativno prirodno kretanje pokazuje i vitalni indeks (živorođeni na 100 umrlih), koji je iznosio 80,7. U Gradu Zagrebu bio je pozitivan prirodni prirast, a u svim ostalim županijama bio je negativan. Najveći negativni prirodni prirast bio je u Sisačko-moslavačkoj županiji, i to -1 081 uz vitalni indeks od 57,9. Pozitivan prirodni prirast bio je u 101 gradu/općini i Gradu Zagrebu, a negativan je bio u 445 gradova/općina, dok je 9 gradova/općina imalo nulti prirodni prirast.

Hrvatska je i potpisnica «Milenijskih razvojnih ciljeva» gdje se među osnovne mjere sigurnog majčinstva također ističe potreba pružanja stručne pomoći pri porodu, mjera planiranja obitelji kojima će se utjecati na razmak između dva poroda i ukupan broj poroda tijekom života. Sve ove mjere i pokazatelji u uvjetima dobro razvijene porodničke zaštite s 99% rađanjem u bolničkim ustanovama kao što je to u Hrvatskoj više nisu od prioritetnog značaja za procjenu sigurnog majčinstva kao što su su to mjere sprječavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja komplikacija u trudnoći.

Osnovni ciljevi hrvatskog zdravstva vezani uz sigurno majčinstvo i unaprjeđenje perinatalne zaštite, a prema smjernicama Povjerenstva za perinatalnu medicinu MZSS-a i Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu i u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo su:

1. regionalna organizacija perinatalne zaštite kojom će briga za majku i dijete biti podijeljena u tri razine (od skrbi za zdravu trudnicu odnosno rodilju i dijete do skrbi za ugroženu trudnoću, prema stupnju rizika)
2. razvoj specijaliziranih službi, posebice neonatološke djelatnosti
3. razvoj perinatalnog informacijskog sustava za praćenje perinatalnih ishoda
4. praćenje i evaluacija perinatalne skrbi na svim razinama
5. interesorska suradnja u definiranju propisa kojima se promiču prava zaštite zdravlja majki i djece
6. realizacija Milenijskih razvojnih ciljeva posvećenih majkama i djeci.

U rodilištima, odnosno uz stručnu pomoć, se rađa 99,9% djece, uz niske stope perinatalnog mortaliteta. Prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije, Hrvatska pripada Eur-A zemljama s dobrim zdravstvenim pokazateljima i perinatalnim mortalitetom djece iznad 1000 grama porodne težine <5%.

Ozljede

Na ljestvici mortaliteta u Hrvatskoj 2011. godine ozljede (MKB: Ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka; V01-Y98) se nalaze na trećem mjestu uzroka smrtnosti u Hrvatskoj iza bolesti srca i krvnih žila i novotvorina s ukupno 2767 umrlih i udjelom od 5,4% u ukupnoj smrtnosti. Dobnospecifične stope smrtnosti od ozljeda u oba spola ukupno osciliraju u zadnjem desetogodišnjem razdoblju u rasponu 61-68/100 000, te se ne bilježe značajnije promjene. Međutim, stope smrtnosti od ozljeda u osoba ženskog spola pokazuju blagi trend rasta u promatranom razdoblju. Od ozljeda umire više muškaraca nego žena. Omjer stopa smrtnosti muškaraca i žena iznosi u zadnjem desetogodišnjem razdoblju u prosjeku 2,1:1. Važnost ozljeda kao jednog od vodećih javnozdravstvenih problema je u tome što su one vodeći uzrok smrti u djece i mladih osoba. S obzirom na pokazatelj prijevremenog mortaliteta - broj potencijalno izgubljenih godina života (1-75 g.), ozljede se nalaze na trećem mjestu (41 789) iza novotvorina (98 688) i bolesti srca i krvnih žila (67 833). Međutim, najveći broj izgubljenih godina života po osobi je uslijed ozljeda.

Iako su ozljede vodeći uzrok smrti u djece i mladih, dobnospecifične stope smrtnosti od svih ozljeda rastu s dobi. Dinamika kretanja dobnospecifičnih stopa razlikuje se ovisno o vanjskom uzroku. Vodeći vanjski uzroci smrti od ozljeda u 2011. godini su padovi (36%), samoubojstva (25%) i prometne nesreće (18%). Djeca i mlađe osobe (0-39g.) umiru najviše uslijed prometnih nesreća, osobe srednje dobi (40-64 g.) najviše uslijed samoubojstava, dok je u starijih osoba (65 i više g.) pad vodeći vanjski uzrok smrti.

Među uzrocima bolničkog liječenja u 2011. godini ozljede se nalaze na četvrtom mjestu s ukupno 45 084 hospitalizacije (stacionarni dio) i udjelom od 7,6% te ukupnom stopom 1024/100 000. Pad je vodeći uzrok hospitalizacija zbog ozljeda s udjelom 41% što znači da je skoro svaka treća hospitalizacija zbog ozljede uzrokovana padom. U starijih osoba (65 i više godina) koje su liječene u bolnici zbog ozljeda, polovica hospitalizacija otpada na ozljede nastale kao posljedica pada. Ozljede uslijed prometnih nesreća čine 23% od svih hospitalizacija zbog ozljeda.

Prevenција ozljeda

U *Planu i programu mjera iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (2006)* ozljede su svrstane u prioritetne zdravstvene probleme te su navedene mjere i postupci za njihovo provođenje. U *Planu razvoja javnog zdravstva za razdoblje 2011.-2015* ozljede se istaknute kao jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u Hrvatskoj. Među ciljevima je navedena potreba razvijanja, provedbe i vrednovanja nacionalnih programa prevencije ozljeda za prioritetna područja. U Hrvatskoj se od 1994. godine provodi Nacionalni program sigurnosti cestovnog prometa. U tijeku je provedba 5. nastavka Programa za razdoblje 2011.-2020. godine koji za glavni cilj ima smanjenje broja umrlih u prometnim nesrećama za 50%. Područje prevencije samoubojstava opisano je uz mentalno zdravlje. U Hrvatskoj se provodi Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja, te je u tijeku i provedba Nacionalnog programa prevencije samoubojstava za djecu i mlade 2011 - 2013. godine. *Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece od 2006. do 2012.* obuhvaća ukupno 124 mjere usmjerene na unapređenje kvalitete života djece u Republici Hrvatskoj uključujući i prevenciju ozljeda u djece, te se u

području „Zdravlje“, 5. mjera odnosi na izradu Nacionalnog programa prevencije ozljeda djece s jasno definiranim zadaćama lokalne zajednice, zdravstvene službe i sustava obrazovanja.

Dijagnostiku zaraznih bolesti obavljaju zdravstvene ustanove u državnom vlasništvu: Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, klinički bolnički centri, kliničke bolnice i državni zdravstveni zavodi te zdravstvene ustanove u vlasništvu županija - zarazni odjeli Općih/županijskih bolnica i Zavodi za javno zdravstvo županija/Grada Zagreba.

Ustanove za liječenje tuberkuloze:

1. Klinika za plućne bolesti „Jordanovac“, Zagreb;
2. Bolnica za plućne bolesti i tuberkulozu, Klenovnik;
3. Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb;
4. Specijalna bolnica za bolesti dišnog sustava djece i mladeži, Zagreb;
5. Poliklinika za bolesti dišnog sustava, Zagreb;
6. Odjeli za unutarnje bolesti općih županijskih bolnica, Županije.

Spolno prenosive bolesti

Zaštita i liječenje od spolno prenosivih bolesti u Republici Hrvatskoj provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite. Prema podacima Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo tijekom 2010. godine, u skupini spolnih, odnosno spolno-prenosivih bolesti, vidi se i dalje razmjerno povoljno stanje s niskom i sporadičnom učestalošću: syphilis (18), gonorrhoea (20) i AIDS (22).

Ustanove za liječenje AIDS-a:

1. Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb;
2. Klinika je ujedno i Referentni centar Ministarstva zdravlja za AIDS, uz napomenu da se zaštita i liječenje HIV pozitivnih pacijenata provodi na svim razinama zdravstvene zaštite.

Ustanove za mentalno zdravlje

Registar za psihoze Hrvatske utemeljen je 1961. godine u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. Skupina mentalnih bolesti i poremećaja na sedmom je mjestu ljestvice uzroka hospitalizacija u Hrvatskoj 2011. godine s udjelom od 7,1%. Međutim, po broju korištenih dana bolničkog liječenja nalazi se na prvom mjestu s udjelom od 24,9% u ukupnom borju dana bolničkog liječenja. To praktički znači da se u Hrvatskoj svaki 4. dan bolničkog liječenja koristio za skupinu duševnih poremećaja. U ukupnom broju dana bolničkog liječenja radi mentalnih poremećaja prednjači shizofrenija s udjelom od 30,3%. Dobno-standardizirana stopa bolničke incidencije shizofrenije godinama ne pokazuje značajne promjene te prosječno iznosi 0,26/1000 stanovnika starijih od 15 godina.

Psihijatrijsko liječenje u Republici Hrvatskoj provodi se na razini polikliničke i bolničke zdravstvene zaštite u slijedećim zdravstvenim ustanovama:

1. Klinika za psihijatriju, Vrapče, Zagreb;

2. Psihijatrijska bolnica Sveti Ivan, Zagreb;
3. Psihijatrijska bolnica Ugljan, Ugljan;
4. Psihijatrijska bolnica Rab, Rab;
5. Psihijatrijska bolnica Lopača, Lopača;
6. Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“, Popovača;
7. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb;
8. Klinike za psihijatriju pri KBC-ima i Kliničkim bolnicama, Zagreb, Rijeka, Split i Osijek;
9. Odjeli za psihijatriju pri Općim bolnicama, županije;
10. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba, Zagreb;
11. Bolnica sv. Rafael, Strmac, Nova Gradiška.

Temeljem rješenja nadležnog suda o pokretanju postupka prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu neubrojive osobe koja je ostvarila obilježja kaznenog djela, sudsko-medicinska dokumentacija dostavlja se članovima Povjerenstva za izbor zdravstvene ustanove za prisilni smještaj ili premještaj osoba s duševnim smetnjama koje su u kaznenom ili prekršajnom postupku oglašene neubrojivim, radi prisilne hospitalizacije u psihijatrijskoj ustanovi u smislu odredbe članka 45.a st. 3. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama.

Zdravstvena zaštita žena

U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2010. godini u skrbi ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena bilo je 1,534.621 žena. Od ukupnog broja žena koje su izabrale svog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti njih 631.660 ili 41,1% je i koristilo usluge. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2010. godini ukupno je ugovorno s HZZO-om radilo 219 timova puno i 21 tim djelomično radno vrijeme.

U usporedbi s 2009. godinom došlo je do smanjenja ugovornih timova s punim radnim vremenom (za 8 timova). Istovremeno se broj timova u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om povećao za pet.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena posebice se prati zaštita trudnica i roditelja. Broj pregleda po trudnici se znatno razlikuje od županije do županije te se u 2010. godini kretao od pet u Vukovarsko-srijemskoj do 12 u Karlovačkoj županiji. Prosjek na razini cijele Hrvatske je bio 8,5 pregleda po trudnici za razliku od prethodne godine kada je bilo 7 pregleda po trudnici. Pri tome je potrebno uzeti u obzir činjenicu da određen broj trudnica posebice onih s rizičnom trudnoćom zdravstvenu zaštitu ostvaruje u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. U razdoblju od 2008 - 2010. godine došlo je do porasta broja patoloških stanja u trudnoći. Tijekom 2008. jedno od patološkog stanja utvrđeno je u 52,6%, a 2009. u 56,4% trudnica. Tijekom 2010. godine utvrđeno je ukupno 57.975 patoloških stanja u trudnoći što je porast veći od 2 puta u odnosu na 2009. godinu (26.404). Prema izvješćima ordinacija primarne zdravstvene zaštite žena posjete u svrhu planiranja obitelji su u posljednje tri godine u konstantnom padu. U 2010. godini bilo je za 0,4% manje posjeta u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava u odnosu na prethodnu godinu. U 2009. u odnosu na 2008. zabilježen je pad od 20,3%. Najčešće su propisivani oralni kontraceptivi (75,5%) i intrauterini ulošci (12,9%).

U 2010. godini obavljeno je 486.581 preventivnih pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena (stopa 473,3/1.000 žena fertilne dobi) što je porast u odnosu na prethodne godine (2009:416,4/1.000; 2008:437,5/1.000). U padu je broj obavljenih preventivnih pregleda dojki (stopa 71,1/1.000; 2009:108,2/1.000; 2008:121,1/1.000) što je vjerojatno posljedica

provođenja nacionalnog preventivnog programa za rak dojke. U padu je i broj načinjenih PAPA testova (stopa od 397,4/1.000; 2009: 414,1/1.000 žena fertilne dobi). Od ukupnog broja pregleda dojki u 2010. godini zabilježeno je 5,4% onih s patološkim nalazom što je smanjenje u odnosu na prethodne dvije godine (6,0% i 5,8%). Od ukupnog broja uzetih PAPA testova 8,0% bilo je patoloških što je također niže u odnosu na prethodne godine (9,2% i 9,4%).

Najčešći razlozi zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju i koristile usluge primarne zdravstvene zaštite žena u 2010. godini nisu se mijenjali u odnosu na prošlih nekoliko godina. To su najčešće bolesti mokraćnog i spolnog sustava s udjelom od 48,4%; čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom 26,6%; trudnoća, porođaj i babinje 9,1%; zarazne i parazitarne bolesti 8,0%; i novotvorine 6,0%.

U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2011. godini u skrbi ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena bilo je 1.472.336 žena. Od ukupnog broja žena koje su izabrale svog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti njih 543.352 ili 36,9% je i koristilo usluge. U djelatnosti zdravstvene zaštite žena u 2011. Godini ukupno je ugovorno s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) radilo 214 timova puno i 26 tim djelomično radno vrijeme. U usporedbi s 2010. godinom došlo je do smanjenja ugovornih timova s punim radnim vremenom (za 5 timova). Istovremeno se broj timova u ordinacijama privatne prakse bez ugovora s HZZO-om povećao za četiri. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena posebice se prati zaštita trudnica i roditelja. Broj pregleda po trudnici se znatno razlikuje od županije do županije te se u 2011. godini kretao od šest u Vukovarsko-srijemskoj do 14 u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji. Prosjek na razini cijele Hrvatske je bio 9,2 pregleda po trudnici za razliku od prethodne godine kada je bilo 8,5 pregleda po trudnici. Pri tome je potrebno uzeti u obzir činjenicu da određen broj trudnica posebice onih s rizičnom trudnoćom zdravstvenu zaštitu ostvaruje u specijalističkokonzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Tijekom 2011. godine utvrđeno je ukupno 62.115 patoloških stanja u trudnoći što je porast od 7% u odnosu na 2010. godinu.

Prema izvješćima ordinacija primarne zdravstvene zaštite žena u 2011. godini (ugovorne i neugovorne) bilo je za 15,1% manje posjeta u svrhu planiranja obitelji i/ili propisivanja jednog od kontracepcijskih sredstava u odnosu na prethodnu godinu. Najčešće su propisivani oralni kontraceptivi (81,8%) i intrauterini ulošci (10,2%).

U 2011. godini obavljeno je 424.776 preventivnih pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti žena (stopa 416,9/1.000 žena fertilne dobi) što je pad u odnosu na prethodnu godinu. U padu je broj obavljenih preventivnih pregleda dojki (stopa 50,4/1.000; 2010: 71,1/1.000) što je vjerojatno posljedica provođenja nacionalnog preventivnog programa za rano otkrivanje raka dojke. U padu je i broj načinjenih PAPA testova (stopa od 333,5/1.000; 2010: 397,4/1.000 žena fertilne dobi). Od ukupnog broja pregleda dojki u 2011. zabilježeno je 10,6% onih s patološkim nalazom što je povećanje u odnosu na prethodnu godinu (5,4%). Od ukupnog broja uzetih PAPA testova 8,1% bilo je patoloških što je na razini prethodne godine (8,0%).

Najčešći razlozi zbog kojih su žene dolazile u ginekološku ordinaciju i koristile usluge primarne zdravstvene zaštite žena u 2011. godini nisu se mijenjali u odnosu na prošlih nekoliko godina. To su najčešće bolesti mokraćnog i spolnog sustava s udjelom od 48,3%; čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom 26,0%; trudnoća, porođaj i babinje 11,9%; novotvorine 6,1% i zarazne i parazitarne bolesti 4,7%. U odnosu na

prethodnu godinu povećao se broj dolazaka zbog trudnoće, porođaja i babinja, a smanjio zbog zaraznih bolesti.

U bolnicama su se 2011. godine liječile 749747 osoba (u 2010. godini 745.692, u 2009. godini 743.052, u 2008. godini 768.400), uključujući boravke u bolnici zbog poroda, pobačaja i bolničke rehabilitacije, nešto više žena no muškaraca (1,06:1).

Vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju žena 2008. godine bile su novotvorine 14,2% (najčešće zloćudna novotvorina dojke), bolesti cirkulacijskog sustava 12,3% (najčešće cerebralni infarkt), bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa 10,0% (najčešće polip ženskog spolnog sustava), bolesti probavnog sustava 7,1% (najčešće kolelitijaza) te bolesti dišnog sustava 6,3% (najčešća dijagnoza kronične bolesti tonzila i adenoida), ostale bolesti i stanja 50,1%.

Vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju žena 2009. godine bile su novotvorine 14,9% (najčešće zloćudna novotvorina dojke), bolesti cirkulacijskog sustava 12,5% (najčešće cerebralni infarkt), bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa 10,2% (najčešće polip ženskog spolnog sustava), bolesti probavnog sustava 7,2% (najčešće kolelitijaza) te bolesti dišnog sustava 6,4% (najčešća dijagnoza kronične bolesti tonzila i adenoida), ostale bolesti i stanja 48,8%.

Vodeće skupine bolesti u bolničkom zbrinjavanju žena 2010. godine bile su novotvorine 13,9% (najčešće zloćudna novotvorina dojke), bolesti cirkulacijskog sustava 13,1% (najčešće cerebralni infarkt), bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa 9,8% (najčešće polip ženskog spolnog sustava), bolesti probavnog sustava 7,4% (najčešće kolelitijaza) te bolesti dišnog sustava 6,4% (najčešće pneumonija), ostale bolesti i stanja 49,4%.

U hospitalizacijama žena najzastupljenije su 2011. godine bile novotvorine 13,7% (najčešća zloćudna novotvorina dojke), bolesti cirkulacijskog sustava 12,9% (najčešća esencijalna, primarna hipertenzija), bolesti sustava mokraćnih i spolnih organa 9,6% (najčešće polip tijela maternice), bolesti probavnog sustava 7,6% (najčešća kolelitijaza) te bolesti dišnog sustava 6,4% (najčešće pneumonija nespecificirana), ostale bolesti i stanja 49,8%.

Zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – preventivni pregledi i savjetovanja

Zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece provodi se kroz dvije djelatnosti primarne zdravstvene zaštite: djelatnost za zaštitu zdravlja djece i u općoj/obiteljskom medicini, prema slobodnom odabiru liječnika od strane osiguranika (roditelja).

Osnovu preventivne zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece čine individualni sistematski i kontrolni pregledi, pregledi prije cijepljenja te savjetovanje roditelja vezana uz njegu i prehranu djeteta. Standardi broj preventivnih pregleda predviđenih Programom mjera (Narodne novine 126/06) je 4 pregleda po dojenčetu i 4 pregleda malog djeteta, uz provođenje cijepljenja propisanih Programom obveznih cijepljenja.

U 2008. godini se od ukupnih preventivnih posjeta dojenčadi (206.228) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 200.297 posjeta (97,1%), a na posjete zbog savjetovanja 5.931 (2,9%). Od ukupnih preventivnih posjeta male djece (249.091) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 216.683 posjeta (87,0%), a na posjete zbog

savjetovanja 32.408 (13,0%).

U 2009. godini se od ukupnih preventivnih posjeta dojenčadi (221.739) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 207.430 posjeta (93,5%), a na posjete zbog savjetovanja 14.309 (6,5%). Od ukupnih preventivnih posjeta male djece (269.126) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 248.132 posjeta (92,2%), a na posjete zbog savjetovanja 20.994 (7,8%).

U 2010. godini se od ukupnih preventivnih posjeta dojenčadi (196.032) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 193.061 posjeta (98,5%), a na posjete zbog savjetovanja 2.971 (1,5%). Od ukupnih preventivnih posjeta male djece (252.658) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 238.292 posjeta (94,3%), a na posjete zbog savjetovanja 14.366 (5,7%).

U 2011. godini se od ukupnih preventivnih posjeta dojenčadi (170.299) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 168.207 posjeta (98,8%), a na posjete zbog savjetovanja 2.092 (1,2%). Od ukupnih preventivnih posjeta male djece (314.386) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) se odnosi 292.828 posjeta (93,1%), a na posjete zbog savjetovanja 21.558 (6,9%).

Primarna zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – pokazatelji za 2008. godinu

Zdravstvenu zaštitu djece unutar ove djelatnosti provodi 252 tima. Zaštita se provodi za 364.997 osiguranika od kojih su 230.600 (63,2%) djeca predškolske dobi, dok su ostali osiguranici uglavnom djeca školske dobi. Za 79,6% djece predškolske dobi zaštita se provodi u ovoj djelatnosti (230.600 djece), a ostala djeca predškolske dobi (20,4%, odnosno 59.700 djece), najčešće na ruralnim područjima i otocima, su u skrbi djelatnosti opće/obiteljske medicine.

Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.472 osiguranika od kojih su 930 djeca u dobi 0-6 godina. U djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, 2008. godine zabilježen je 468.954 preventivni posjet djece u dobi do sedam godina, od kojih je bilo 215.615 preventivnih posjeta dojenčadi ili 4,5 posjeta po dojenčetu te 253.339 preventivnih posjeta djece 1-6 godina, odnosno 1,2 posjeta po malom djetetu. Od ukupnih preventivnih posjeta u djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 4,5 preventivnih posjeta po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 4,4 preventivnih posjeta. Između dvije djelatnosti primarne zdravstvene zaštite-opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, za dojenčad i za dob malog djeteta nije bilo značajnijih razlika u prosječnom broju preventivnih posjeta po dojenčetu koji je u obje djelatnosti bio nešto niži od standarda određenog Programom mjera zdravstvene zaštite.

U cjelokupnoj primarnoj zaštiti (u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece i ordinacijama opće/obiteljske medicine koje u skrbi imaju malu djecu.) provedeno je ukupno 300.509 sistematskih pregleda. U sistematski pregledane dojenčadi utvrđena je pothranjenost u 1,8% slučajeva, a preuhranjenost u 3,2% slučajeva.

Za 56,7% dojenčadi u dobi 0-2 mjeseca je zabilježeno da su hranjena isključivo majčinim mlijekom (51,3% u 2007. godini), 15,8% (19,0% u 2007. godini) je dojeno uz nadomjestke za majčino mlijeko, 12,3% je na umjetnoj prehrani (15,1% u 2007. godini), a za 15,1% nije

poznat podatak o načinu prehrane. Poslije prva tri mjeseca života udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 41,4% u skupini dojenčadi do 6. mjeseca života i na 18,2% u dobi 6-11 mjeseci te, uz dohranu, raste uporaba nadomjestaka za majčino mlijeko. U 74,8% sistematski pregledane dojenčadi zabilježeno je provođenje profilakse rahitisa (60,8% u 2007. godini), u 9,7% profilaksa anemije (10,4%, u 2007. godini), a znakovi rahitisa utvrđeni su u 0,4% dojenčadi (u 0,4% u 2007.). Među utvrđenim poremećajima razvoja pri sistematskim pregledima dojenčadi najčešće je registriran usporen psihomotorni razvoj u 3,2% pregledanih (2,6% u 2007.). Ostali poremećaji poput fimoze (0,9 %) prirođenog iščašenja kuka (0,5%), prirođenih srčanih grešaka (0,4%), drugih kogenitalnih anomalija (0,2%) kriptorhizma (0,2%) i mišićno-koštanih deformacija su zabilježeni u udjelu ispod 1%.

U sistematskim pregledima male djece zabilježena je pothranjenost u 1,5% (u 2007. godini u 1,4% pregleda), preuhranjenost u 2,6% pregledanih (u 2007. godini u 2,3%), a od patoloških stanja utvrđenih u sistematskim pregledima najčešći su kariozni zubi 9,6%, dok je u 2007. godini bilo 9,9%), zatim dislalija 3,4%; (u 2007. godini isto 3,1%), fimozu 2,1%; (u 2007. godini 2,0%) mišićno-koštane deformacije udova 1,8% (u 2007. godini isto 1,8%), strabizam 1,6%; (u 2007. godini 1,5%).

Prema izvješću o pobolu registrirano je 978.077 bolesti i stanja u dobi do 7. godine (u 2007. je registrirano 1.021.742). Najzastupljenije su bolesti dišnog sustava u udjelu od 50,3% u 2008. godini (51,1% u 2007. godini), slijede zarazne i parazitarne s 9,4% u 2008. godini; (9,0% u 2007. godini), bolesti uha s 6,2% u 2008. godini (6,4% u 2007. godini), bolesti kože i potkožnog tkiva 5,4% u 2008. godini (5,3% u 2007. godini) te simptomi, znakovi, ostali klinički i laboratorijski nalazi u udjelu od 3,8% u 2008. godini (3,5% u 2007. godini).

Primarna zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – pokazatelji za 2009. godinu. Zdravstvenu zaštitu djece unutar ove djelatnosti provodi 255 timova. Zaštita se provodi za 388.078 osiguranika od kojih su 249.745 (64,4%) djeca predškolske dobi, dok su ostali osiguranici uglavnom djeca školske dobi. Za 84,9% djece predškolske dobi zaštita se provodi u ovoj djelatnosti (249.745 djece), a ostala djeca predškolske dobi (15,1%, odnosno 44.408 djece), najčešće na ruralnim područjima i otocima, su u skrbi djelatnosti opće/obiteljske medicine.

Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.522 osiguranika od kojih su 979 djeca u dobi 0-6 godina.

Primarna zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – pokazatelji za 2009. godinu

U djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, 2009. godine zabilježeno je 490.865 preventivnih posjeta djece u dobi do sedam godina, od kojih je bilo 221.739 preventivnih posjeta dojenčadi ili 4,4 posjeta po dojenčetu te 269.126 preventivnih posjeta djece u dobi od 1 do 6 godina, odnosno 1,2 posjeta po malom djetetu. Od ukupnih preventivnih posjeta u djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 4,5 preventivnih posjeta po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 4,1 preventivnih posjeta.

U cjelokupnoj primarnoj zaštiti (u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece i ordinacijama opće/obiteljske medicine koje u skrbi imaju malu djecu) provedeno je ukupno 289.858 sistematskih pregleda (u 2008. godini 300.509 ili 3,6% više. U sistematski

pregledane dojenčadi utvrđena je pothranjenost u 1,7% slučajeva, a preuhranjenost u 3,0% slučajeva. Za 64,5% dojenčadi u dobi 0-2 mjeseca je zabilježeno da su hranjena isključivo majčinim mlijekom (56,7% u 2008. godini), 16,3% (15,8,0% u 2008. godini) je dojeno uz nadomjestke za majčino mlijeko, 13,4% je na umjetnoj prehrani (12,3% u 2008. godini), a za 5,8% nije poznat podatak o načinu prehrane. Poslije prva tri mjeseca života udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 44,7% u skupini dojenčadi do 6. mjeseca života i na 16,6% u dobi 6-11 mjeseci te, uz dohranu, raste uporaba nadomjestaka za majčino mlijeko. U 80,35% sistematski pregledane dojenčadi zabilježeno je provođenje profilakse rahitisa (74,8% u 2008. godini), u 10,3% profilaksa anemije (9,7%, u 2008. godini), a znakovi rahitisa utvrđeni su u 0,6% dojenčadi (u 0,4% u 2008.). Među utvrđenim poremećajima razvoja pri sistematskim pregledima dojenčadi najčešće je registriran usporen psihomotorni razvoj u 2,8% pregledanih (3,2% u 2008.). Ostali poremećaji poput fimoze (0,8 %) prirođenog iščašenja kuka (0,6%), prirođenih srčanih grešaka (0,5%), drugih kogenitalnih anomalija (0,3%) te kriptorhizam) i mišićno–koštane deformacije (0,2%) . Ostali su zabilježeni u udjelu ispod 1%.

U sistematskim pregledima male djece zabilježena je pothranjenost u 1,5% (u 2008. godini isto), preuhranjenost u 2,6% pregledanih (u 2008. godini isto), a od patoloških stanja utvrđenih u sistematskim pregledima najčešći su kariozni zubi 9,3%, dok je u 2008. godini bilo 9,6%), zatim dislalija 3,3%; (u 2008. godini isto 3,3%), fimozu 2,1%; (u 2008. godini isto 2,1%;) mišićno–koštane deformacije udova 1,8% (u 2008. godini isto 1,8%), strabizam 1,7%; (u 2008. godini 1,6%).

Prema izvješću o pobolu registrirano je 999.941 bolesti i stanja u dobi do 7. godine (u 2008. je registrirano (978.077). Najzastupljenije su bolesti dišnog sustava u udjelu od 46,0% u 2009. godini (50,3% u 2008. godini), slijede zarazne i parazitarne s 9,6% u 2009. godini; (9,4% u 2008. godini), bolesti uha s 6,2% u 2009. godini (isto u 2008. godini), bolesti kože i potkožnog tkiva 5,4% u 2009. godini (isto u 2008. godini) te simptomi, znakovi, ostali klinički i laboratorijski nalazi u udjelu od 4,6% u 2008. godini (3,8% u 2008. godini).

Primarna zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – pokazatelji za 2010. godinu

Zdravstvenu zaštitu djece unutar ove djelatnosti provodi 254 tima. Zaštita se provodi za 393.776 osiguranika od kojih su 260.672 (66,2%) djeca predškolske dobi, dok su ostali osiguranici uglavnom djeca školske dobi. Za 88,6% djece predškolske dobi zaštita se provodi u ovoj djelatnosti (260.672 djece), a ostala djeca predškolske dobi (11,4%, odnosno 33.487 djece), najčešće na ruralnim područjima i otocima, su u skrbi djelatnosti opće/obiteljske medicine.

Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.550 osiguranika od kojih su 1.026 djeca u dobi 0-6 godina.

U djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, 2010. godine zabilježeno je 448.690 preventivnih posjeta djece u dobi do sedam godina, od kojih je bilo 196.032 preventivnih posjeta dojenčadi ili 4,1 posjet po dojenčetu te 252.658 preventivnih posjeta djece u dobi od 1 do 6 godina, odnosno 1,1 posjet po malom djetetu. . Od ukupnih preventivnih posjeta u djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 4,1 preventivnih posjeta po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 4,1 preventivnih posjeta.

Između dvije djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, za dojenčad i za dob malog djeteta, nije bilo razlika u prosječnom broju preventivnih posjeta po dojenčetu. koji je u obje djelatnosti bio nešto niži od standarda određenog Programom mjera zdravstvene zaštite.

U cjelokupnoj primarnoj zaštiti (u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece i ordinacijama opće/obiteljske medicine koje u skrbi imaju malu djecu.) provedeno je ukupno 269.023 sistematskih pregleda (u 2009. godini 289.858 ili 7,7% više). U sistematski pregledane dojenčadi utvrđena je pothranjenost u 1,7% slučajeva, a preuhranjenost u 3,6% slučajeva. Za 66,3% dojenčadi u dobi 0-2 mjeseca je zabilježeno da su hranjena isključivo majčinim mlijekom (64,5% u 2009. godini), 15,5% (16,3% u 2009. godini) je dojeno uz nadomjestke za majčino mlijeko, 13,3% je na umjetnoj prehrani (13,4% u 2009. godini), a za 5,0% nije poznat podatak o načinu prehrane. Poslije prva tri mjeseca života udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 45,9% u skupini dojenčadi do 6. mjeseca života i na 15,9% u dobi 6-11 mjeseci te, uz dohranu, raste uporaba nadomjestaka za majčino mlijeko. U 81,6% sistematski pregledane dojenčadi zabilježeno je provođenje profilakse rahitisa (80,4% u 2009. godini), u 11,1% profilaksa anemije (10,3%, u 2009. godini), a znakovi rahitisa utvrđeni su u 0,1% dojenčadi (u 0,6% u 2009.). Među utvrđenim poremećajima razvoja pri sistematskim pregledima dojenčadi najčešće je registriran usporen psihomotorni razvoj u 2,6% pregledanih (2,8% u 2009.).

Ostali poremećaji poput fimoze (0,9%), prirođenih srčanih grešaka (0,5%), prirođenog iščašenja kuka (0,5%), drugih kogenitalnih anomalija (0,4%), mišićno-koštanih deformacija (0,3%) i kriptorhizma (0,2%) su zabilježeni u udjelu ispod 1%.

U sistematskim pregledima male djece zabilježena je pothranjenost u 1,4% (u 2009. godini 1,5%), preuhranjenost u 2,5% pregledanih (u 2009. godini 2,6%), a od patoloških stanja utvrđenih u sistematskim pregledima najčešći su kariozni zubi 8,5% (u 2009. godini 9,3%), zatim dislalija 3,4% (u 2009. godini 3,3%), fimozu 2,3% (u 2009. godini 2,1%) mišićno-koštane deformacije udova 1,9% (u 2009. godini 1,8%), strabizam 1,5% (u 2009. godini 1,7%). Prema izvješću o pobolu registrirano je 1.019.164 bolesti i stanja u dobi do 7. godine (u 2009. je registrirano 999.941). Najzastupljenije su bolesti dišnog sustava u udjelu od 43,3% (46,0% u 2009. godini), slijede zarazne i parazitarne s 9,0% (9,6% u 2009. godini), bolesti uha s 6,0% (6,2% u 2009. godini), bolesti kože i potkožnog tkiva 5,5% (5,4% u 2009. godini) te simptomi, znakovi, ostali klinički i laboratorijski nalazi u udjelu od 5,5% u 2010. godini (4,6% u 2009. godini).

Primarna zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece – pokazatelji za 2011. godinu

Zdravstvena zaštita djece predškolske dobi

Zdravstvena zaštita djece predškolske dobi se većim dijelom provodi kroz djelatnost zdravstvene zaštite dojenčadi i djece predškolske dobi, a u okviru sustava primarne zdravstvene zaštite. Provođe je specijalisti pedijatri (s ordinacijama u osobnom vlasništvu ili u zakupu ordinacija domova zdravlja) koji imaju ugovor za pružanje zdravstvene zaštite djeci. Manjim dijelom se zaštita zdravlja djece provodi i kroz djelatnost opće/obiteljske medicine (liječnici opće medicine i specijalisti opće/obiteljske medicine), ukoliko, prema pravu na slobodan izbor liječnika, roditelj donese takvu odluku.

Preventivni pregledi i savjetovanja za očuvanje kao i promicanje zdravlja djece su dio obveznog Programa mjera zdravstvene zaštite predškolske djece, u cijelosti financiranog od obveznog zdravstvenog osiguranja.

U djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, 2011. godine zabilježeno je 484.685 preventivnih posjeta djece u dobi do sedam godina, od kojih je bilo 170.299 preventivnih posjeta dojenčadi ili 4,6 posjeta po dojenčetu te 314.386 preventivnih posjeta djece u dobi od 1 do 6 godina, odnosno 1,8 posjeta po malom djetetu. Od ukupnih preventivnih posjeta u

djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 4,6 preventivnih posjeta po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 5,1 preventivnih posjeta.

U 2011. godini se od ukupnih preventivnih posjeta dojenčadi (170.299) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) odnosi 168.207 posjeta (98,8%), a na posjete zbog savjetovanja 2.092 (1,2%). Od ukupnih preventivnih posjeta male djece (314.386) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na preventivne preglede (sistematske i/ili preglede prije cijepljenja) se odnosi 292.828 posjeta (93,1%), a na posjete zbog savjetovanja 21.558 (6,9%).

Između dvije djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, opće/obiteljske medicine i djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece, za dojenčad i za dob malog djeteta, nije bilo značajnih razlika u prosječnom broju preventivnih posjeta po dojenčetu.

U cjelokupnoj primarnoj zaštiti (u djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece i ordinacijama opće/obiteljske medicine koje u skrbi imaju malu djecu) provedeno je ukupno 224.134 sistematskih pregleda (u 2010. godini 269.023 ili 16,7% više).

U sistematski pregledane dojenčadi utvrđena je pothranjenost u 1,8% slučajeva, a preuhranjenost u 3,7% slučajeva. Za 76,2% dojenčadi u dobi 0-2 mjeseca je zabilježeno da su hranjena isključivo majčinim mlijekom (66,3% u 2010. godini), 14,1% (15,5% u 2010. godini) je dojeno uz nadomjestke za majčino mlijeko, 13,5% je na umjetnoj prehrani (13,3% u 2010. godini). Poslije prva tri mjeseca života udio dojenčadi hranjene isključivo majčinim mlijekom pada na 54,2% u skupini dojenčadi od 6-11 mjeseci života i na 14,8%, uz dohranu, raste uporaba nadomjestaka za majčino mlijeko. U 86,5% sistematski pregledane dojenčadi zabilježeno je provođenje profilakse rahitisa (81,6% u 2010. godini), u 8,8% profilaksa anemije (11,1%, u 2010. godini), a znakovi rahitisa utvrđeni su u 0,3% dojenčadi (u 0,1% u 2010.). Među utvrđenim poremećajima razvoja pri sistematskim pregledima dojenčadi najčešće je registriran usporen psihomotorni razvoj u 2,8% pregledanih (2,6% u 2010.), zatim fimoza u 1,3% dojenčadi Ostali razvojni poremećaji poput prirođenih srčanih grešaka (0,6%), prirođenog iščašenja kuka (0,5%) i kongenitalnih anomalije (0,4%) su zabilježeni u pojedinačnim udjelu ispod 1%. U sistematskim pregledima male djece zabilježena je pothranjenost u 1,7% (u 2010. godini u 1,4% pregleda), preuhranjenost u 2,3% pregledanih (u 2010. godini u 2,5%), a od patoloških stanja utvrđenih u sistematskim pregledima najčešći su kariozni zubi 7,4%, dok je u 2010. godini bilo 8,5%), zatim dislalija 3,2% (u 2010. godini 3,4%), fimoza 2,4% (u 2010 2,3%) mišićno-koštane deformacije udova 1,9% (u 2010. godini 1,9%), strabizam 1,5% (u 2010. godini 1,5%).

Zdravstvenu zaštitu djece unutar djelatnosti za zaštitu zdravlja predškolske djece provodi 258 timova. Zaštita se provodi za 372.747 osiguranika od kojih su 257 976 (69,2%) djeca predškolske dobi, dok su ostali osiguranici uglavnom djeca školske dobi. Za 86,4% djece predškolske dobi zaštita se provodi u ovoj djelatnosti (257.976 djece), a ostala djeca predškolske dobi (13,6%, odnosno 40.760 djece), najčešće na ruralnim područjima i otocima, su u skrbi djelatnosti opće/obiteljske medicine. Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti, u prosjeku jedan tim skrbi za 1.445 osiguranika od kojih su 1000 djeca u dobi 0-6 godina.

Prema izvješću o pobolu u djelatnosti za zaštitu zdravlja predškolske djece je registrirano 1.143.913 bolesti i stanja u dobi do 7. godine (u 2010. je registrirano 1.019.164). Najzastupljenije su bolesti dišnog sustava u udjelu od 36,1% (43,3% u 2010. godini), slijede zarazne i parazitarne s 9,4% (9,0% u 2010. godini), simptomi, znakovi, ostali klinički i laboratorijski nalazi u udjelu od 7,1% (5,5% u 2010. godini). bolesti uha s 6,0% (6,0% u 2010. godini), te bolesti kože i potkožnog tkiva 6,0% (5,5% u 2010. godini).

Razlozi bolničkog liječenja djece predškolske dobi u 2008., 2009., 2010. i 2011. godini

Tijekom 2008. godine bolnički je liječeno 47.224 djece u dobnoj skupini od 0 do 5 godina, a najzastupljenije su skupine: određena stanja u perinatalnom razdoblju 22,1% (najčešće neonatalna žutica), bolesti dišnog sustava 21,6% (s najčešćom dijagnozom kronične bolesti tonzila i adenoida), zarazne i parazitarne bolesti 10,4% (najčešće dijareja i gastroenteritis) te ostalo 45,9%.

Tijekom 2009. godine bolnički je liječeno 45.921 djece u dobnoj skupini od 0 do 5 godina, a najzastupljenije su skupine: određena stanja u perinatalnom razdoblju 21,3% (najčešće neonatalna žutica), bolesti dišnog sustava 20,6% (s najčešćom dijagnozom kronične bolesti tonzila i adenoida), zarazne i parazitarne bolesti 8,3% (najčešće dijareja i gastroenteritis) te ostalo 49,7%.

Tijekom 2010. godine bolnički je liječeno 45.244 djece u dobnoj skupini od 0 do 5 godina, a najzastupljenije su skupine: bolesti dišnog sustava 23,9% (s najčešćom dijagnozom kronične bolesti tonzila i adenoida), određena stanja u perinatalnom razdoblju 19,2% (najčešće neonatalna žutica), zarazne i parazitarne bolesti 8,2% (najčešće dijareja i gastroenteritis) te ostalo 48,7%.

Tijekom 2011. godine bolnički je liječeno 45.239 djece u dobnoj skupini od 0 do 5 godina, a najzastupljenije su skupine: bolesti dišnog sustava 24,5% (s najčešćom dijagnozom kronične bolesti tonzila i adenoida), određena stanja u perinatalnom razdoblju 18,7% (najčešće neonatalna žutica), zarazne i parazitarne bolesti 8,6% (najčešće dijareja i gastroenteritis) te ostalo 48,2%.

Preventivna i specifična zdravstvena zaštita školske djece, mladeži i studenata

Službe školske medicine postoje u Hrvatskoj desetljećima. Od 1998. godine integralni su dio županijskih zavoda za javno zdravstvo. Liječnici koji rade u službama završavaju nakon dodiplomskog obrazovanja na Medicinskom fakultetu specijalizaciju iz školske medicine u trogodišnjem trajanju (novi prijedlog je trajanje 4 godine; naziv „Školska i adolescentna medicina”). Svaki liječnik i medicinska sestra nadležni su za preventivnu skrb za oko 4.000 djece, mladih i redovitih studenata. Prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite, dijelovi obveznog programa su i zdravstveni odgoj i savjetovališni rad.

Skrb o bolesnoj djeci školske dobi i o studentima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provode liječnici opće/obiteljske medicine, a preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu liječnici školske medicine kao dio djelatnosti zavoda za javno zdravstvo.

Aktivnosti u službama školske medicine zavoda za javno zdravstvo usmjerene su upravo potrebama djece i mladih i provode se putem redovitog i posebnih programa. Dok je dio zdravstvene zaštite koji se odvija u sklopu opće/obiteljske medicine usmjeren prema pojedinačnim zahtjevima bolesnog osiguranika, u preventivnim se programima koristi i individualni i populacijski pristup. Metode rada su od liječničkog pregleda, screeninga, sistematskih i ostalih preventivnih pregleda uz provedbu obveznog programa cijepljenja, različitih metoda savjetovališnog rada kao individualni intervju i savjetovanje s roditeljima, učenicima i prosvjetnim djelatnicima, sve do suvremenih aktivnosti zdravstvenog odgoja i promicanja zdravlja kao interaktivne metode učenja i rad s roditeljima i zajednicom.

Prema podacima HZJZ pregledima prije upisa u prvi razred obuhvaćene su cijele generacije (obuhvat 100% i više). Prije početka školske godine 2010./2011. obavljeno je 44.039 pregleda prije upisa u prvi razred a u prethodnoj školskoj godini 42.142, godinu ranije 38.806 odnosno 43.527 pregleda. Prema programu sistematskih pregleda u školskoj godini 2010/2011. obavljena su 41.699 pregleda u petom razredu, čime je obuhvaćeno 94% učenika, što je uglavnom više od prosječnog obuhvata u prethodnim godinama. U osmom razredu osnovne

škole pregledom i savjetovanjem o profesionalnoj orijentaciji obuhvaćeno je 47.058 (94%) učenika. Iako je prethodne godine obavljeno 45.455 pregleda u osmom razredu uz obuhvat od također 94% promatrajući od 1998./1999. do ove godine opaža se trend laganog porasta ovih pregleda. Broj djece koja su podvrgnuta sistematskom pregledu u prvom razredu srednje škole bio je 36.068 odnosno 71%, što je više nego u prethodnim godinama (2009./2010. je pregledano 32.762 odnosno 63% učenika). U školskoj godini 2010./2011. obavljeno je 393.701 cijepljenja u osnovnoj i 40.608 u srednjoj školi. Cijepljenjem je postignut zakonski obuhvat (90%, a za morbile 95%).

U školskoj godini 2010./2011. sistematskom pregledu na prvoj godini studija pristupilo je 18.883 studenta (24.890 u prethodnoj, 18.792 2008./2009., a 18.532 u 2005./2006. školskoj godini). Najviše sistematskih pregleda učinjeno je u najvećim hrvatskim gradovima, Zagrebu (9.514), Osijeku (2.083), Rijeci (2.059) i Splitu (1.503), Na kontrolne preglede naručeno je 1.041 studenata. Među studentima su obavljena 1.731 probira (1.888 prethodne godine, 1.924 u 2008./2009., a 6.578 u 2005./2006. godini). Zbog prilagođenog programa tjelesne i zdravstvene kulture javilo se njih 911 (1.058 u prethodnoj godini, 1.390 u 2008./2009., 1.150 u 2005./2006.), a 6.191 studenata pregledano je prije smještaja u studentske domove (broj stabilan kroz godine - 6.360 u prethodnoj godini, 6.508 u 2008./2009., 6.922 u 2005./2006.).

U 2010. godini u primarnoj zdravstvenoj zaštiti utvrđenoj je ukupno 1.292.602 bolesti i stanja u dobi od 7 -19 godina liječeno. Najčešće su utvrđene bolesti dišnog sustava (utvrđeno 524.461 bolesti i stanja), zarazne i parazitarne bolesti (utvrđeno 99.570 bolesti i stanja), bolesti kože i potkožnog tkiva (utvrđeno 94.828 bolesti i stanja), te ozljede, trovanja i druge posljedice vanjskih uzroka (utvrđeno 83.985 bolesti i stanja). U 2010. godini zabilježeno je 32.905 hospitalizacija u dobi od 10 do 19 godina, od toga najviše ozljeda, trovanja i nekih drugih posljedica vanjskih uzroka (14,4%) i bolesti dišnog sustava (14,3%).

Podaci za 2011. godinu (školska godina 2011/2012)

Preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece provode liječnici školske medicine kao dio djelatnosti zavoda za javno zdravstvo. U službama je u školskoj godini 2011/2012. bilo zaposleno 177 liječničkih timova, od toga 141 specijalista školske medicine, 19 liječnika na specijalizaciji te 17 liječnika opće medicine.

Prema programu sistematskih pregleda u školskoj godini 2011/2012. obavljeno je 43.843 pregleda prije upisa u prvi razred te 37.570 pregleda u petom razredu, odnosno obuhvaćeno je 86% učenika.

U osmom razredu osnovne škole pregledom i savjetovanjem o profesionalnoj orijentaciji obuhvaćeno je 90% učenika s 43.696 pregleda. Sistematski pregled u prvom razredu srednje škole prošlo je 33.567 djece ili 64% generacije.

Sva su djeca u trećem razredu osnovne škole obuhvaćena probirom na poremećaje vida i vida na boje, a u šestom razredu obavljeno je 46.773 skrininga na razvojne i strukturalne poremećaje lokomotornog sustava.

U školskoj godini 2011/2012. obavljeno je 374.364 cijepljenje u osnovnoj i 40.685 u srednjoj školi (u prethodnoj godini 393.701 cijepljenja u osnovnoj i 40.608 u srednjoj školi).

Specifični dijelovi programa preventivne zdravstvene zaštite učenika, kojima se posvećuje osobita pozornost su zdravstveni odgoj i savjetovaništvo. Savjetovaništa za djecu i mladež u kojima djeca, roditelji i profesori mogu zatražiti pomoć pri rješavanju najčešćih problema vezanih uz odrastanje i zdravlje djece, organizirana su kao poseban oblik rada i broj posjeta savjetovaništu značajno se povećao u odnosu na 1998. godinu. U školskoj godini 2011/2012. u osnovnoj školi je broj posjeta 118.409 (59.647 u 1998.), a u srednjoj školi 38.516 (18.196 u 1998.).

Nekim od oblika zdravstvenog odgoja obuhvaćeno je u školskoj godini 2011/2012. 225.667 učenika osnovnih i 67.788 srednjih škola. Osim toga je 48.482 roditelj i profesor u osnovnim te 4.789 u srednjim školama sudjelovao na predavanjima, tribinama ili radionicama u vezi sa zdravljem.

Preventivni pregledi odrasle populacije

Tijekom 2008. godine, u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj zabilježen je ukupno 42 823 sistematski, periodični i kontrolni pregled odraslih osoba, u 2009. godini 32 046 ili 25% manje nego u 2008. godini, a 2010. godine taj broj je iznosio 19 604 ili 39% manje nego u 2009. godini. Tijekom 2011. godine, u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj, zabilježeno je ukupno samo 19.560 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, ili manje za 0,2% nego u 2010. godini, a za čak 95% manje u odnosu na 1990. godinu. Ovako mali broj preventivnih pregleda govori da je djelatnost opće/obiteljske medicine zbog nedostatka mehanizma financiranja preventivnih aktivnosti postala pasivna zdravstvena djelatnost koja utvrđuje i liječi bolesti i ne utječe značajnije na pozitivne promjene zdravlja populacije, kako je zakonski i deklarativno propisano. Od 2004. godine, ugovorni doktori HZZO-a u djelatnosti opće/obiteljske medicine provode preventivne preglede osiguranih osoba starijih od 50 godina. Do kraja 2010. godine preventivnom pregledu je pristupilo oko 60.000 osiguranih osoba i tako je postignut obuhvat ciljne populacije od oko 25%. U oko 40% pregledanih osoba nađena su određena patološka stanja, a otprilike svaka peta pregledana osoba upućena je na daljnju dijagnostiku i liječenje.

Liječenje malignih bolesti

Onkološki bolesnici liječe se u kliničkim te u većini općih bolnica. Jedina specijalizirana bolnica za liječenje onkoloških bolesnika je Klinika za tumore u Zagrebu.

Krajem 2006. godine započeo je Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke, a krajem 2007. godine Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva i provodi se kontinuirano tijekom izvještajnog razdoblja.

Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom (šifre C00-C97 MKB, bez raka kože - š. C44) u 2009. godini bio je 21 199 i to 11 483 muškaraca i 9 716 žena. Stopa incidencije je iznosila 477,7/100 000; 537,6/100 000 za muškarce i 422,1/100 000 za žene.

Ukupan broj novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom (šifre C00-C97 MKB, bez raka kože - š. C44) u 2010. godini bio je 20 887 i to 11 203 muškaraca i 9 684 žena. Stopa incidencije je iznosila 472,8/100 000; 525,5/100 000 za muškarce i 423,6/100 000 za žene. Pet najčešćih sijela raka čine ukupno 57% novih slučajeva raka u muškaraca: traheja, bronh i pluća (18%), prostata (16%), kolon (9%), rektum, rektosigma i anus (7%) i mokraćni mjehur (7%). Pet najčešćih sijela raka u žena: dojka (26%), kolon (8%), traheja, bronh i pluća (7%),

tijelo maternice (7%) i jajnik, jajovod i adneksa (5%), čine 53% novih slučajeva raka u žena.

Rehabilitacija

Bolnice za reumatske bolesti i rehabilitaciju

1. Thalassotherapija Crikvenica
2. Daruvarske Toplice
3. „Naftalan“ Ivanić Grad
4. Krapinske toplice
5. Lipik
6. „Biokovka“ Makarska
7. Thalassotherapija Opatija
8. Stubičke Toplice
9. Varažinske Toplice
10. „Kalos“ Vela Luka
11. Topusko
12. Ortopedska bolnica »Prim.dr.Martin Horvat«, Rovinj
13. Lječilište Veli Lošinj
14. Odjeli fizikalne medicine i rehabilitacije u 1 opće bolnice, 4 KBC, 1 kliničke bolnice i 1 ortopedske bolnice

Zaposleni zdravstveni radnici i suradnici

Zdravstveni radnici u 2008. godini

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2008. godine bilo je stalno zaposleno 70.990 djelatnik (2007. - 70.431). Od toga su 52.954 zdravstveni djelatnici i suradnici, 5.115 administrativni, a 12.921 tehnički djelatnici.

U strukturi stalno zaposlenih, udio zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme iznosi 37,7%, administrativno-tehnički djelatnici čine 25,4% (2007. - 26,0%), liječnici 16,6%, zdravstveni radnici više stručne spreme 10,2%, stomatolozi 4,6%, farmaceuti 3,7%, zdravstveni suradnici visoke stručne spreme (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, defektolozi i ostali) 1,2% zaposlenih, a zdravstveni radnici niže stručne spreme 0,6%. U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 8.757 (2007. - 7.682) zdravstvenih djelatnika i suradnika, odnosno na dan 31.12. 2008. godine u radnom odnosu na neodređeno i određeno radno vrijeme bilo je 61.711 (2006. - 59.863) zdravstvenih djelatnika i suradnika.

Broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se u odnosu na 1980. godinu gotovo za trećinu, (sa 167 na 266 u 2008.) što je još uvijek manje od prosjeka za EU (326/100.000).

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (46,7%).

U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 33.995, medicinske sestre-medicinski tehničari čine 73%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari.

Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u iznosio je 522 u 2008. godini. Od 24.734 medicinske sestre 15% su više medicinske sestre. Broj medicinskih sestara se kao poseban pokazatelj također dostavlja za bazu podataka Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje za sve“ (*Health for All*), a posebno se prati i broj medicinskih sestara primalja. Broj u 2008. godini iznosi 1.573. Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2008. godini bile su zaposlene 2,0 medicinske sestre-medicinskih tehničara.

Tablica 22. Ukupan broj zdravstvenih djelatnika zaposlenih u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi prema vrsti radnog odnosa te broj stanovnika na jednog zdravstvenog djelatnika

u Hrvatskoj 2008. godine

Zdravstveni radnici stanovnika	Neodređeno	Broj stanovnika	Sveukupno	Broj
djelatnika		na 1 zdrav. djelatnika	na 1	zdrav.
<i>Health workers</i> <i>one</i>	<i>Permanent</i>	<i>Population per one</i> <i>health worker</i>	<i>TotalPopulation</i> <i>health worker</i>	<i>per</i>
Doktori medicine - <i>Medical doctors</i>	11.801	376	12.669	350
Doktori stomatologije - <i>Stomatologists</i>	3.261	1.361	3.484	1.274
Farmaceuti - <i>Pharmacists</i>	2.640	1.481	2.760	1.608
Suradnici s visokom stručnom spremom - <i>Other university degree staff</i>	861	5.154	1004	4.420
Viša stručna sprema - <i>Junior college education</i>	7.214	615	8.491	523
Srednja stručna sprema - <i>High school education</i>	26.781	166	32.838	135
Niža stručna sprema - <i>Semi-skilled</i>	396	11.206	435	10.201
Ukupno - Total	52.954	84	61.711	72

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 23. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u PZZ (opća medicina, zdravstvena zaštita žena, zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece) u Hrvatskoj 2008. godine

Doktori medicine	3198
Od toga specijalisti	1676
Medicinske sestre - više ss	172
Medicinske sestre - srednje ss	3027

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 24. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti školske medicine u Hrvatskoj 2008. godine

Doktori medicine	170
Od toga specijalisti	120
Medicinske sestre - više ss	52
Medicinske sestre - srednje ss	110

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 25. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj 2008. godine

Doktori medicine	497
Od toga specijalisti	29
Medicinske sestre - više ss	36
Medicinske sestre - srednje ss	898

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 26. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti medicine rada u Hrvatskoj 2008. godine

Doktori medicine	183
Od toga specijalisti	166
Medicinske sestre - više ss	39
Medicinske sestre - srednje ss	128

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 27. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u patronažnoj djelatnosti u Hrvatskoj 2008. godine

Medicinske sestre - više ss	707
Medicinske sestre – srednje ss	125

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 28. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti kućne njege i rehabilitacije u Hrvatskoj 2008. godine

Zdravstveni radnici - više ss	327
Zdravstveni radnici - srednje ss	1891

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 29. Zdravstvene ustanove u Hrvatskoj* 31.12.2008.

ZDRAVSTVENE USTANOVE	BROJ USTANOVA
<i>Health institutions</i>	<i>No. of institutions</i>
DOM ZDRAVLJA - Health center	50
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR - Clinical teaching hospital	3
KLINIČKA BOLNICA - Clinical hospital	4
KLINIKA - Clinic	7
OPĆA BOLNICA - General hospital	23
SPECIJALNA BOLNICA - Special hospital	33
LJEČILIŠTE - Health resort	7
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO - Public health institute	22
OSTALI DRŽAVNI ZAVODI - Other state institutes:	3
♦ ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU - Institute of transfusional medicine	1
♦ ZAVOD ZA MEDICINU RADA - Occupational health institute	1
♦ ZAVOD ZA TOKSIKOLOGIJU - Institute of toxicology	1
USTANOVA ZA HITNU POMOĆ - Emergency care station	4
POLIKLINIKA - Polyclinic	331
USTANOVA ZA MEDICINU RADA – Institution of occupational health	13
LJEKARNA - Pharmacy	178

TRGOVAČKO DRUŠTVO ZA OBAVLJANJE ZDRAV. DJELATNOSTI

– Health company

142

Ukupno - Total	820
-----------------------	------------

* Ustanove bez obzira na vrstu vlasništva - Institutions regardless of the type of ownership

LJEKARNE - Pharmacies 1.133

USTANOVE ZA NJEGU – Nursing care & rehabilitation institutions 155

PRIVATNA PRAKSA ZA NJEGU - Home care private practices 104

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2008. godini bilo je 1.133 ljekarni, a odnosno 0,25 ljekarni/1000 stanovnika. U državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi zaposleno je ukupno 2.760 farmaceuta, a prosječno je 1.608 stanovnika na jednog farmaceuta.

Zdravstveni radnici u 2009. godini

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2009. godine bilo je stalno zaposleno 70.592 djelatnika (2008. - 70.990). Od toga su 52.956 zdravstveni **radnici** i i suradnici, 5.081 administrativni, a 12.555 tehnički djelatnici.

U strukturi stalno zaposlenih, udio zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme iznosi 37,9%, administrativno-tehnički djelatnici čine 25,0% (2008. – 25,4%), liječnici 16,8%, zdravstveni **radnici** više stručne spreme 10,2%, doktori dentalne medicine 4,6%, farmaceuti 3,8%, zdravstveni suradnici visoke stručne spreme (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, defektolozi i ostali) 1,2% zaposlenih, a zdravstveni radnici niže stručne spreme 0,5%.

U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 9.238 (2008. - 8.757) zdravstvenih djelatnika i suradnika, odnosno na dan 31.12.2009. godine u radnom odnosu na neodređeno i određeno radno vrijeme bilo je 62.194 (2008. - 61.711) zdravstvenih **radnici** i suradnika.

Broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se u odnosu na 1980. godinu gotovo za trećinu, (sa 167 na 266 u 2009.) što je još uvijek manje od prosjeka za EU (326/100.000). Prosjek 15 «starih» zemalja članica EU-a je iznosio 2009. g 346/100.000, a novih 12 zemalja ima prosječno 271/100.000, prema podacima iz 2009. godine.

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (45,7%).

U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 33.960, medicinske sestre-medicinski tehničari čine 71%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari.

Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 511 u 2009. godini, što je značajno manje od prosjeka EU-a (824/100.000 za 2009. g).

Od 24.201 medicinske sestre 15% su više medicinske sestre.

Broj medicinskih sestara se kao poseban pokazatelj također dostavlja za bazu podataka Svjetske zdravstvene organizacije «Zdravlje za sve» (Health for All), a posebno se prati i broj medicinskih sestara primalja. Nakon 1990. godine, broj primalja se stalno smanjivao sve do 1.476 u 2003. godini, a nakon toga se povećava i u 2009. iznosi 1.567. Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2009. godini bile su zaposlene 2,0 medicinske sestre - medicinskih tehničara.

Tablica 30. Ukupan broj zdravstvenih djelatnika zaposlenih u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi prema vrsti radnog odnosa te broj stanovnika na jednog zdravstvenog djelatnika

u Hrvatskoj 2009. godine

Zdravstveni radnici	Neodređeno	Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika	Sveukupno Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika
<i>Health workers</i>	<i>Permanent</i>	<i>Population per one health worker</i>	<i>Total Population per one health worker</i>
Doktori medicine - <i>Medical doctors</i>	11.847	375	12.771
Doktori dentalne med. - <i>Doctors of dental. med.</i>	3.232	1.373	3.454
Farmaceuti - <i>Pharmacists</i>	2.673	1.660	2.853
Suradnici s visokom stručnom spremom - <i>Other university degree staff</i>	857	5.178	1059
Viša stručna sprema - <i>Junior college education</i>	7.220	615	8.592
Srednja stručna sprema - <i>High school education</i>	26.740	166	33.021
Niža stručna sprema - <i>Semi-skilled</i>	387	11.466	444
Ukupno - Total	52.956	84	62.194
			71

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 31. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u PZZ (opća medicina, zdravstvena zaštita žena, zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece) u Hrvatskoj 2009. godine

Doktori medicine	3201
Od toga specijalisti	1665
Medicinske sestre - više ss	174
Medicinske sestre - srednje ss	3028

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 32. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti školske medicine u Hrvatskoj 2009. godine

Doktori medicine	173
Od toga specijalisti	120
Medicinske sestre - više ss	53
Medicinske sestre - srednje ss	112

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 33. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj 2009. godine

Doktori medicine	514
Od toga specijalisti	29
Medicinske sestre - više ss	37
Medicinske sestre - srednje ss	900

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 34. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti medicine rada u Hrvatskoj 2009. godine

Doktori medicine	188
-------------------------	------------

Od toga specijalisti	177
Medicinske sestre - više ss	38
Medicinske sestre - srednje ss	141

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 35. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u patronažnoj djelatnosti u Hrvatskoj 2009. godine

Medicinske sestre - više ss	714
Medicinske sestre – srednje ss	120

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 36. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti kućne njege i rehabilitacije u Hrvatskoj 2009. godine

Zdravstveni radnici - više ss	335
Zdravstveni radnici - srednje ss	1891

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 37. Zdravstvene ustanove u Hrvatskoj* 31.12.2009.

ZDRAVSTVENE USTANOVE	BROJ USTANOVA
<i>Health institutions</i>	<i>No. of institutions</i>
DOM ZDRAVLJA - Health center	49
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR - Clinical teaching hospital	4
KLINIČKA BOLNICA - Clinical hospital	3
KLINIKA - Clinic	7
OPĆA BOLNICA - General hospital	23
SPECIJALNA BOLNICA - Special hospital	33
LJEČILIŠTE - Health resort	7
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO - Public health institute	22
OSTALI DRŽAVNI ZAVODI - Other state institutes:	5
♦ ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU - Institute of transfusional medicine	1
♦ ZAVOD ZA ZAŠT. ZDRAVLJA I SIGURNOST NA RADU - Institute for Health Protection and Safety at Work	1
♦ ZAVOD ZA TOKSIKOLOGIJU - Institute of toxicology	1
♦ ZAVOD ZA MENTALNO ZDRAVLJE - Institute of mental health	1
♦ ZAVOD ZA HITNU MEDICINU - Institute of emergency medicine	1
USTANOVA ZA HITNU POMOĆ - Emergency care station	4
POLIKLINIKA - Polyclinic	348

USTANOVA ZA MEDICINU RADA – <i>Institution of occupational health</i>	-13
LJEKARNA - <i>Pharmacy</i>	176
TRGOVAČKO DRUŠTVO ZA OBAVLJANJE ZDRAV. DJELATNOSTI – <i>Health company</i>	207
Ukupno - Total	901
* Ustanove bez obzira na vrstu vlasništva - <i>Institutions regardless of the type of ownership</i>	
LJEKARNE - <i>Pharmacies</i>	1.151
USTANOVE ZA NJEGU – <i>Nursing care & rehabilitation institutions</i>	154
PRIVATNA PRAKSA ZA NJEGU - <i>Home care private practices</i>	105

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2008. godini bilo je 1.133 ljekarni, a krajem 2009. godini 1.151, odnosno 0,25 ljekarni/1000 stanovnika. U državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi zaposleno je ukupno 2.855 farmaceuta (2.760 u 2008. g.) a prosječno je 1.555 stanovnika na jednog farmaceuta.

Zdravstveni radnici u 2010. godini

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2010. godine bilo je stalno zaposleno 72.207 djelatnika (2009. - 70.592). Od toga su 54.873 zdravstveni radnici i suradnici, 5.117 administrativni, a 12.217 tehnički djelatnici.

U strukturi stalno zaposlenih, udio zdravstvenih radnika srednje stručne spreme iznosi 38,2%, administrativno-tehnički djelatnici čine 24,0% (2009. – 25,0%), liječnici 17,1%, zdravstveni radnici više stručne spreme 10,6%, doktori dentalne medicine 4,3%, farmaceuti 3,9%, zdravstveni suradnici visoke stručne spreme (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, defektolozi i ostali) 1,3% zaposlenih, a zdravstveni radnici niže stručne spreme 0,6%.

U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 8.270 (2009. - 9.238) zdravstvenih radnika i suradnika, odnosno na dan 31.12.2010. godine u radnom odnosu na neodređeno i određeno radno vrijeme bilo je 63.143 (2009. - 62.194) zdravstvenih radnika i suradnika.

Broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se u odnosu na 1980. godinu gotovo za trećinu, (sa 167 na 266 u 2009.) što je još uvijek manje od prosjeka za EU (326/100.000). Prosjek 15 «starih» zemalja članica EU-a je iznosio 2009. g 346/100.000, a novih 12 zemalja ima prosječno 271/100.000, prema podacima iz 2009. godine.

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (45,5%).

U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35.223, medicinske sestre-medicinski tehničari čine 71%, a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari.

Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 511 u 2009. godini, što je značajno manje od prosjeka EU-a (824/100.000 za 2009. g).

Od 25.000 medicinske sestre 16% su više medicinske sestre.

Broj medicinskih sestara se kao poseban pokazatelj također dostavlja za bazu podataka Svjetske zdravstvene organizacije «Zdravlje za sve» (Health for All), a posebno se prati i broj medicinskih sestara primalja. Nakon 1990. godine, broj primalja se stalno smanjivao sve do 1.476 u 2003. godini, a nakon toga se povećava i u 2010. iznosi 1.553. Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2010. godini bile su zaposlene 2,0 medicinske sestre-medicinskih tehničara.

Tablica 38. Ukupan broj zdravstvenih djelatnika zaposlenih u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi prema vrsti radnog odnosa te broj stanovnika na jednog zdravstvenog djelatnika u Hrvatskoj 2010. godine

Zdravstveni djelatnici	Neodređeno	Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika	Sveukupno Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika
<i>Health workers</i>	<i>Permanent</i>	<i>Population per one health worker</i>	<i>Total Population per one health worker</i>
Doktori medicine - <i>Medical doctors</i>	12.341	360	13.286
Doktori dentalne med. - <i>Doctors of dental. med.</i>	3.121	1.422	3.331
Farmaceuti - <i>Pharmacists</i>	2.851	1.557	3.001
Suradnici s visokom stručnom spremom - <i>Other university degree staff</i>	909	4.882	1079
Viša stručna sprema - <i>Junior college education</i>	7.646	581	9.051
Srednja stručna sprema - <i>High school education</i>	27.577	161	32.935
Niža stručna sprema - <i>Semi-skilled</i>	428	10.368	460
Ukupno - Total	54.873	81	63.143

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 39. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u PZZ (opća medicina, zdravstvena zaštita žena, zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece) u Hrvatskoj 2010. godine

Doktori medicine	3060
Od toga specijalisti	1694
Medicinske sestre - više ss	129
Medicinske sestre - srednje ss	2873

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 40. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti školske medicine u Hrvatskoj 2010. godine

Doktori medicine	184
Od toga specijalisti	146
Medicinske sestre - više ss	71
Medicinske sestre - srednje ss	104

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 41. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj 2010. godine

Doktori medicine	512
Od toga specijalisti	33
Medicinske sestre - više ss	41
Medicinske sestre - srednje ss	916

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,

Tablica 42. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti medicine rada u Hrvatskoj 2010. godine

Doktori medicine	180
Od toga specijalisti	154
Medicinske sestre - više ss	27
Medicinske sestre - srednje ss	155

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 43. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u patronažnoj djelatnosti u Hrvatskoj 2010. godine

Medicinske sestre - više ss	764
Medicinske sestre – srednje ss	114

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 44. Sveukupan broj djelatnika sa zaposlenjem u djelatnosti kućne njege i rehabilitacije u Hrvatskoj 2010. godine

Zdravstveni radnici - više ss	343
Zdravstveni radnici- srednje ss	1815

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 45. Zdravstvene ustanove u Hrvatskoj* 31.12.2010.

ZDRAVSTVENE USTANOVE	BROJ USTANOVA
<i>Health institutions</i>	<i>No. of institutions</i>
DOM ZDRAVLJA - Health center	49
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR - Clinical teaching hospital	4
KLINIČKA BOLNICA - Clinical hospital	4
KLINIKA - Clinic	2
OPĆA BOLNICA - General hospital	22
SPECIJALNA BOLNICA - Special hospital	33
LJEČILIŠTE - Health resort	6
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO - Public health institute	22
OSTALI DRŽAVNI ZAVODI - Other state institutes:	4
♦ ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU - Institute of transfusional medicine	1
♦ ZAVOD ZA ZAŠT. ZDRAVLJA I SIGURNOST NA RADU - Institute for Health Protection and Safety at Work	1
♦ ZAVOD ZA TOKSIKOLOGIJU - Institute of toxicology	1
♦ ZAVOD ZA HITNU MEDICINU - Institute of emergency medicine	1
USTANOVA ZA HITNU POMOĆ - Emergency care station	4
POLIKLINIKA - Polyclinic	352

USTANOVA ZA MEDICINU RADA – <i>Institution of occupational health</i>	12
LJEKARNA - <i>Pharmacy</i>	181
TRGOVAČKO DRUŠTVO ZA OBAVLJANJE ZDRAV. DJELATNOSTI – <i>Health company</i>	264
Ukupno - Total	959
* Ustanove bez obzira na vrstu vlasništva - <i>Institutions regardless of the type of ownership</i>	
LJEKARNE - <i>Pharmacies</i>	1.173
USTANOVE ZA NJEGU – <i>Nursing care & rehabilitation institutions</i>	157
PRIVATNA PRAKSA ZA NJEGU - <i>Home care private practices</i>	99

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2009. godini bilo je 1.151 ljekarni, a krajem 2010. godine 1.173, odnosno 0,26 ljekarni/1000 stanovnika. U državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi zaposleno je ukupno 3.001 farmaceuta (2.855 u 2009. g.) a prosječno je 1.479 stanovnika na jednog farmaceuta.

Zdravstveni radnici u 2011. godini

U sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2011. godine bilo je stalno zaposleno 73.434 djelatnika (2010. - 72.207). Od toga su 55.837 zdravstveni radnici i suradnici, 5.144 administrativni, a 12.453 tehnički djelatnici. U strukturi stalno zaposlenih, udio zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme iznosi 38,1%, administrativno-tehnički djelatnici čine 23,6% (2010. - 24,0%), liječnici 17,2%, zdravstveni djelatnici više stručne spreme 10,6%, doktori dentalne medicine 4,3%, farmaceuti 4,1%, zdravstveni suradnici visoke stručne spreme (psiholozi, logopedi, socijalni radnici, defektolozi i ostali) 1,3% zaposlenih, a zdravstveni radnici niže stručne spreme 0,5%.

U radnom odnosu na određeno vrijeme bilo je još 8.418 (2010. - 8.270) zdravstvenih djelatnika i suradnika, odnosno na dan 31.12.2011. godine u radnom odnosu na neodređeno i određeno radno vrijeme bilo je 64.255 (2010. - 63.143) zdravstvenih djelatnika i suradnika.

Broj liječnika na 100.000 stanovnika povećao se u odnosu na 1980. godinu gotovo za trećinu, (sa 167 na 281 u 2011.) što je još uvijek manje od prosjeka za EU (326/100.000). Prosjek 15 «starih» zemalja članica EU-a je iznosio 2009. g 346/100.000, a novih 12 zemalja ima prosječno 271/100.000, prema podacima iz 2009. godine.

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu (45,6%). U skupini zdravstvenih djelatnika više i srednje stručne spreme koja broji 35.823, medicinske sestre-medicinski tehničari čine 71% (25.485), a ostalo su uglavnom zdravstveni inženjeri i tehničari.

Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika u odnosu na 1980. godinu povećao se sa 354 na 572 u 2011. godini, što je značajno manje od prosjeka EU-a (824/100.000 za 2009. g). Od 25.485 medicinske sestre 16% su više medicinske sestre.

Broj medicinskih sestara se kao poseban pokazatelj također dostavlja za bazu podataka Svjetske zdravstvene organizacije «Zdravlje za sve» (Health for All), a posebno se prati i broj medicinskih sestara primalja. Nakon 1990. godine, broj primalja se stalno smanjivao sve do 1.476 u 2003. godini, a nakon toga se povećava i u 2011. iznosi 1.593. Na jednog stalno

zaposlenog liječnika u 2011. godini bile su zaposlene 2,0 medicinske sestre-medicinskih tehničara.

Tablica 46. – Table
UKUPAN BROJ ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA ZAPOSLENIH U DRŽAVNIM I PRIVATNIM ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA I PRIVATNOJ PRAKSI PREMA VRSTI RADNOG ODNOSA TE BROJ STANOVNIKA NA JEDNOG ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA U HRVATSKOJ 2011. GODINE - *Health workers employed in state institutions and in private practice (permanent job and total) and population per one health worker, Croatia 2011*

Zdravstveni radnici	Neodređeno	Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika	Sveukupno	Broj stanovnika na 1 zdrav. djelatnika
<i>Health workers</i>	<i>Permanent</i>	<i>Population per one health worker</i>	<i>Total</i>	<i>Population per one health worker</i>
Doktori medicine - <i>Medical doctors</i>	12.526	352	13.431	328
Doktori dentalne med. - <i>Doctors of dental. med.</i>	3.126	1.408	3.360	1.310
Farmaceuti - <i>Pharmacists</i>	2.972	1.481	3.117	1.413
Suradnici s visokom stručnom spremom - <i>Other university degree staff</i>	986	4.465	1.156	3.809
Viša stručna sprema - <i>Junior college education</i>	7.967	553	9.482	464
Srednja stručna sprema - <i>High school education</i>	27.864	158	33.279	132
Niža stručna sprema - <i>Semi-skilled</i>	396	11.118	430	10.239
Ukupno - Total	55.837	79	64.255	69

Tablica 47. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U PZZ (OPĆA MEDICINA, ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ŽENA, ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DOJENČADI I MALE DJECE) U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Doktori medicine	3127
Od toga specijalisti	1764
Medicinske sestre - više ss	131
Medicinske sestre - srednje ss	2975

Tablica 48. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U DJELATNOSTI ŠKOLSKJE MEDICINE U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Doktori medicine	182
Od toga specijalisti	145
Medicinske sestre - više ss	76
Medicinske sestre - srednje ss	97

Tablica 49. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U DJELATNOSTI HITNE MEDICINSKE POMOĆ U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Doktori medicine	524
Od toga specijalisti	95
Medicinske sestre - više ss	55
Medicinske sestre - srednje ss	918

Tablica 50. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U DJELATNOSTI MEDICINE RADA U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Doktori medicine	188
Od toga specijalisti	163
Medicinske sestre - više ss	27
Medicinske sestre - srednje ss	150

Tablica 51. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U PATRONAŽNOJ DJELATNOSTI U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Medicinske sestre - više ss	774
Medicinske sestre - srednje ss	99

Tablica 52. SVEUKUPAN BROJ DJELATNIKA SA ZAPOSLENJEM U DJELATNOSTI KUĆNE NJEGE I REHABILITACIJE U HRVATSKOJ 2011. GODINE

Zdravstveni radnici - više ss	351
Zdravstveni radnici - srednje ss	1817

Tablica 53. - Table ZDRAVSTVENE USTANOVE U HRVATSKOJ* 31.12.2011.
- Health institutions in Croatia, December 31, 2011

ZDRAVSTVENE USTANOVE	BROJ USTANOVA
<i>Health institutions</i>	<i>No. of institutions</i>
DOM ZDRAVLJA - Health center	49
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR - Clinical teaching hospital	5
KLINIČKA BOLNICA - Clinical hospital	3
KLINIKA - Clinic	4
OPĆA BOLNICA - General hospital	22
SPECIJALNA BOLNICA - Special hospital	33
LJEČILIŠTE - Health resort	7
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO - Public health institute	22
OSTALI DRŽAVNI ZAVODI - Other state institutes:	4
♦ HRVATSKI ZAVOD ZA TRANSFUZIJSKU MEDICINU - Croatian Institute of Transfusion Medicine	1
♦ ZAVOD ZA ZAŠT. ZDRAVLJA I SIGURNOST NA RADU - Institute for Health Protection and Safety at Work	1
♦ ZAVOD ZA TOKSIKOLOGIJU I ANTIDOPING - Institute of Toxicology and Antidoping	1
♦ ZAVOD ZA HITNU MEDICINU - Institute of Emergency Medicine	1
♦ ZAVOD ZA TELEMEDICINU - Institute for Telemedicine	1
USTANOVA ZA HITNU POMOĆ - Emergency care station	13
POLIKLINIKA - Polyclinic	363
USTANOVA ZA MEDICINU RADA - Institution of occupational health	9
LJEKARNA - Pharmacy	184
TRGOVAČKO DRUŠTVO ZA OBAVLJANJE ZDRAV. DJELATNOSTI	

Ukupno - Total	1.019
<i>* Ustanove bez obzira na vrstu vlasništva - Institutions regardless of the type of ownership</i>	
LJEKARNE - Pharmacies	1.181
USTANOVE ZA NJEGU – Nursing care & rehabilitation institutions	167
PRIVATNA PRAKSA ZA NJEGU - Home care private practices	98

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2010. godini bilo je 1.173 ljekarne, a krajem 2011. godine 1.181, odnosno 0,26 ljekarni/1000 stanovnika. U državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama i privatnoj praksi zaposleno je ukupno 2.972 farmaceuta (3.001 u 2010. g.) a prosječno je 1.481 stanovnika na jednog farmaceuta.

Tijekom 2008.i 2009. godine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite u najužem smislu, koju čine djelatnost opće/obiteljske medicine i djelatnost za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece, u Republici Hrvatskoj ukupno je radio 2.571 tim (2.571 doktor medicine). Od toga je u 2008. godini bilo 1.447 specijalista (od njih, 971 su specijalisti opće/obiteljske medicine, 253 specijalisti pedijatrije, 112 specijalisti medicine rada, 88 specijalisti školske medicine i 23 specijalisti ostalih specijalnosti). Ostalih zdravstvenih djelatnika bilo je: VŠS 52, SSS 2.528.

Tijekom 2009. godine u od ukupno 2.571 doktora medicine bilo je 1.494 specijalista (1.037 su specijalisti opće/obiteljske medicine, 256 specijalisti pedijatrije, 100 specijalisti medicine rada, 83 specijalisti školske medicine i 18 specijalisti ostalih specijalnosti). Ostalih zdravstvenih djelatnika bilo je: VŠS 49, SSS 2.522.

U odnosu na 2008. godinu, u 2009. godini povećan je broj liječnika specijalista: broj liječnika specijalista u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukupno je veći za 3%, od toga specijalista obiteljske medicine veći za 7%, pedijatrije veći za 1%, medicine rada manji za 11%, školske medicine manji za 6% a ostalih specijalista za 22% manje.

Tijekom 2010. godine u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite u najužem smislu radilo je 2.540 timova (2.540 liječnika). Od toga je bilo 1.505 specijalista (1.072 specijalista opće/obiteljske medicine, 255 specijalista pedijatrije, 88 specijalista medicine rada, 71 specijalista školske medicine i 19 specijalista ostalih specijalnosti). Ostalih zdravstvenih djelatnika bilo je: VŠS 37, SSS 2.498. U odnosu na 2009. godinu, u 2010. godini povećan je broj liječnika specijalista: broj liječnika specijalista u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukupno je veći za 0,7%, od toga specijalista obiteljske medicine veći za 3,4%, pedijatrije manji za 0,4%, medicine rada manji za 12%, školske medicine manji za 14% a ostalih specijalista za 5% manje. Zdravstvenih djelatnika VŠS manje je za 24%, a broj zdravstvenih djelatnika SSS manji je za 1%.

U 2011. godini u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite u najužem smislu ukupno je radilo 2.545 timova na 2.552 lokacije (2.536 lokacija obuhvaćeno je radom u punom radnom vremenu, a 16 lokacija u dijelu radnog vremena). Od 2.545 liječnika bilo je 1.534 specijalista svih specijalnosti (od njih, 1.095 su specijalisti opće/obiteljske medicine, 263 specijalisti pedijatrije, 84 specijalisti medicine rada, 70 specijalisti školske medicine i 22 specijalisti ostalih specijalnosti). Ostalih zdravstvenih djelatnika bilo je: VŠS 43, SSS 2.498. U odnosu na 2010. godinu, u 2011. godini povećan je broj liječnika specijalista: broj liječnika specijalista u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukupno je veći za 2%, od toga je broj specijalista obiteljske medicine veći za 2%, pedijatrije veći za 3%, medicine rada manji za 4,5%, školske medicine manji za 1,4% , a ostalih specijalista za 16% više. Zdravstvenih djelatnika VŠS više je za 16%, a broj zdravstvenih djelatnika SSS isti je.

U djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite u 2008. godini radilo je ukupno 1.824 tima, od toga 1.659 stomatoloških, 74 specijalističkih dječje preventivne stomatologije i 91 ostalih

specijalističkih. Uz ove timove usluge su pružali i timovi bez ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje: od 708 stomatoloških timova bez ugovora s HZZO, od toga 572 su stomatoloških, 23 specijalističkih dječje i preventivne stomatologije te ih je 113 drugih specijalističkih. U ovoj djelatnosti tijekom 2009. godine radilo je ukupno 1.785 timova, od toga 1.657 specijalističkih dentalne medicine, 62 specijalističkih dječje i preventivne dentalne medicine i 66 ostalih specijalističkih. Uz ove timove usluge su pružali i timovi bez ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje: od 650 timova dentalne medicine bez ugovora s HZZO, 579 je bilo specijalističkih dentalne medicine, 23 specijalističkih dječje i preventivne dentalne medicine te 48 drugih specijalnosti. Tijekom 2010. godini radilo je ukupno 1.748 timova, od toga 1.617 timova dentalne medicine, 52 specijalistička tima dječje i preventivne dentalne medicine i 79 ostalih specijalističkih timova. Uz ove timove radilo je i 658 timova dentalne medicine bez ugovora s HZZO, 596 je bilo timova dentalne medicine, 13 specijalističkih timova dječje i preventivne dentalne medicine te 49 timova drugih specijalnosti.

U istoj djelatnosti u 2011. radilo je ukupno radilo je ukupno 1.766 timova, od toga 1.637 timova dentalne medicine, 58 specijalistička tima dječje i preventivne dentalne medicine i 71 ostalih specijalističkih timova. Ovi timovi skrbili su o 3.844.955 osiguranika (oko 1,2% manje nego u 2010. godini), od kojih je 1.254.567 osiguranika koristilo zdravstvenu zaštitu (smanjenje za 8,7% u odnosu na 2010. godinu). Uz ove timove usluge su pružali i timovi bez ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje: od 722 tima dentalne medicine bez ugovora s HZZO, 655 je bilo timova dentalne medicine, 19 specijalističkih timova dječje i preventivne dentalne medicine te 48 timova drugih specijalnosti. Zabilježeno je 3.900.411 posjeta u ugovornim (smanjenje za 5,4% u odnosu na 2010. godinu) i 772.344 posjeta u ordinacijama bez ugovora s HZZO (povećanje za 10,2% u odnosu na 2010. godinu). Neovisno o ugovoru s HZZO, obavljeno je i 680.149 sistematskih pregleda (povećanje za 17,4% u odnosu na 2010. godinu). Plombirano je 1.845.400 (za 7,2% manje nego u 2010. godini), a izvađeno 556.384. zubi (smanjenje za 4,9% u odnosu na 2010. godinu). U 2011. godini načinjeno je i 242.566 protetskih radova (smanjenje za 3,7% u odnosu na 2010. godinu) te je obavljeno i 202.014 liječenja mekih tkiva (smanjenje za 44,1% u odnosu na 2010. godinu).

Zdravstvenu njegu u kući provode registrirane i ovlaštene ustanove za njegu u kući kao zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), članak 82, ustanova za zdravstvenu njegu u kući provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama doktora medicine. Ustanova može privremeno stacionarno zbrinjavati bolesnike kojima je potrebna zdravstvena njega i rehabilitacija. Utvrđeni standardni broj osiguranih osoba za provođenje zdravstvene njege u kući je 3.500 osiguranika po jednoj medicinskoj sestri. Tijekom 2008. godine u djelatnosti za kućnu njegu radilo je 145 viših medicinskih sestara i 1.039 medicinskih sestara SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna sestra u djelatnosti kućne njege dolazi prosječno na 3.759 osiguranika. Tijekom 2009. godine radilo je 128 viših medicinskih sestara i 831 medicinskih sestara SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna sestra u djelatnosti kućne njege dolazi prosječno na 4.663 osiguranika. Prema izvješćima pristiglim za 2010. godinu, u djelatnosti za kućnu njegu radi 107 viših medicinskih sestara i 849 medicinskih sestara SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna sestra u djelatnosti kućne njege dolazi prosječno na 4.718 osiguranika. U djelatnosti je u 2011. radilo 140 viših medicinskih sestara i 903 medicinske sestre SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna sestra u djelatnosti kućne njege dolazi prosječno na 4.391 osiguranika. Zabilježeni prosječan broj posjeta po sestri godišnje je 1.431 (smanjenje za 28% u odnosu na 2010. godinu).

Patronažnu zaštitu provode više medicinske sestre patronažnog smjera prema normativu od 5.100 stanovnika po jednoj patronažnoj sestri, sukladno Pravilniku o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja (NN 142/06). Taj broj se odnosi na broj stanovnika na području nadležnog doma zdravlja/organizacijske jedinice županijskog doma zdravlja. U ovoj djelatnosti tijekom 2008. godine je radilo 775 viših medicinskih sestara i 115 medicinskih sestara SSS. Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za 5.001 osiguranika. Tijekom 2009. godini je radila 781 viša medicinska sestra (0,8% više u odnosu na 2008. godinu) i 136 medicinskih sestara SSS (povećanje za 18,3% u odnosu na 2008. godinu). Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za 4.877 osiguranika. Tijekom 2010. godine radila je 838 viših medicinskih sestara (7,3% više u odnosu na 2009. godinu) i 123 medicinske sestre SSS (smanjenje za 9,6% u odnosu na 2009. godinu). Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za 4.693 osiguranika. U 2011. U patronažnoj djelatnosti je radilo 844 viših medicinskih sestara (0,7% više u odnosu na 2010. godinu) i 84 medicinske sestre SSS (smanjenje za 46,4% u odnosu na 2010. godinu). Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za 4.935 osiguranika. Ukupan broj patronažnih posjeta u 2011. godini bio je 1.465.526, što je više za 3,6% u odnosu na 2010. godinu.

Na temelju članka 129. stavka 2. podstavka 18. Zakona o policiji („Narodne novine“, br. 129/00), ministar unutarnjih poslova donio je *Pravilnik o mjerilima i načinu utvrđivanja posebne duševne i tjelesne sposobnosti policijskih službenika Ministarstva unutarnjih poslova* („Narodne novine“, br. 54/06). Navedenim Pravilnikom propisana su mjerila i način utvrđivanja posebne duševne i tjelesne sposobnosti (zdravstvena sposobnost) koje moraju ispunjavati:

1. kandidati za prijam u državnu službu na poslovima policijskog službenika,
2. kandidati za školovanje za rad na poslovima policijskog službenika i
3. policijski službenici.

Sukladno članku 2. navedenog Pravilnika, zdravstvene preglede koji prethode ocjeni i mišljenju o zdravstvenoj sposobnosti, u pravilu, obavlja Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova, a može ih obavljati i druga zdravstvena ustanova s kojom Ministarstvo unutarnjih poslova sklopi ugovor o obavljanju poslova specifične zdravstvene zaštite.

Navedeni Pravilnik donesen je, dakle, na temelju *Zakona o policiji* i ne odnosi se na specifičnu zdravstvenu zaštitu zaposlenika - policijskih službenika prema odredbama *Zakona o zdravstvenoj zaštiti* na koji se poziva u svezi potrebe davanja izvješća, već na ispunjavanje zahtjeva iz *Zakona o policiji*.

Slijedom navedenog, daljnje očitovanje odnosi se na primjenu navedenog Pravilnika te preventivne mjere zdravstvene zaštite policijskih službenika koje se odnose na edukativne aktivnosti i mjere zaštite protiv zaraznih bolesti sukladno epidemiološkim preporukama Zavoda za javno zdravstvo kao i aktivnostima iz programa psihosocijalne zaštite zaposlenika Ministarstva unutarnjih poslova.

Tijekom navedenog perioda, i uvažavajući odredbe Pravilnika, u svrhu prijama na poslove policijskih službenika zdravstveno je pregledan 181 policijski službenik prema kategorijama mjerila zdravstvene sposobnosti policijskih službenika (A, B, C i D kategorija). Za potrebe upisa u Program srednjoškolskog obrazovanja odraslih za zanimanje policajac/policajka

provedena su tri natječajna postupka i sukladno uvjetima natječaja, zdravstveno je pregledano 4238 kandidata za školovanje za rad na poslovima policijskog službenika.

Izvanrednim kontrolnim zdravstvenim pregledima na prijedlog neposrednog rukovoditelja i/ili izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite pristupilo je 46 policijskih službenika.

Sistematskim kontrolnim zdravstvenim pregledima prema kategorijama mjerila zdravstvene sposobnosti policijskih službenika (A, B, C i D kategorija) pristupili su svi policijski službenici iz 9 policijskih uprava.

U svrhu preventivne zaštite od zaraznih bolesti, sustavno su provedena sezonska cijepljenja (protiv gripe) i drugih zaraznih bolesti poput hepatitisa B. Navedenim cijepljenjima obuhvaćene su sve ustrojstvene jedinice u stacionarnom smještaju, uključujući policijske službenike koji su u kontaktu sa potencijalno zaraženim osobama. U prosjeku za promatrani period ta brojka iznosi oko 2500 policijskih službenika.

Također, važno je napomenuti da su u promatranom periodu policijski službenici redovno educirani o postupcima samozaštite kao i pomoći drugima u okviru edukacijskih programa prve pomoći i zaštite od zaraznih bolesti, kako u sklopu redovnog školovanja, tako i specijalističkih tečajeva te godišnjih planova stručnog usavršavanja u ustrojstvenim jedinicama.

Nadalje, kao jedna od mjera za očuvanje mentalnog zdravlja policijskih službenika, u Ministarstvu se sustavno provode psihoedukativne aktivnosti u sklopu sadržaja stresa, traume, načina suočavanja i samopomoći, štetnosti zloporabe alkohola i drugo te oblici psihološke pomoći kroz savjetodavni rad (individualni i grupni). Također, policijskim službenicima i drugim zaposlenicima Ministarstva pruža se specifični oblik psihološke pomoći – psihološke krizne intervencije koje se provode u situacijama posrednog ili neposrednog sudjelovanja u traumatskom događaju ili drugoj visoko stresnoj i kriznoj situaciji. Takvim oblicima rada u proteklom je periodu obuhvaćeno oko 120 policijskih službenika i drugih zaposlenika.

U Ministarstvu unutarnjih poslova provedene su stroge mjere zabrane pušenja kojih se moraju pridržavati svi zaposlenici uključujući i policijske službenike. U sklopu provedenih mjera provedeno je sustavno informiranje o štetnosti duhanskih proizvoda.

Pravo na zdravstvenu zaštitu djelatnika Ministarstva obrane i pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske propisano je važećim civilnim i vojnim zakonskim propisima iz područja zdravstva na osnovi kojih je donesen Pravilnik o postupku i ovlastima u postupku ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu i prava na zdravstveno osiguranje pripadnika Oružanih snaga („Narodne novine“, broj 98/11). U navedenom Pravilniku je propisano da pripadnici Oružanih snaga Republike Hrvatske prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvaruju u skladu s propisima koji uređuju sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj, kao i dopunsko zdravstveno osiguranje u skladu s propisima kojima je uređen sustav dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj. Dakle, obvezno i dopunsko zdravstveno osiguranje pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske provodi se preko Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) te su podaci o pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske prikazani u ukupnom broju i strukturi osiguranih osoba koje će dostaviti HZZO-u.

Pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske zdravstvena zaštita osigurava se zdravstvenim kapacitetima Oružanih snaga na primarnoj razini, koja obuhvaća djelatnosti: opće medicine, dentalne zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite i

medicine rada, te na sekundarnoj razini, koja obuhvaća: specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i pružanje usluge hiperbarične oksigenoterapije.

Zdravstvena zaštita na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini i razini zdravstvenih zavoda koja nije osigurana kapacitetima Oružanih snaga Republike Hrvatske pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske osigurava se u okviru mreže javne zdravstvene službe u Republici Hrvatskoj.

Zdravstvena zaštita pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske provodi se kroz sustav zdravstvene potpore kao dio cjelovitog sustava potpore Oružanih snaga Republike Hrvatske, a pruža se u stacionarnim i terenskim uvjetima.

U stacionarnim uvjetima zdravstvena potpora obuhvaća aktivnosti iz područja zdravstvene zaštite radi održavanja svakodnevnog života i rada u vojnim objektima na području Republike Hrvatske.

U terenskim uvjetima zdravstvena potpora obuhvaća aktivnosti iz područja zdravstvene zaštite tijekom provođenja zadaća Oružanih snaga Republike Hrvatske unutar i izvan područja Republike Hrvatske.

Ustrojstvene jedinice Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske nadležne za poslove zdravstva planiraju, organiziraju, provode i nadziru provedbu mjera zdravstvene zaštite i obavljaju poslove iz područja zdravstvenih djelatnosti:

- praćenje zdravstvenog stanja pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje njihova zdravlja;
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti;
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegova očuvanja i unapređenja;
- sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zuba i usta s rehabilitacijom;
- praćenje i poboljšanje mentalnog zdravlja;
- epidemiološko praćenje, sprječavanje i suzbijanje zaraznih i kroničnih masovnih bolesti uključujući bolesti ovisnosti;
- opskrbu lijekovima i medicinskim proizvodima;
- pružanje prve medicinske pomoći, hitnih intervencija i transporta;
- zdravstveno-statistička i druga socijalno-medicinska djelatnost;
- zdravstvena ekologija;
- zdravstvena zaštita u terenskim uvjetima;
- zdravstvena zaštita u mirovnim operacijama, misijama i drugim aktivnostima u inozemstvu;
- zdravstvena zaštita u slučaju pojave akcidentalnog stanja na području Republike Hrvatske;
- medicina rada (preventivni pregledi);
- specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita;
- znanstveno istraživačka djelatnost.

Zdravstvenu zaštitu pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske provode zdravstveni radnici:

Tablica 54. Broj zdravstvenih djelatnika u Ministarstvu obrane i Oružanim snagama Republike Hrvatske u 2011. godini

Doktori medicine	72
------------------	----

Od toga specijalisti	35
Doktori dentalne medicine	23
Medicinske sestre - više ss	6
Medicinske sestre - srednje ss	140

Izvor podataka: Očitovanje Ministarstva obrane

Provedba zdravstvene zaštite djelatnika Oružanih snaga Republike Hrvatske na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite oslanja se dijelom i na civilni zdravstveni sustav tako da će podaci npr. o cijepljenjima protiv zaraznih bolesti djelatnika Oružanih snaga Republike Hrvatske ili pobolu od zaraznih bolesti biti prikazani u ukupnom izvješću Zavoda za javno zdravstvo u Republici Hrvatskoj.

Na osnovi Pravilnika o utvrđivanju zdravstvene sposobnosti za vojnu službu („Narodne novine“, br. 127/10, 29/12, 31/12 i 45/12) tijekom 2011. godine provedeno je u zavodima Vojno zdravstvenog središta ukupno 7175 pregleda pripadnika Oružanih snaga Republike Hrvatske.

U Zavodu zrakoplovne medicine provedeno je 4982 preventivnih pregleda i to:

- 327 pregleda za prijem
- 168 pregleda za školovanje
- 1532 periodičnih pregleda djelatnih vojnih osoba
- 1560 pregleda za upućivanje u mirovne misije i operacije
- 366 pregleda dragovoljnih ročnika
- 754 pregleda vojnog zrakoplovnog osoblja
- 275 pregleda civilnog zrakoplovnog osoblja.

U Zavodu pomorske medicine provedeno je 2193 pregleda i to:

- 134 pregleda za prijem
- 15 pregleda za školovanje
- 695 periodičnih pregleda djelatnih vojnih osoba
- 344 pregleda s posebnim uvjetima rada
- 690 pregleda za mirovne misije i operacije
- 315 pregleda dragovoljnih ročnika.

Rad bolnica

Kapaciteti i rad bolnica Hrvatske za 2008. godinu

U Republici Hrvatskoj bilo je u 2008. godini 77 bolničkih ustanova i lječilišta i to 3 klinička bolnička centra, 11 kliničkih bolnica i klinika, 23 opće bolnice i 26 specijalnih bolnica koje iskazuju bolničke krevete te još 7 koje ih ne iskazuju, 1 lječilište koje iskazuje bolničke krevete te još 6 koja ih ne iskazuju. Osim toga u manjim je mjestima radilo još 10 općih stacionara i 6 izvanbolničkih rodilišta.

Ukupna godišnja iskorištenost je 2008. godine bila 83,21% (1990. godine bila je 87,67%). Najveća je iskorištenost klinika i kliničkih bolnica (87,97%), a najmanja specijalnih bolnica (79,92%).

Interval obrtaja (prosječan broj dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta) u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima je 1,56 u 2008. godini, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama iznosi 1,06, u specijalnim bolnicama 7,08 dana.

Kapaciteti i rad bolnica Hrvatske 2009. godine

U Republici Hrvatskoj bilo je u 2009. godini 77 bolničkih ustanova i lječilišta i to 4 klinička bolnička centra, 10 kliničkih bolnica i klinika, 23 opće bolnice i 26 specijalnih bolnica koje iskazuju bolničke krevete te još 7 koje ih ne iskazuju, 1 lječilište koje iskazuju bolničke krevete te još 6 koja ih ne iskazuju. Osim toga u manjim je mjestima radilo još 10 općih stacionara i 5 izvanbolničkih rodilišta.

Ukupna godišnja iskorištenost je 2009. godine bila 82,43% (1990. godine bila je 87,67%). Najveća je iskorištenost klinika i kliničkih bolnica (88,55%), a najmanja općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta (76,99%).

Interval obrtaja (prosječan broj dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta) u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima je 2,00 u 2009. godini, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama iznosi 1,03, a u specijalnim bolnicama 6,58 dana.

Kapaciteti i rad bolnica Hrvatske 2010. godine

Hrvatski zavod za javno zdravstvo započeo je primjenjivati u 2010. godini izmijenjeno i dopunjeno Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove. Izvješće ispunjavaju sve zdravstvene ustanove bez obzira na vrstu vlasništva i bez obzira na ugovor s HZZO-om. Podaci o vrsti liječenja (liječenje akutnih bolesnika te liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika) vrši se prema specijalnosti gdje se to liječenje provodi, a ne prema ustanovi kao što je bilo do 2010. godine. Popis i razvrstavanje specijalnosti na akutne i kronične izvršen je u skladu sa šifarnikom HZZO-a, Mrežom javne zdravstvene službe te Pravilnikom o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije.

U Republici Hrvatskoj bilo je u 2010. godini 69 bolničkih ustanova i lječilišta i to 4 klinička bolnička centra, 6 kliničkih bolnica i klinika, 22 opće bolnice, 26 specijalnih bolnica i lječilišta, 10 općih stacionara i 1 izvanbolničko rodilište.

Ukupna godišnja iskorištenost 2010. godine bila je 77,24% (1990. godine bila je 87,67%). Najveća je iskorištenost specijalnih bolnica i lječilišta (79,50%), a najmanja općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta (75,23%), u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama bila je 76,81%.

Interval obrtaja (prosječan broj dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta) u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima bio je 2,23 u 2010. godini, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama iznosi 2,26, u specijalnim bolnicama i lječilištima bio je 6,58 dana.

Kapaciteti i rad bolnica Hrvatske 2011. godine

U Republici Hrvatskoj bilo je u 2011. godini 70 bolničkih ustanova i lječilišta i to 4 klinička bolnička centra, 7 kliničkih bolnica i klinika, 22 opće bolnice i 26 specijalnih bolnica i lječilišta, 10 općih stacionara i 1 izvanbolničko rodilište.

Tijekom 2011. godine najveća je ukupna godišnja iskorištenost KBC, kliničkih bolnica i klinika 79,37%, općih bolnica, stacionara i izvanbolničkih rodilišta 72,76%, te specijalnih bolnica i lječilišta 70,26%.

Interval obrtaja (prosječan broj dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta) u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima je 2,49, u KBC, kliničkim bolnicama i klinikama iznosi 1,90, a u specijalnim bolnicama i lječilištima 11,15 dana.

Bolnički kreveti ukupno 2008. godine

Ukupan broj bolničkih kreveta u Hrvatskoj 2008. godine iznosi 5,47 na 1.000 stanovnika. Broj kreveta u EU nakon priključenja novih članica u 2004. godini je 5,91 na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica, broj kreveta u EU iznosio je 5,84 na 1.000 stanovnika (2003.g), a broj kreveta u novim članicama EU iznosio je 6,50 na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database).

Broj se bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine smanjio za oko 24% (ukupno s 35.251 u 1990. na 26.955 u 2000. godini). Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj manji za 337. Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta manji za 70.

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika smanjio se od 7,4 u 1990. godini na 6,15 u 2001. godini te u 2008. na 5,47.

Bolnički kreveti ukupno 2009. godine

Ukupan broj bolničkih kreveta u Hrvatskoj 2009. godine iznosi 5,40 na 1.000 stanovnika. Broj kreveta u EU nakon priključenja novih članica u 2004. godini je 5,91 na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica, broj kreveta u EU iznosio je 5,84 na 1.000 stanovnika (2003.g), a broj kreveta u novim članicama EU iznosio je 6,50 na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database).

Broj se bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine smanjio za oko 24% (ukupno s 35.251 u 1990. na 26.955 u 2000. godini). Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj manji za 337. Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta manji za 70. U 2009. godini broj kreveta prema 2008. godini manji je za 315.

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika smanjio se od 7,4 u 1990. godini na 6,15 u 2001. godini te u 2008. na 5,47, a u 2009. godini smanjio se na 5,40.

Bolnički kreveti ukupno 2010. godine

Ukupan broj bolničkih kreveta u Hrvatskoj 2010. godine iznosi 5,66 na 1.000 stanovnika. Broj kreveta u EU nakon priključenja novih članica u 2004. godini je 5,91 na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica, broj kreveta u EU iznosio je 5,84 na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica, broj kreveta u EU iznosio je 5,84 na 1.000

stanovnika (2003.g), a broj kreveta u novim članicama EU iznosio je 6,50 na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database).

Broj se bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine smanjio za oko 24% (ukupno s 35.251 u 1990. na 26.955 u 2000. godini). Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj manji za 337.

Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta manji za 70, u 2009. godini prema 2008. godini manji je za 315.

2010. godina bilježi porast broja kreveta za 1050 u odnosu na 2009. godinu (započelo primjenjivanje izmijenjenog i dopunjenog Godišnjeg izvješća o radu stacionarne zdravstvene ustanove).

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika smanjio se od 7,4 u 1990. godini na 6,15 u 2001. godini te u 2008. na 5,47, 2009. godine je 5,40, u 2010. godini porastao je na 5,66.

Bolnički kreveti ukupno 2011. godine

Broj kreveta u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika u 2011. godini iznosi 5,98; a u EU nakon priključenja novih članica u 2004. godini bio je u 2009. godini 5,32 na 1.000 stanovnika.

Akutni kreveti u 2008. godini

Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2008. godini bilo je 3,63 kreveta za akutno liječenje (1,72 u općim bolnicama te 1,91 u klinikama). Stopa u EU nakon priključenja novih članica 2004. iznosi 4,15 kreveta na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica iznosila je 4,00 kreveta na 1.000 stanovnika (2003.), a stopa u novim članicama EU iznosila je 5,15 kreveta na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database).

Od ukupnog smanjenja kreveta u razdoblju 1990. – 2000. godine na opće bolnice ide 37,6% i na klinike i kliničke bolnice oko 7,9%.

Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu manji ukupan broj u općim bolnicama za 115 te u klinikama i kliničkim bolnicama za 77 kreveta.

U 2008. godini bilježimo manji rast broja akutnih kreveta, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta veći za 35, u općim bolnicama broj kreveta je veći za 84, u klinikama i kliničkim bolnicama je manji za 49.

Akutni kreveti u 2009. godini

Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2009. godini bilo je 3,60 kreveta za akutno liječenje (1,70 u općim bolnicama te 1,90 u klinikama). Stopa u EU nakon priključenja novih članica 2004. iznosi 4,15 kreveta na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica iznosila je 4,00 kreveta na 1.000 stanovnika (2003.), a stopa u novim članicama EU iznosila je 5,15 kreveta na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database). Od ukupnog smanjenja kreveta u razdoblju 1990. – 2000. godine na opće bolnice ide 37,6% i na klinike i kliničke bolnice oko 7,9%.

Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu manji ukupan broj u općim bolnicama za 115 te u klinikama i kliničkim bolnicama za 77 kreveta.

U 2008. godini bilježimo manji rast broja akutnih kreveta, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta veći za 35, u općim bolnicama broj kreveta je veći za 84, u klinikama i kliničkim bolnicama je manji za 49.

U 2009. godini broj kreveta je smanjen prema 2008. godini za 89, u općim bolnicama smanjen je za 57, dok je u klinikama i kliničkim bolnicama smanjen za 32 kreveta.

Akutni kreveti u 2010. godini

Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2010. godini bila su 4,05 kreveta za akutno liječenje. Stopa u EU nakon priključenja novih članica 2004. iznosi 4,15 kreveta na 1.000 stanovnika, prije priključenja novih članica iznosila je 4,00 kreveta na 1.000 stanovnika (2003.), a stopa u novim članicama EU iznosila je 5,15 kreveta na 1.000 stanovnika (2004.) (European HFA Database).

Od ukupnog smanjenja kreveta u razdoblju 1990. – 2000. godine na opće bolnice ide 37,6% i na klinike i kliničke bolnice oko 7,9%.

Trend smanjivanja broja kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu manji ukupan broj u općim bolnicama za 115 te u klinikama i kliničkim bolnicama za 77 kreveta.

U 2008. godini bilježimo manji rast broja akutnih kreveta, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta veći za 35, u općim bolnicama broj kreveta je veći za 84, u klinikama i kliničkim bolnicama je manji za 49.

U 2009. godini broj kreveta je smanjen prema 2008. godini za 89, u općim bolnicama smanjen je za 57, dok je u klinikama i kliničkim bolnicama smanjen za 32 kreveta.

Od 2010. godine započeto je izmijenjeno i dopunjeno Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove, akutni kreveti se bilježe prema specijalnosti gdje se to liječenje provodi, a ne prema ustanovi kao što je to bilo do 2010. godine. Popis specijalnosti izvršen je u skladu sa šifarnikom HZZO-a, Mrežom javne zdravstvene službe te Pravilnikom o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije.

Ukupan broj akutnih kreveta u 2010. godini bio je 17 877, u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima bio je 6936, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama 9649, u specijalnim bolnicama i lječilištima 1292.

Akutni kreveti u 2011. godini

Prema strukturi kreveta na 1.000 stanovnika u 2011. godini bilo je 4,07 (4,05 u 2010.) kreveta za akutno liječenje, 1,65 (1,60 u 2010. godini) u općim bolnicama te 2,23 (2,22 u 2010. godini) u KBC, kliničkim bolnicama i klinikama.

Ukupan broj akutnih kreveta u 2009. godini bio je EU nakon priključenja novih članica u 2004. godini bio je 2009. godini 3,57 na 1.000 stanovnika.

Kronični kreveti u 2008. godini

Za liječenje kroničnih bolesnika na raspolaganju je 2008. godine bio 1,84 krevet/1.000 stanovnika. Udio u ukupnom smanjenju broja bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine za kronične krevete iznosi 21,1%.

Trend smanjivanja broja kroničnih kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj u specijalnim bolnicama manji za 145 kreveta.

Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta u specijalnim bolnicama manji za 105.

Kronični kreveti u 2009. godini

Za liječenje kroničnih bolesnika na raspolaganju je 2009. godine bio 1,80 krevet/1.000 stanovnika. Udio u ukupnom smanjenju broja bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine za kronične krevete iznosi 21,1%.

Trend smanjivanja broja kroničnih kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj u specijalnim bolnicama manji za 145 kreveta.

Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta u specijalnim bolnicama manji za 105, u 2009. godini broj kreveta smanjen je za 226 prema 2008. godini.

Kronični kreveti u 2010. godini

Za liječenje kroničnih bolesnika na raspolaganju je 2010. godine bio 1,62 krevet/1.000 stanovnika. Udio u ukupnom smanjenju broja bolničkih kreveta u Hrvatskoj u razdoblju 1990. – 2000. godine za kronične krevete iznosi 21,1%.

Trend smanjivanja broja kroničnih kreveta nastavljen je i u 2001. godini tako da je u odnosu na 2000. godinu ukupan broj u specijalnim bolnicama manji za 145 kreveta.

Daljnje smanjenje broja kreveta bilježimo i u 2008. godini, pa je tako prema 2007. godini ukupan broj kreveta u specijalnim bolnicama manji za 105, u 2009. godini broj kreveta smanjen je za 226 prema 2008. godini.

Od 2010. godine započeto je izmijenjeno i dopunjeno Godišnje izvješće o radu stacionarne zdravstvene ustanove, kronični kreveti se bilježe prema specijalnosti gdje se to liječenje provodi, a ne prema ustanovi kao što je to bilo do 2010. godine. Popis specijalnosti izvršen je u skladu sa šifarnikom HZZO-a, Mrežom javne zdravstvene službe te Pravilnikom o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije.

Ukupan broj kroničnih kreveta u 2010. godini bio je 7140, u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima bio je 113, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama 140, u specijalnim bolnicama i lječilištima 6887.

Subakutni i kronični kreveti u 2011. godini

Za liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika na raspolaganju je bilo 1,91 kreveta na 1.000 stanovnika (1,62 u 2010. godini). Ukupan broj kroničnih kreveta u 2011. godini bio je 8212, u općim bolnicama, stacionarima i izvanbolničkim rodilištima bio je 113, u kliničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama 140, u specijalnim bolnicama i lječilištima 7959.

Tablica 40. Pokazatelji rada bolnica u Hrvatskoj za 2008. god.

	<i>Sveukupno</i>	<i>Liječenje akutnih bolesnika ukupno</i>	<i>Opće bolnice, stacionari izvanbolnička rodilišta</i>	<i>KBC, kliničke bolnice i klinike</i>	<i>Liječenje kroničnih bolesnika</i>
HRVATSKA					
1. Broj postelja	24282	16088	7616	8472	8194
2. Broj postelja na 1000 stanovnika	5,47	3,63	1,72	1,91	1,84
3. Broj doktora	5132	4696	1945	2751	436
4. Broj postelja po jednom doktoru	4,7	3,4	3,9	3,1	18,8
4. Broj ispisanih bolesnika	768400	683622	331499	352123	84778
5. Broj dana bolničkog liječenja	7374576	4984483	2264157	2720326	2390093
6. Prosječna dužina liječenja	9,60	7,29	6,83	7,73	28,19
7. Godišnja zauzetost postelja	304	310	297	321	292
8. % iskorištenosti postelja	83,21	84,88	81,45	87,97	79,92
9. Broj pacijenata po krevetu	31,64	42,49	43,53	41,56	10,35
10. Interval obrtaja	1,94	1,30	1,56	1,06	7,08

Izvor podataka: HZJZ, Hrvatsko zdravstveno-statistički ljetopis za 2008

Tablica 41. Pokazatelji rada bolnica u Hrvatskoj za 2009. god.

	<i>Sveukupno</i>	<i>Liječenje akutnih bolesnika ukupno</i>	<i>Opće bolnice, stacionari izvanbolnička rodilišta</i>	<i>KBC, kliničke bolnice i klinike</i>	<i>Liječenje kroničnih bolesnika</i>
HRVATSKA					
1. Broj postelja	23967	15999	75559	8440	7968
2. Broj postelja na 1000 stanovnika	5,40	3,60	1,70	1,90	1,80
3. Broj doktora	5205	4778	1960	2818	427
4. Broj postelja po jednom doktoru	4,6	3,3	3,9	3,0	18,7
5. Broj ispisanih bolesnika	743052	659665	317339	342326	83387
6. Broj dana bolničkog liječenja	7210881	4851841	2124053	2727788	2359040
7. Prosječna dužina liječenja	9,70	7,36	6,69	7,97	28,29
8. Godišnja zauzetost postelja	301	303	281	323	296
9. % iskorištenosti postelja	82,43	83,08	76,99	88,55	81,11
10. Broj pacijenata po krevetu	31,00	41,23	41,98	40,56	10,47
Interval obrtaja	2,07	1,50	2,00	1,03	6,58

Izvor podataka: HZJZ, Hrvatsko zdravstveno-statistički ljetopis za 2009

Tablica 42. Pokazatelji rada bolnica u Hrvatskoj za 2010. god.

	<i>Sveukupno</i>	<i>Liječenje akutnih bolesnika</i>	<i>Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika rodilišta</i>	<i>Opće boln. stacionari i izvanbolnička i klinike</i>	<i>KBC, kliničke bolnice i lječilišta</i>	<i>Specijalne bolnice i</i>
	<i>1 (2+3) (4+5+6)</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
	<i>Total</i>	<i>Acute</i>	<i>Subacute</i>	<i>General hosp.</i>	<i>Clin. teach.</i>	<i>Special</i>

		<i>patient treatment</i>	<i>and chronic patient treatment</i>	<i>infirmaries, and outpatient maternity wards</i>	<i>hosp., clin. hospitals and clinics</i>	<i>hospitals and natural spas</i>
HRVATSKA - Croatia						
1. Broj postelja - No. of beds	25.017	17.877	7.140	7.049	9.789	8.179
2. Broj postelja na 1000 stanovnika- No. of beds per 1,000 pop.	5,66	4,05	1,62	1,60	2,22	1,85
3. Broj doktora- No. of doctors	5.582	5.185	397	2.035	3.050	497
4. Broj postelja po jednom doktoru- No. of beds per doctor	4,48	3,45	17,98	3,46	3,21	16,46
5. Broj ispisanih bolesnika- No. of patients discharged	745.692	679.283	66.409	285.630	367.118	92.944
6. Broj dana bolničkog liječenja – No. of bed days	7.053.292	4.906.170	2.147.122	1.935.595	2.744.313	2.373.384
7. Prosječna dužina liječenja- Average length of treatment	9,46	7,22	32,33	6,78	7,48	25,54
8. Godišnja zauzetost postelja – Annual bed occupancy	282	274	301	275	280	290
9. % iskorištenosti postelja- Bed utilization (%)	77,24	75,19	82,39	75,23	76,81	79,50
10. Broj pacijenata po krevetu- No. of patients per bed	29,81	38,00	9,30	40,52	37,50	11,36
11. Interval obrtaja-						
12. Turnover interval	2,79	2,38	6,91	2,23	2,26	6,58

Izvor podataka: HZJZ, Hrvatsko zdravstveno-statistički ljetopis za 2010

Tablica 58. Pokazatelji rada bolnica u Hrvatskoj za 2011. god.

<i>Sveukupno</i>	<i>Liječenje akutnih bolesnika</i>	<i>Liječenje subakutnih i kroničnih bolesnika</i>	<i>Opće boln. stacionari i izvanbolnička rodišta</i>	<i>KBC, kliničke bolnice i klinike</i>	<i>Specijalne bolnice i lječilišta</i>
1 (2+3) (4+5+6)	2	3	4	5	6
<i>Total</i>	<i>Acute</i>	<i>Subacute</i>	<i>General hosp.</i>	<i>Clin. teach.</i>	<i>Special</i>

		patient treatment	and chronic patient treatmentmaternity wards	infirmaries, and outpatient and clinics	hosp., clin. hospitals spas	hospitals and natural
HRVATSKA - Croatia						
1. Broj postelja - <i>No. of beds</i>	25.671	17.459	8.212	7.094	9.589	8.988
2. Broj postelja na 1000 stanovn.- <i>No. of beds per 1,000 pop</i>	5,98	4,07	1,91	1,65	2,23	2,09
3. Broj doktora - <i>No. of doctors</i>	5.758	5.415	343	2.059	3.163	536
4. Broj postelja po jednom doktoru- <i>No. of beds per doctor</i>	4,46	3,22	23,94	3,45	3,03	16,77
5. Broj ispisanih bolesnika- <i>No. of patients discharged</i>	749.747	681.748	67.999	282.970	379.244	87.533
6. Broj dana bolničkog liječenja - <i>No. of bed days</i>	6.966.783	4.885.332	2.081.451	1.883.936	2.777.941	2.304.906
7. Prosječna dužina liječenja- <i>Average length of treatment</i>	9,29	7,17	30,61	6,66	7,32	26,33
8. Godišnja zauzetost postelja - <i>Annual bed occupancy</i>	271	280	253	266	290	256
9. % iskorištenosti postelja- <i>Bed utilization (%)</i>	74,35	76,66	69,44	72,76	79,37	70,26
10. Broj pacijenata po krevetu- <i>No. of patients per bed</i>	29,21	39,05	8,28	39,89	39,55	9,74
11. Interval obrtaja- <i>Turnover interval</i>	3,21	2,18	13,47	2,49	1,90	11,15

2.2. Stavak 2. – SLUŽBE SAVJETOVANJA I OBRAZOVANJA

Savjetovanišni rad

Savjetovanišni rad odvija se u obvezno izdvojenom i oglašenom vremenu za savjetovanište u trajanju od najmanje 3 sata tjedno, u svrhu pomoći i rješavanju temeljnih problema s kojima se susreću djeca, adolescenti, njihovi roditelji, staratelji i učitelji: prilagodba na školu, školski neuspjeh, poremećaji ponašanja, problemi razvoja i sazrijevanja, kronični poremećaji zdravlja, planiranje obitelji, zloropotreba psihoaktivnih droga i drugi oblici ovisnosti, problemi mentalnog zdravlja i dr.

Savjetovanje u svrhu očuvanja i unaprijeđenja zdravlja i zdravijeg načina življenja

Rad s učenicima i studentima u rješavanju najčešćih zdravstvenih i psihosocijalnih problema te usmjeravanje ka usvajanju zdravijih navika i stavova.

Konzultacije s profesorima i stručnim suradnicima škole

Provodi se kao dio svakog sistematskog i drugog preventivnog pregleda u svrhu praćenja i zdravstvenog nadzora svih učenika.

Rad s roditeljima

Savjetovanišni rad s roditeljima u svrhu rješavanja aktualnih problema u vezi sa školom, ponašanjem i sazrijevanjem te odnosima u obitelji.

Savjetovanje o očuvanju i unaprijeđenju reproduktivnog zdravlja

Savjetovanišni rad s mladima i studentima o odnosima među spolovima, usvajanju odgovornog spolnog ponašanja te uporabi kontracepcije.

Savjetovanje o očuvanju i unaprijeđenju mentalnog zdravlja

Savjetovanišni rad s mladima i studentima o najčešćim problemima mentalnog zdravlja (stres, depresija, anksioznost, samopouzdanje, samopoštovanje i dr.).

Aktivna skrb o djeci, mladima i studentima s kroničnim poremećajima zdravlja

Praćenje učenika i studenata koji boluju od kroničnih poremećaja zdravlja u odnosu na zdravstveno stanje i sposobnosti te potrebne mjere zdravstvene zaštite u odgoju i obrazovanju kao i praćenje uspješnosti savladavanja obrazovnog programa.

Skrb o djeci, mladima i studentima s rizicima po zdravlje

Uočavanje i prepoznavanje djece i mladih s rizicima po zdravlje i poremećajima ponašanja (prekomjerna tjelesna težina, sklonost ovisničkom ponašanju - konzumiranju alkohola, eksperimentiranju s psihoaktivnim drogama, sklonost promiskuitetnom ponašanju, bijeg od kuće, izbjegavanje nastave, maloljetničkoj delikvenciji i dr.). Individualni savjetovanišni i zdravstveno-odgojni rad, suradnja sa stručnim službama škole, s obitelji djeteta, adolescenta ili studenta te centrima za socijalni rad.

Skrb o učenicima s ometenošću u psihičkom ili fizičkom razvoju

Registracija i evidencija učenika koji su zbog ometenosti u psihičkom ili fizičkom razvoju razvrstani po stručnim komisijama zdravstva i prosvjete ili socijalne skrbi. Za svu djecu integriranu u redovne škole ili polaznike specijalnih škola nužna je stalna suradnja sa stručnim službama škole u svrhu praćenja zdravstvenog stanja i sposobnosti djeteta te uspješnosti savladavanja predviđenog odgojno-obrazovnog programa.

Savjetovaništa za djecu i mladež u kojima djeca, roditelji i profesori mogu zatražiti pomoć pri rješavanju najčešćih problema vezanih uz odrastanje i zdravlje djece, organizirana su kao poseban oblik rada i broj posjeta savjetovaništu neprekidno se povećava. Specifični dijelovi programa preventivne zdravstvene zaštite učenika, kojima se posvećuje osobita pozornost su zdravstveni odgoj i savjetovanišni rad. Savjetovaništa za djecu i mladež u kojima djeca, roditelji i profesori mogu zatražiti pomoć pri rješavanju najčešćih problema vezanih uz odrastanje i zdravlje djece, organizirana su kao poseban oblik rada i broj posjeta savjetovaništu neprekidno se povećava. U osnovnoj školi se povećao od 59.647 posjeta savjetovaništu u 1998. godini, do 132.077 u školskoj godini 2004./2005., 127.124 u protekloj i nešto manje u školskoj godini 2011/2012. (118.409). U srednjoj školi je kretanje posjeta savjetovaništu od 18.196 do 38.516 u školskoj godini 2011/2012. Navedeno pokazuje da je upravo takav oblik rada potreban i da je u sustavu nedostajao. U savjetovaništima za djecu i mladež pri službama za školsku medicinu djeca su i roditelji u osnovnoj školi najviše tražili pomoć zbog problema koje donose kronične bolesti (48%), zatim zbog učenja (23%), problema mentalnog zdravlja (14%), rizičnog ponašanja (8%) te problema reproduktivnog zdravlja (7%). Kod srednjoškolaca su osim kroničnih bolesti (43%) češće zastupljeni problemi i zahtjevi za savjetom zbog reproduktivnog zdravlja i spolno prenosivih infekcija (22%), problema učenja (12%), mentalnog zdravlja (12%) te rizičnog ponašanja (11%).

Osim redovitih aktivnosti savjetovaništa, od 2000. godine se nastoji podržati osnivanje specifičnih savjetovaništa za reproduktivno zdravlje adolescenata u sklopu službi školske medicine (aktivnosti navedene i u strateškim dokumentima kao Nacionalni program aktivnosti za mlade. U Zagrebu Gradski Ured za rad, zdravstvo, socijalnu skrb i branitelje podupire Savjetovanište za reproduktivno zdravlje u Zavodu za javno zdravstvo Grada Zagreba, služba za školsku medicinu, u Rijeci grad Rijeka podupire „Otvoreni centar za mlade“ u zavodu za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Služba za školsku medicinu i u Splitu je u sklopu Zavoda za javno zdravstvo organizirano nekoliko specifičnih savjetovaništa za sada na volontarističkoj osnovi.

U redovitom planu i programu osnovnih i srednjih škola se u predmetima priroda, biologija te tjelesna i zdravstvena kultura nalaze zdravstveno-odgojni sadržaji. Školska medicina prema svom godišnjem programu obavlja dio aktivnosti kao zdravstveno-odgojne aktivnosti, komplementarno se nadopunjavajući sa postojećim kurikulumom.

Zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja

Prema godišnjem programu rada zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja obavlja se kao zasebna aktivnost i/ili integrirana uz sistematske preglede i cijepljenja.

Zdravstveno-odgojne aktivnosti s učenicima

Osnovna škola I-IV razred

Osobna higijena u očuvanju zdravlja

Značaj pravilne prehrane i njen utjecaj na rast i razvoj

Društveno neprihvatljivo i nasilničko ponašanje i zlostavljanje

Osnovna škola V-VI razred

Psihičke i somatske promjene u pubertetu, menstruacija

Ovisnosti (pušenje, alkohol i psihoaktivne droge)

Osnovna škola VII-VIII razred

Zaštita od HIV/AIDS-a i drugih spolno prenosivih bolesti

Zdravo sazrijevanje i odrastanje

Srednja škola I-III razred

Planiranje obitelji, pobačaj, metode kontracepcije, brak, obitelj, djeca

Odgovorno spolno ponašanje, spolno prenosive infekcije

Samozaštita i briga za vlastito zdravlje

Studenti

Individualni i grupni rad prema zahtjevima i indikacijama

Metode zdravstveno-odgojnog rada:

Zdravstveni odgoj se u pravilu provodi u školi, a metode su predavanja, rasprava, radionica, intervju, rad u malim grupama, parlamentarna tribina, edukacija vršnjaka, sudjelovanje u medijskim programima.

Upit odbora

- Odbor je zatražio da se sljedećim izvješćem dostave opći podatci o provedbi Nacionalnog udžbeničkog standarda, a posebice o tome koliko su revidirani i što je sve poduzeto kako se pristrane i diskriminirajuće izjave ne bi pojavljivale kod drugih obrazovnih materijala. Odbor također želi i detaljne informacije o reformi obrazovanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, koja je pokrenuta u posljednjih nekoliko godina (temeljem odgovora Vlade na pritužbe).

1) Nacionalni udžbenički standard

Svi udžbenici i pripadajuća dopunska nastavna sredstva koja se koriste u osnovnim i srednjim školama imaju pozitivno stručno mišljenje stručnih povjerenstava o usklađenosti s nacionalnim i predmetnim kurikulumom te Udžbeničkim standardom.

Prema čl. 4. St. 2. Zakona o udžbenicima za osnovnu i srednju školu („Narodne novine“, br. 27/10 i 55/11), udžbenici, dopunska i pomoćna nastavna sredstva svojim sadržajem ne smiju biti protivni Ustavu Republike Hrvatske i proklamiranim načelima demokratskog poretka koja se posebice odnose na zaštitu ljudskih o manjinskih prava, temeljnih sloboda i prava čovjeka i građanina te ravnopravnost spolova.

Udžbenički standard („Narodne novine“, br. 07/07) propisuje i etičke zahtjeve. Pozitivno stručno mišljenje dobivaju samo udžbenici i pripadajuća dopunska nastavna sredstva koji su u potpunosti usklađena s njima. Etički zahtjevi Udžbeničkog standarda temelje se na istinitosti, povjerljivosti i objektivnosti udžbeničkih sadržaja, općim pravima čovjeka, načelima demokracije, vladavine prava i na domoljublju. Prema tome udžbenik:

1. upućuje na moralne strane, postignuća i posljedice znanstvenoga i tehnološkoga razvoja;
2. podržava, njeguje i promiče načela održivoga razvitka;
3. njeguje hrvatski nacionalni identitet;
4. odražava bogatstvo različitosti hrvatskog društva, omogućava stjecanje znanja o ravnopravnosti pojedinaca i društvenih skupina te promiče pravo na različitost;
5. podržava ravnopravnost spolova na prikladan način služeći se imenicama obaju rodova, osobito u spominjanju zvanja i zanimanja, ne narušavajući pri tome komunikacijsku razinu i prirodnost hrvatskog jezika, te priprema oba spola za djelatno i ravnopravno sudjelovanje u svom područjima života;
6. objektivno i vjerodostojno prikazuje kulture, religije i civilizacije te etničke i religijske skupine;
7. promiče upoznavanje i poštovanje vrijednosti nacionalnih manjina u Republici Hrvatskoj te drugih naroda u Europi i svijetu.

Započela je priprema novoga Udžbeničkog standarda čiji nacrt uključuje i sljedeće odredbe:

- udžbenik je usmjeren ka promicanju temeljnih vrijednosti koje proizlaze iz opredijeljenosti hrvatske obrazovne politike za cjelovit osobni razvoj učenika, za čuvanje i razvijanje nacionalne duhovne i materijalne prirodne baštine Republike Hrvatske i za europski uživot;
- etički se zahtjevi, osim na pravima čovjeka, temelje i na pravima djeteta;
- udžbenik podržava ravnopravnost spolova na prikladan način koristeći se u jednakome omjeru;
- ilustracijama likova obaju spolova.

Svi se udžbenici usklađuju s navedenim zahtjevima, bez obzira na to iskazuju li se ti zahtjevi u njima neposredno (društveni i humanistički predmeti) ili posredno (prirodoslovlje, tehnički i drugi predmeti).

Osim udžbenika i dopunskih nastavnih sredstava, u školama se mogu koristiti i pomoćna nastavna sredstva na temelju odobrenja Agencije za odgoj i obrazovanje te Agencije za strukovno obrazovanje i obrazovanje odraslih. Na njih se također primjenjuje čl. 4. st.2. Zakona o udžbenicima.

2) Reforma obrazovanja o seksualnom i reproduktivnom odgoju

Agencija za odgoj i obrazovanje je osnovala Povjerenstvo za pripremu Kurikuluma zdravstvenog odgoja koje broji 14 članova kako slijedi:

- 9 članova čine savjetnici Agencije;
- 5 članova su vanjski stručnjaci.

Predložene su 4 tematske cjeline/modula Kurikuluma zdravstvenog odgoja i to:

- živjeti zdravo;
- spolna/rodna ravnopravnost i odgovorno spolno ponašanje;
- prevencija ovisnosti;
- prevencija nasilnog ponašanja.

Provedba uključuje:

- razradu nastavnih jedinica;
- izradu plana stručnog usavršavanja učitelja/nastavnika za koje će nositelj biti Agencija za odgoj i obrazovanje s vanjskim suradnicima;
- donošenje Kurikuluma zdravstvenog odgoja (Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta);
- provedba Kurikuluma u školama.

Zdravstveni odgoj za učenike

Nekim od oblika zdravstvenog odgoja obuhvaćeno je u školskoj godini 2004./2005. 314.342 učenika osnovnih i 77.204 učenika srednjih škola, u 2005./2006. 305.236 učenika osnovnih i 89.498 učenika srednjih škola, u školskoj godini 2010./2011. 257.222 učenika osnovnih i 77.407 srednjih škola, te u školskoj godini 2011./2012. 225.667 učenika osnovnih i 67.788 učenika srednjih škola. Zdravstvenim je odgojem ukupno obuhvaćeno i 18.414 studenata u 2010./2011 (20.189 u 2009./2010., 16.059 u 2008./2009, 14.888 u 2005./2006.) i to predavanjima, tribinama ili nekim od oblika grupnog rada.

Zdravstveni odgoj za roditelje

Sudjelovanje na roditeljskim sastancima. Obvezno sudjelovanje doktora roditeljskom sastanku u I, IV ili V te VIII razredu osnovne škole u svezi s problemima sazrijevanja i izbora zvanja, kao i u I razredu srednje škole.

Zdravstveni odgoj za radnike škole

Rad na stručnoj izobrazbi prosvjetnih djelatnika u svrhu unaprjeđivanja rješavanja specifične zdravstvene problematike. Obvezno sudjelovanje na Učiteljskom vijeću jednom godišnje. Osim toga je 75.431 roditelj i profesor u osnovnim te 10.122 u srednjim školama sudjelovao na predavanjima, tribinama ili radionicama u vezi sa zdravljem.

U školskoj godini 2011./2012. su 48.482 roditelja i profesora u osnovnim te 4.789 u srednjoj školi sudjelovali na predavanjima, tribinama ili radionicama u vezi sa zdravljem (prošle školske godine 58.205 u osnovnim i 4.310 u srednjim školama).

Upit odbora

- Odbor je zatražio da u sklopu sljedećeg izvješća budu dostavljene detaljne informacije o trendovima konzumacije droga.

Prema rezultatima europskog istraživanja European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) za 2011. godinu (podaci za 2007. godinu zagradi) Hrvatska se u pušenju, i upotrebi droga među mladima u dobi od 15-16 godina nije izdvajala od ostalih europskih zemalja uključenih u istraživanje, dok je prema navikama pijenja bila među zemljama s najvećom prevalencijom.

Uporaba kanabisa je u europskom prosjeku (18% (18%) ispitanika probalo je kanabis u životu u Hrvatskoj, 17% (19%) prosječno u svim zemljama) dok je upotreba drugih droga znatno niža nego u drugim zemljama (5% (4%) probalo bi bilo koju drogu osim kanabisa u životu u Hrvatskoj, 6% (7%) u ostalim zemljama).

U 2011. godini u odnosu na prethodno razdoblje (ESPAD istraživanje prethodno je provedeno 1995., 1999., 2003. i 2007.) učestalost učenika i učenica koji redovito puše je bio u porastu. Tako je porastao udio djece koja redovito puše (najmanje jednu cigaretu dnevno u posljednjih 30 dana) i to od 26% dječaka u 1995. godini do 29% u 2007. godini i 31% u 2011., dok je udio djevojčica povećan od 19% u 1995. godini do 26% u 2007. Godini i 27% u 2011. Rizično pijenje alkohola (pijenje 6 i više puta u posljednjih mjesec dana) također je u porastu. U 1995. godini je toliko često alkohol pilo 13% dječaka i 4% djevojčica u prvim razredima srednje škole, dok je u 2007. godini to činilo gotovo tri puta više dječaka (39%) i četiri puta više djevojčica (16%). a u 2012. godini 30% dječaka i 18% djevojčica. U upotrebi marihuane od 1995. do 2011. bilježi se najprije nagli porast a potom stagnacija ili čak smanjenje. Tako je 1995. godina s marihuanom eksperimentiralo 12% dječaka i 5% djevojčica. Udio se povećavao te u 2003. godini udvostručio za dječake (24%) i više no utrostručio za djevojčice (17%). U 2007. godini se broj i udio eksperimentatora u toj dobi nešto smanjio u odnosu na 2003. godinu te je iznosio 20% za dječake i 15% za djevojčice, a u 2011. godini 18% za dječake i 17% za djevojčice.

Što se tiče samog eksperimentiranja, razvidno je da po dobnim skupinama nema velikih oscilacija kroz godine. Dječaci eksperimentiraju nešto ranije nego djevojčice te je prevalencija eksperimentiranja među dječacima nešto viša u dobi od 11 i 13 godina. Do petnaeste godine se razlika među spolovima gubi te je jednak udio i djevojčica i dječaka koji su s cigaretama.

Prema rezultatima Health Behaviour in School-aged Children iz 2010. godine, rizična ponašanja u hrvatske djece i adolescenata ukazuju na stagnaciju proširenosti eksperimentiranja s cigaretama i alkoholom te smanjenje eksperimentiranja s marihuanom. Svakodnevno puši 21% dječaka i 19% djevojčica od 15 godina, a u istoj dobi 30% dječaka i 9%% djevojčica pivo pije barem jednom tjedno. Marihuanu je barem jednom u životu uzelo 16% dječaka i 11% djevojčica od 15 godina.

Posebne mjere koje se poduzimaju za zdravstvenu zaštitu ovisnika

Sustav praćenja problema ovisnosti kao zasebnog medicinsko-društvenog fenomena utemeljen je u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo još ranih osamdesetih godina. Iz ukupnih podataka o morbiditetu i mortalitetu na nacionalnoj razini izdvajani su podaci o osobama liječenim zbog zlouporabe psihoaktivnih droga te je postupno izgrađen Registar osoba liječenih zbog zlouporabe psihoaktivnih droga, koji održava Služba za školsku i adolescentnu medicinu i prevenciju ovisnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Sustav liječenja temelji se prema važećoj Nacionalnoj strategiji suzbijanja zlouporabe droga na mreži izvanbolničkog i bolničkog tretmana. Proširenost eksperimentiranja u adolescentnoj

populaciji, značajke i kretanja rizičnog ponašanja prate se sudjelovanjem u međunarodnim istraživanjima (ESPAD i HBSC) koje koordinira Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Tablica 59.

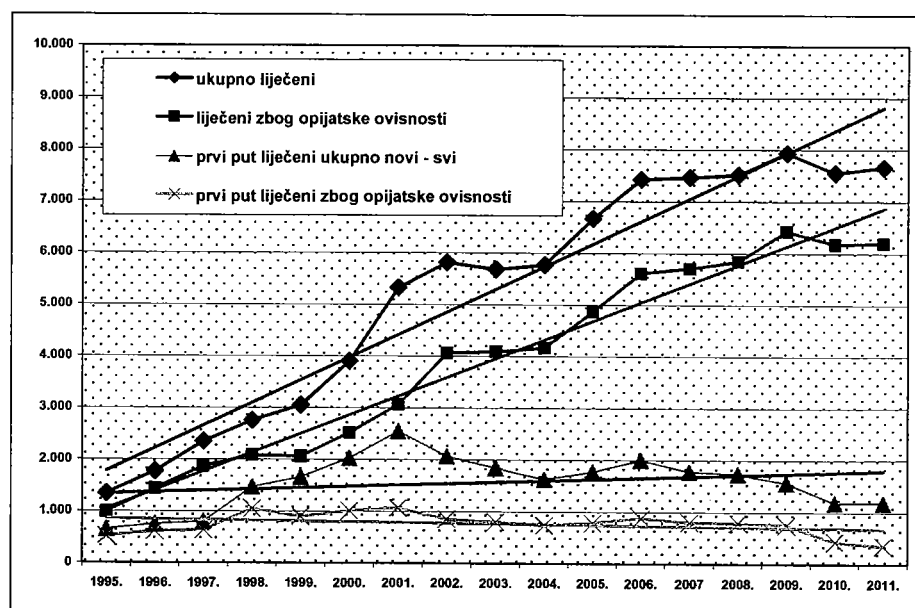
Godina	Broj liječenih osoba	Liječeni zbog opijata	Broj osoba po prvi put liječenih	Udio (%) po prvi put liječenih	Opijati po prvi put liječeni	Udio (%) po prvi put liječenih opijata od svih novih
2008	7.506	5.846	1.700	22,7	769	45,2
2009	7.733	6.251	1.463	18,9	667	45,6
2010	7.550	6.175	1.161	15,6	430	36,4
2011	7.665	6.198	1.151	15,0	343	29,8

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, prosinac 2012. god.

Tijekom 2010. godine na liječenju je bilo 7.550 osoba, od kojih je 1.161 osoba po prvi put bilo na liječenju (15,6%). U odnosu na 2009. godinu ukupan broj liječenih ovisnika je manji za 2,4%. Zbog zlouporabe i/ili ovisnosti o opijatima tijekom 2010. godine na liječenju je bilo 6.175 osoba, od kojih je 430 bilo po prvi put na liječenju (7,0%). Prvi put od početka praćenja liječenih konzumenata i ovisnika, broj novih opijatnih ovisnika je tako nizak. Broj novih heroinskih ovisnika već se nekoliko godina održavao na oko 500 osoba.

Tijekom 2011. godine u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske, registrirano je 7.665 osoba liječenih zbog ovisnosti o psihoaktivnim drogama, od kojih je 1.151 osoba po prvi put na liječenju (15,0%). U odnosu na 2010. godinu ukupan broj liječenih ovisnika je veći za 1,5%. Zbog zlouporabe opijata tijekom 2011. godine na liječenju je 6.198 osoba, od kojih je 343 bilo liječeno po prvi put (5,5%). Prvi put od početka praćenja liječenih konzumenata i ovisnika, broj novih opijatnih ovisnika je tako nizak. I ukupno je među novim zahtjevima za liječenje manji udio opijata (29,8%), dok je neopijatnih ovisnika 70,2%. Praćenjem u Registru razvidno je da djelovanje sustava za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika uspijeva ovisnike zadržati u tretmanu.

Grafikon 11.



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, prosinac 2012. god.

Tablica 60.

Godina liječenja	Prosječna dob		
	Muškarci	Žene	Ukupno
2005.	28,4	28,1	28,3
2006.	29,0	28,7	28,9
2007.	29,8	29,2	29,7
2008.	30,1	29,5	30,0
2009.	31,2	30,5	31,1
2010.	31,8	30,6	31,6
2011.	32,4	31,1	32,2

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje,
Hrvatski zavod za javno zdravstvo, prosinac j 2012. god.

Ovisnička populacija u Republici Hrvatskoj sve više stari, te prosječne dobi liječenih osoba (muškaraca i žena) pokazuju trend rasta. Budući da bilježimo liječene osobe zbog zlouporabe i/ili ovisnosti o svim psihoaktivnim drogama, to je i raspon godina vrlo velik. Od 2005. godine nadalje bilježimo povećanje prosječne dobi i žena i muškaraca pa su tako i u 2011. godini većina liječenih starijih od 31 godinu. Žene su u prosjeku imale 31,1 godinu i u posljednjih sedam godina su tri godine starije. Muškarci su prosječno stari 32,4 godine i u posljednjih 7 godina su 4 godine stariji.

Prema podacima EMCDDA-a, u europskim zemljama prosječna dob dolaska na ambulantno liječenje zbog uporabe opijata je 33 godine. Kod njih prođe oko 8 godina od prve uporabe do prvog kontakta s liječenjem

Prema podacima o broju ukupno liječenih na 100.000 stanovnika 15-64 godine prema županijama, najviše je prijavljenih u Istarskoj županiji (542,5), slijede Zadarska županija sa stopom od 493,7. Grad Zagreb (435,6), Šibensko-kninska (344,4), Primorsko-goranska (340,8), Dubrovačko-neretvanska (330,3) te Splitsko-dalmatinska (305,5).

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 121/03) i Zakonu o izmjenama i dopunama Zakona o suzbijanju zlouporabe droga („Narodne novine“, br. 163/03) sustav za prevenciju ovisnosti i izvanbolničko liječenje ovisnika postao je dio sustava Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Do tada županijski Centri za prevenciju ovisnosti postali su sastavni dijelovi županijskih zavoda za javno zdravstvo. U svojoj organizaciji i sadržajima rada objedinjuju aktivnosti zdravstva, socijalne zaštite i prosvjete s ciljem provođenja stalnog nadzora, edukacije, psihoterapije, obiteljske terapije, prevencije HIV infekcije i hepatitisa, te pomoći u rješavanju drugih životnih problema ovisnika i njihovih obitelji, kao i pružanju pomoći povremenim konzumentima droga i njihovim obiteljima.

Liječenje ovisnika provodi se u prvom redu organizirano unutar zdravstvenog sustava zemlje, a pojedine mjere rehabilitacije se mogu provoditi i izvan zdravstvenog sustava (nevladine organizacije, socijalne ustanove i unutar zatvorskog sustava). Način provođenja liječenja

temelji se na pristupu liječenju identičnom drugim kroničnim nezaraznim bolestima. Propisivanje lijekova, svakodnevna kontrola stanja i rezultat liječenja provodi se na razini primarne zdravstvene zaštite, a ukupno liječenje je rezultat suradnje polikliničko-specijalističke i bolničke službe prema potrebi. Liječenje se planira i provodi prema potrebama pojedinca i mijenja se sukladno stanju bolesti.

U liječenju se primjenjuje stručno usuglašeni Hrvatski model koji je pod tim nazivom poznat i priznat u međunarodnim stručnim krugovima. Model podrazumijeva stalnu suradnju specijaliziranih izvanbolničkih centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika i liječnika primarne zdravstvene zaštite odnosno timova obiteljske medicine u provođenju liječenja ovisnika. Time je omogućena široka dostupnost liječenja kroz sustav primarne zdravstvene zaštite uz istodobno osiguranje stručnog vođenja od strane specijalista, integrirana sveobuhvatna briga o ovisnicima, destigmatizacija i normalizacija tretmana, decentralizacija i degetoizacija ovisnika i niski troškovi programa.

Za navedene aktivnosti prevencije ovisnosti i liječenja ovisnika u sustavu zdravstva financijska sredstva se osiguravaju, sukladno Zakonu o suzbijanju zlouporabe droga u državnom proračunu, proračunima regionalne i lokalne uprave, Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje i iz drugih izvora (prihod od igara na sreću). Svi ovisnici na liječenju u sustavu zdravstva imaju pravo na osnovno zdravstveno osiguranje i sva prava koja iz njega proizlaze.

Informacije o svim mjerama koje se poduzimaju radi zaštite reproduktivnog zdravlja svih osoba, a posebno adolescenata.

Mjere zdravstvene zaštite koje imaju za cilj osigurati opći pristup zdravstvenoj skrbi propisane su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i predstavljaju:

- zaštite od ekoloških čimbenika štetnih za zdravlje, uključivši mjere za očuvanje, unapređenje i praćenje i poboljšanje zdravstvenih i higijenskih uvjeta za život i rad čovjeka;
- provođenje zdravstvenog odgoja, prosvjeđivanje i promicanje zdravlja s ciljem unapređenja duševne i tjelesne sposobnosti osoba;
- otkrivanje i otklanjanje uzroka bolesti, odnosno sprječavanje i suzbijanje bolesti te ozljeda i njihovih posljedica;
- posebne mjere zdravstvene zaštite stanovništva starijeg od 65 godina;
- osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zdravstvene zaštite djece i mladeži a način redovite kontrole djece, njihova cijepljenja te liječenja na primarnoj razini, odnosno na razini ZJZ;
- osiguravanje cjelovite (preventivne, kurativne i rehabilitacijske) zaštite žena u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom, te
- specifična zdravstvena zaštite radnika obuhvaća preventivne preglede radi utvrđivanja radne sposobnosti, praćenje zdravstvenog stanja radnika, suradnju o obavješćavanju, stručnom osposobljavanju, obrazovanju u djelatnosti medicine rada, higijene rada i organizacije rada.

Zdravstvena zaštita osoba starijih od 65 godina

U djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2008. godini zabilježeno je 2.867.253 utvrđenih bolesti i stanja u dobi od 65 i više godina, u 2009. godini 3.178.798 te u 2010. godini 3.245.287. te u 2011. godini 4.027.349 te što iznosi 32,8% ukupno zabilježenih bolesti i stanja

svih dobnih skupina. Najčešće skupine utvrđenih bolesti i stanja kod starijih osoba u promatranom razdoblju su: bolesti cirkulacijskog sustava (s udjelom od oko 22%), bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (oko 12%) te bolesti dišnog sustava (oko 8%).

U dobi od 65 i više godina u 2008. godini zabilježeno je 10.514 (10.230 u 2009. godini) preventivnih i 3.257 (2.000 u 2009. g.) sistematskih pregleda. U 2010. godini zabilježen je samo 4.398 preventivnih 1.117 sistematskih pregleda, a u 2011. godini zabilježeno je 6.269 preventivnih te 1.119 sistematskih pregleda.

Udio hospitaliziranih u dobi 65 i više godina iznosi oko 35% ukupno liječenih u bolnicama Hrvatske. U 2008. godini zabilježeno je 213.240 hospitalizacija osoba starijih od 65 godina (stopa 307,5/1.000), u 2009. godini zabilježeno je 213.187 hospitalizacija (stopa 279,4/1.000) te u 2010. godini 203.744 hospitalizacija osoba starijih od 65 godina (stopa 267,3/1.000). Vodeće skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija starijih ljudi su: bolesti cirkulacijskog sustava (stopa oko 75/1000), novotvorine (oko 50/1000), bolesti probavnog sustava (oko 25/1000), bolesti oka i očnih adneksa (oko 20/1000) te ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih uzroka (oko 17/1000).

Od ukupnog broja hospitaliziranih u dobi iznad 65 godina godišnje se bilježi više od 100.000 hospitalizacija žena (109.328 u 2010. godini) i oko 90.000 hospitalizacija muškaraca (94.416 u 2010. godini), što je posljedica većeg broja žena u populaciji starijih. Međutim, stopa hospitalizacije žena starijih od 65 godina je 235/1.000 (u 2009. g. 244/1.000; u 2008.g. 266/1.000), a muškaraca starijih od 65 godina 317/1.000 (u 2009. g. 335/1.000 te u 2008. 375/1.000). Tijekom 2011. godine broj liječenih bolesnika u dobi 65 godina i više u bolnicama u Hrvatskoj (bez bolničke rehabilitacije) iznosi 211.557 (ili 35,7% od ukupno liječenih). Vodeće skupine bolesti kao uzrok hospitalizacija u dobi 65 godina i više su: bolesti cirkulacijskog sustava (52.469), novotvorine (34.186), bolesti oka (19.257), bolesti probavnog sustava (18.495) te ozljede, otrovanja i neke druge posljedice vanjskih uzroka (13.953). U bolnicama u Hrvatskoj zbrinjava se u dobi iznad 65 godina više žena no muškaraca (1,16:1).

Savjetodavne i dijagnostičke usluge

a) za škole;

Preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece provode liječnici opće/obiteljske medicine, a preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu liječnici školske medicine kao djelatnosti zavoda za javno zdravstvo.

Nekim od oblika zdravstvenog odgoja obuhvaćeno je u školskoj godini 2010./2011 257.22 učenika osnovnih i 77.407 srednjih škola (u 2009./2010. školskoj godini 273.797 učenika osnovnih i 77.396 učenika srednjih škola). Zdravstvenim je odgojem ukupno obuhvaćeno i 18.414 studenata u 2010./2011 (20.189 u 2009./2010., 16.059 u 2008/2009, 14.888 u 2005./2006.) i to predavanjima, tribinama ili nekim od oblika grupnog rada. Osim toga je 75.431 roditelj i profesor u osnovnim te 10.122 u srednjim školama sudjelovao na predavanjima, tribinama ili radionicama u vezi sa zdravljem.

b) za druge skupine.

Zaposleni

U Hrvatskoj je na dan 31. prosinac 2010. godine bilo 1.432.454 aktivnih osiguranika što je udio od 38,2% u radno sposobnoj populaciji dobi od 15 do 65 godine odnosno 82% u aktivnom stanovništvu. Za zaposlene je osigurana preventivna skrb u djelatnosti medicine rada koja je uključena u obvezno zdravstveno osiguranje od 2008. godine što je imalo za posljedicu povećanje broja timova medicine rada i broja preventivnih pregleda zaposlenih koji više ne ovise samo o dobroj volji poslodavca i radu inspekcije zaštite na radu. Prema izvješćima iz djelatnosti medicine rada u 2010. godini radilo je 173 timova puno i 13 timova djelomično radno vrijeme. U 2010. godini svaki tim je skrbio o prosječno 8.318 radnika (u 2008. za 8.794) s tim da su timovi neravnomjerno raspoređeni te se raspon kretao od 4.403 u Primorsko-goranskoj pa do čak 20.282 u Međimurskoj županiji.

U Hrvatskoj je u 2010. godini obavljeno ukupno 403.231 pregleda (povećanje od 12,7% u odnosu na prethodnu godinu). Od ukupnog broja preventivnih pregleda 79% (2009:71% (2008:64%; 2007:59%)) se odnosilo na preventive preglede zaposlenih, od toga s obzirom na spol 51,3% na radnike, a 48,7% na radnice. Stopa preventivnih pregleda je najviša u posljednjih pet godina i iznosila je 281,5 na 1.000 zaposlenih (2009:174,0/1.000; 2008:167,6/1.000; 2007:145,7/1.000; 2006:148,5/1.000). Stopa periodičkih pregleda (pregledi na radnim mjestima pod povećanim rizikom) također je porasla u odnosu na prethodne godine te je iznosila 113,1 na 1.000 zaposlenika (2009:88,9/1.000; 2008:86,0/1.000; 2007:67,0/1.000; 2006. 69,5/1.000).

Početak 2011. godine dolazi do ponovnih promjena u zdravstvenoj zaštiti radnika. Liječenje ozljeda na radu i profesionalnih bolesti vraća se u opću/obiteljsku medicinu, a specijalisti medicine rada postaju ugovorni doktori Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) nadležni za provođenje preventivnih aktivnosti u radnoj populaciji. Prema izvješćima iz djelatnosti medicine rada u 2011. godini radilo je 182 timova puno (9 timova više u odnosu na 2010. godinu) i 12 timova djelomično radno vrijeme. U djelatnosti je radilo 185 specijalista medicine rada, 6 specijalista drugih specijalnosti i 24 doktora opće medicine.

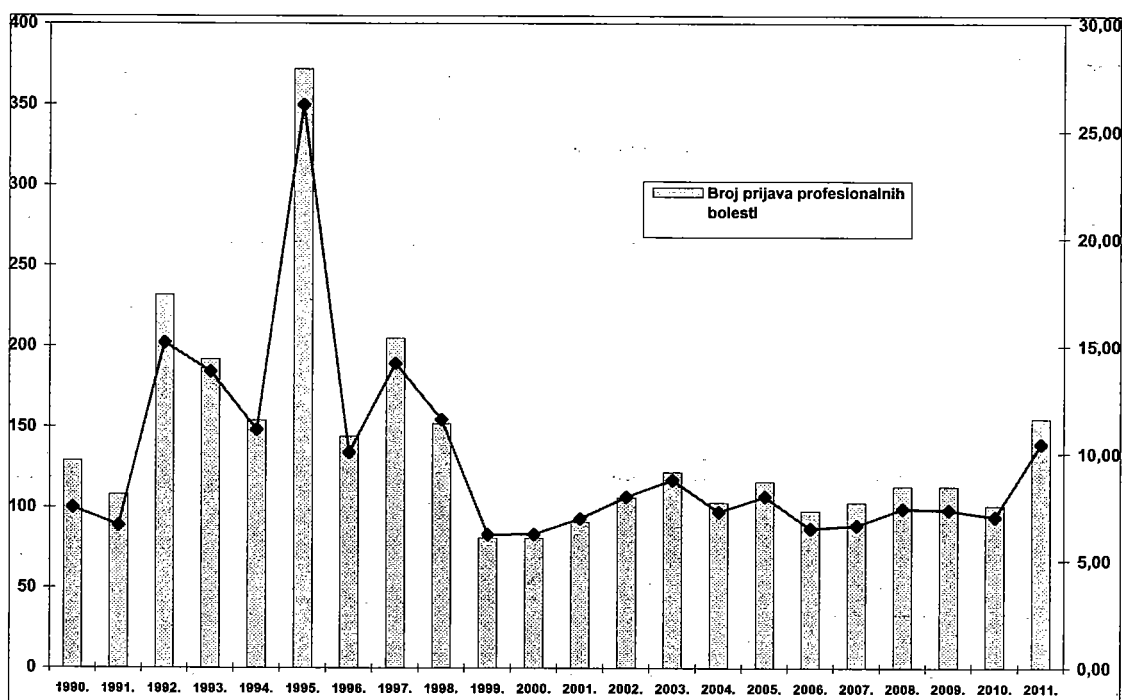
Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj je na dan 31. prosinac 2011. godine bilo 1.485.324 aktivnih osiguranika. Svaki tim medicine rada u prosjeku je skrbio za 7.900 radnika (2010: 7.980; 2009: 8.794 radnika).

U Hrvatskoj je u 2011. godini obavljen ukupno 402.396 pregled što je neznatno smanjenje u odnosu na prethodnu godinu (2010: 403.231). Od ukupnog broja preventivnih pregleda 71% (2010:79%; 2009:71%; 2008:64%; 2007:59%) se odnosilo na preventive preglede zaposlenih, od toga s obzirom na spol 58,7% na radnike, a 41,3% na radnice. Stopa preventivnih pregleda je u padu i iznosila je 191,5 na 1.000 zaposlenih (2010: 281,5; 2009:174,0/1.000). Stopa periodičkih pregleda također je pala u odnosu na prethodnu godinu te je iznosila 110,3 na 1.000 zaposlenika (2010: 113,1 /1.000).

U razdoblju od 1990. do 2011. godine prijavljeno je ukupno 3.395 profesionalnih bolesti. Ukupna stopa obolijevanja u 2011. je 10,4/100.000 aktivnih osiguranika što je porast u odnosu na 2010. (7,1/100.000). U promatranom razdoblju od 1990. do 2011. godine kretala se od najmanje 6,2 (1999.) do najviše 26,2 (1995.godine). Od svih prijavljenih profesionalnih bolesti u Hrvatskoj najčešće su: pneumokonioze (29%), oštećenje sluha uzrokovano štetnim djelovanjem buke (18%), oštećenja uzrokovana vibracijama (14%), zarazne bolesti (12%) i bolesti kože (9%). Pojavnost profesionalnih bolesti uglavnom je vezana uz dugotrajnu ekspoziciju štetnosti, no međutim podaci za 2009. i 2010. godinu su zabrinjavajući i ukazuju na nedovoljnu primjenu mjera prevencije. Naime, profesionalne bolesti u te dvije godine najčešće su bile dijagnosticirane kod radnika koji su na radnom mjestu bili izloženi štetnosti

od 11-15 godina (42,6%), zatim slijede oni s relativno kratkom izloženosti do 6 godina odnosno od 6-10 godina (sa udjelom od po 17,8%) uglavnom zaposleni u prerađivačkoj industriji (58,3%) što ukazuje na nedovoljno primjenjivanje mjera zaštite na radu i nedovoljnu osposobljenost za rad na siguran način. Tek na trećem mjestu su radnici s izloženošću od 21 i više godina (10,9%).

Grafikon 12. Broj prijava profesionalnih bolesti i stope na 100.000 aktivnih osiguranika od 1990. do 2011.



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, studeni 2012. god.

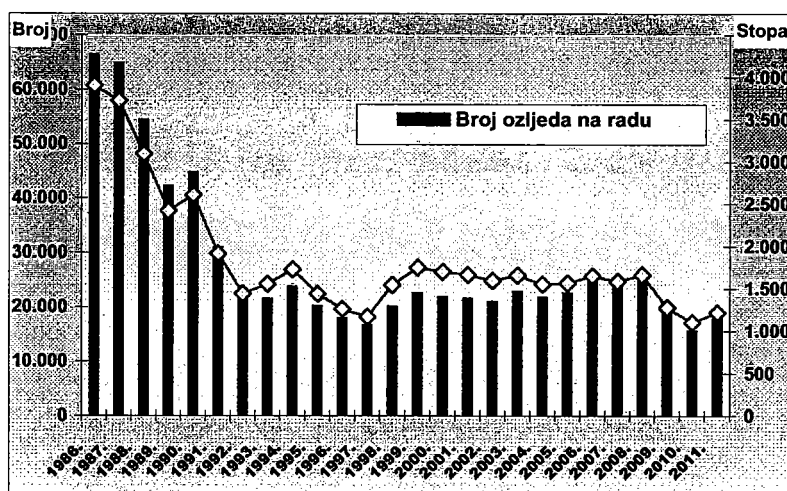
U Hrvatskoj se na godinu zabilježi manje od 20.000 ozljeda na radu, odnosno na 1.000 zaposlenih godišnje se ozljedi njih 10-17. Ove vrijednosti stope su više-manje konstantne u zadnjih desetak godina. Prema tim vrijednostima Hrvatska se svrstava među zemlje s niskom stopom prijavljenih ozljeda na radu.

U 2010. godini je zaprimljeno ukupno 15.791 prijava ozljeda na radu što je 19,3% manje nego u prethodnoj godini. Najviše specifične stope s obzirom na djelatnost (samo ozljede na radnom mjestu) zabilježene su u slijedećim djelatnostima: opskrba vodom, uklanjanje otpadnih voda, gospodarenje otpadom te djelatnost sanacije okoliša (1.651,67/100.000), prerađivačkoj industriji (1.450,31/100.000) i građevinarstvu (1.160,99/100.000). U 2010. smrtno je stradalo 38 osoba što je isti broj kao i prethodne godine. Na samom radnom mjestu su stradala 35 radnika (92,1%), a na putu na posao/s posla stradala su 3 (7,9%) radnika. Ukupna stopa smrtno stradalih iznosila je 2,65 što je povećanje u odnosu na prethodnu godinu (2,46), ali i znatno manje u odnosu na 2008. godinu (5,26/100.000). S obzirom na smrtni ishod ozljeda nastalih isključivo na radnom mjestu te broj zaposlenih radnika prosječna stopa je bila također viša i iznosila je 2,44 (2009:2,07/100.000). Najopasnija djelatnost u 2010. godini kao i prethodnih godina s najvećim brojem smrtno stradalih na samom radnom mjestu je građevinarstvo, a slijede poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo te prerađivačka industrija.

U 2011. godini je zaprimljeno ukupno 18.116 prijava ozljeda na radu što je 14,7% više nego u prethodnoj godini. Najveći broj ozljeda kao i prethodnih godina dogodio se na samom radnom mjestu (81,1%), a 18,9% na putu do posla ili s posla. Ukupna stopa ozljeda na radu iznosila je 1.219,67 /100.000, a ozljeda na radu koje su se dogodile na samom radnom mjestu 988,81/100.000. Obje su stope više u odnosu na prethodnu 2010. godinu (1.102,37/100.000 odnosno 832,36/100.000). Najviše specifične stope s obzirom na djelatnost (samo ozljede na radnom mjestu) zabilježene su u slijedećim djelatnostima: opskrba vodom, uklanjanje otpadnih voda, gospodarenje otpadom te djelatnost sanacije okoliša (2.043,72/100.000), poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo (1.919,72/ 100.000) i građevinarstvu (1.733,42/100.000).

U 2011. smrtno je stradalo 46 osoba tj. osam osoba više nego prethodne godine. Na samom radnom mjestu su stradala 38 radnika (82,6%), a na putu na posao/s posla stradala su 6 (17,4%) radnika. Ukupna stopa smrtno stradalih iznosila je 3,09/100.000 što je povećanje u odnosu na prethodnu godinu. S obzirom na smrtni ishod ozljeda nastalih isključivo na radnom mjestu prosječna stopa je bila također viša i iznosila je 2,56 /100.000). Najopasnija djelatnost u 2011. godini kao i prethodnih godina s najvećim brojem smrtno stradalih na samom radnom mjestu je građevinarstvo (17,03/100.000), a slijede poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo (9,03/100.000) te prerađivačka industrija (4,49/100.000).

Grafikon 13. Broj ozljeda na radu i stopa na 100.000 zaposlenih od 1986. do 2011. godine



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, studeni 2012. god.

Vlada Republike Hrvatske je 29. prosinca 2008. godine donijela Nacionalni program zaštite zdravlja i sigurnosti na radu za razdoblje 2009.- 2013. godine. Strateški cilj koji proizlazi iz Programa je osigurati uvjete za «zdravo radno mjesto», za rad na siguran način i u uvjetima koji ne dovode do oštećenja zdravlja. Ostvarivanjem tog cilja Republika Hrvatska prihvaća Strategiju Europske unije na području zdravlja i sigurnosti na radu za razdoblje 2007. – 2012. godine. Primjena Nacionalnog programa doprinijet će rješavanju brojnih problema u području zaštite zdravlja i sigurnosti na radu, kao što su neadekvatno obrazovanje, neusklađenost i nedosljedna primjena propisa, odsutnost istraživačkih projekata, a prije svega zanemarivanje mjera prevencije ozljeda i bolesti uzrokovanih radom.

Mjere koje se poduzimaju radi promicanja zdravstvenog prosvjećivanja

Temeljni ciljevi zdravstvene politike su ne samo produživanje očekivanog trajanja života, već i poboljšanje kvalitete življenja. Osim daljnjeg unapređenja i razvoja zdravstvene službe, to uključuje i napore promicanja zdravijih načina življenja, smanjenje ili eliminaciju zdravstvenih rizika koji se mogu spriječiti te poboljšanje kvalitete življenja kroničnih bolesnika i invalida.

Odjel za promicanje zdravlja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo djeluje od 1999. godine. Ideja promicanja (promocije) zdravlja podrazumijeva unaprjeđenje zdravlja i stvaranje potencijala za dobro zdravlje prije nego što zdravstveni problem ili ugroženost zdravlja nastupi. Promicanje zdravlja definira se kao proces koji omogućuje ljudima da unaprijede svoje zdravlje i osposobe se za kontrolu vlastitog zdravlja.

Zadaci su:

- Predlaganje, poticanje i sudjelovanje u organizaciji i provođenju programa promicanja (promocije) zdravlja;
- Putem zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja kao i sredstava javnog priopćavanja osigurati potrebne preporuke i promicati zdraviji način življenja (nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, odgovorno spolno ponašanje, jačanje sposobnosti pojedinca za prevladavanje kriznih stanja itd.);
- Izrada odgovarajućih stručnih predložaka i/ili edukacijskih i promotivnih materijala;
- Osiguranje stručne pomoći i podrške programima mijenjanja po zdravlje štetnih životnih navika;
- Poticanje stvaranja preduvjeta da zdraviji način življenja bude jednostavniji i privlačniji od drugih opcija;
- Posebnu pozornost posvetiti poticanju stvaranja takvog društvenog okruženja koje daje potporu usvajanju zdravijeg načina življenja, uključujući odgovarajuće legislativne aspekte;
- Na području promicanja (promocije) zdravlja unapređivati suradnju s drugim sektorima (prosvjeta, prehrambena industrija, poljoprivreda itd.);
- Monitoring i evaluacija pojedinih programa.
- Provođe se mnogi projekti u okviru raznih udruga koje se financiraju bilo iz državnog proračuna ili iz međunarodnih izvora. U tijeku je edukacija zdravstvenih djelatnika, ali i partnera u provođenju programa promicanja zdravlja, s kojom se započelo već ranije u okviru pojedinih projekata.

Upit odbora

- Odbor je zatražio da sljedeće izvješće sadrži primjere aktivnosti koje se provode u cilju promicanja zdravlja, uključujući pri tome i projekte organizirane od strane drugih organizacija, a koje su financirane iz Državnog proračuna.

Prikaz dijela aktivnosti Hrvatskog Crvenog križa i udruge Sportske igre mladih na području prevencije ovisnosti

Hrvatski Crveni križ je u razdoblju od 2008. godine do 2011. godine sustavno provodio aktivnosti zamjene štrcaljki i igala za potrebe ovisnika o teškim drogama (projekt je poznat i kao Needle Exchange Project – NEP, NX). Program se provodio u Zagrebu, Zadru, Novoj

Gradiški i Krapini. Program se u tim gradovima provodi u skladu s politikom smanjenja šteta od zlouporabe droga („Harm Reduction“) koju je prihvatilo Ministarstvo zdravlja, kao i Ured za droge Vlade Republike Hrvatske (sastavni dio „Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga u RH 2006–2012“). Ovaj program provode i udruge HELP, TERRA, LET i Institut na drugim područjima Republike Hrvatske. Glavni cilj ovakvih programa je smanjiti mogućnosti širenja krvlju prenosivih bolesti – AIDS-a i hepatitisa B te hepatitisa C unutar populacije intravenskih ovisnika o teškim drogama, koji predstavljaju jednu od glavnih rizičnih skupina za širenje tih smrtonosnih bolesti.

Rad na primarnoj prevenciji ovisnosti Hrvatski Crveni križ provodi kroz edukaciju i savjetovanje djece, adolescenata i roditelja o svim oblicima rizičnog ponašanja. Roditelji se nastoje informirati o problemu ovisnosti kod mladih, simptomima rizičnog ponašanja u svrhu ranog prepoznavanja problema i jačanja uloge roditelja i obitelji u prevenciji i liječenju ovisnosti. Isto tako, organiziraju se nizovi tribina, predavanja i radionica na temu ovisnosti u vrtićima, osnovnim i srednjim školama, savjetovalištim i klubovima liječenih alkoholičara. Na taj se način podiže svijest lokalne zajednice o postojanju problema, educiranost o problematici ovisnosti te se roditelje, profesore, učenike, a osobito osobe s tim problemom i članove njihove obitelji usmjerava na komunikaciju i razvoj socijalnih vještina i zdravih stilova života. Neke od tema su: "Kako učinkovito komunicirati s djetetom", "Kako razvijati samosvijest i samopouzdanje djeteta", "Kako reći NE", "Kako razvijati odgovorno ponašanje djeteta" i "Kako zaštititi dijete od ovisnosti" s ciljem povećanja znanja i vještina roditelja potrebnih za kvalitetniju obiteljsku interakciju i efikasnije postizanje odgojnih uloga te razvijanja suradnje škole i obitelji u preventivnom djelovanju. Tijekom 2008. godine održano je 41 predavanje, a prisutne su bile 794 osobe. Tijekom 2009. godine održano je ukupno 53 predavanja sa 788 prisutnih osoba. Tijekom 2010. godine u sklopu Programa održana su 42 predavanja kojima je prisustvovalo 616 osoba. Djelovanjem savjetovališta i klubova liječenih alkoholičara te sustavnim preventivnim aktivnostima znatno se pridonosi ublažavanju i/ili rješavanju problema ovisnosti o drogama i alkoholu u lokalnoj zajednici. Društva HCK kontinuirano oglašavaju i promoviraju program kroz lokalni tisak, radijski i televizijski program).

Projekt pod nazivom „Bistra SPORTSKE IGRE MLADIH 2010.“ su četrnaeste Sportske igre mladih koje su se odvijale od lipnja do sredine rujna 2010., a okupile su 51 350 djece i mladih, koji su se družili kroz natjecanja u deset sportova. Mladima se pružila prilika da tijekom ljetnih praznika, a to je vrijeme kad nisu uključeni u školski sustav, da se druže, sudjeluju u sportskih aktivnostima, uče o zdravom životu i zdravim navikama, te da se na taj način odmaknu od svih oblika ovisnosti i lošeg ponašanja. Kroz sve aktivnosti provlačio se slogan *Živimo život bez droge jer droga uzima život*. Cilj za 2010. godinu je bio podizanje kvalitete rada na lokalnim razinama, proširenje popratnih aktivnosti na cijelu godinu i daljnja postepena internacionalizacija programa. U svakoj županiji je sudjelovalo 15 do 20 volontera, što je ukupno 420 osoba plus članovi udruge i koordinatori po županijama, što čini sveukupno 462 osobe. U 2009. godini je sudjelovalo 47 003 mladih, dok se u 2010. godini povećao broj na 51 350. Vrijednost i ozbiljnost programa prepoznale su istaknute domaće i međunarodne institucije i pojedinci. Tako se Igre odvijaju pod pokroviteljstvom Međunarodnog olimpijskog odbora, a podršku im pružaju FIFA, UEFA, FIBA, ITF, FA i brojne druge institucije. Udruga ima stalno zaposlene, koji tijekom godine pronalaze sponzore, donatore i druge koji prepoznaju Igre i ulažu u njih za dobrobit djece. Planira se proširenje na cijelu regiju pa se Udruga nada da će Igre postati međunarodni projekt u skoroj budućnosti. Osim što promiču zdrav život i bavljenje sportom, igre podižu kvalitetu života djece i mladih te razvijaju pozitivne socijalne vrijednosti, što se pokazalo kao najdjelotvornija prevencija svih oblika ovisnosti i devijantnog ponašanja. Bavljenje mladih sportom i rekreacijom ne utječe samo na

pravilan tjelesni razvoj nego i na intelektualni, estetski i moralni odgoj cjelokupnog društva. Projekt se provodi u skladu s Nacionalnom strategijom suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj od 2006.-2012. godine, Akcijskim planom suzbijanja zlouporabe droga za 2009.-2012. godine, te Nacionalnom strategijom stvaranja poticajnog okruženja za razvoj civilnog društva i Operativnim planom nacionalne strategije stvaranja poticajnog okruženja za razvoj civilnog društva od 2006. do 2011. godine.

U javnozdravstvenim programima, kao i drugim oblicima zdravstvene zaštite veliku ulogu nastavljaju igrati OCD. Kako bi se jačala suradnja s civilnim društvom i podizanje razine znanja Ministarstvo zdravlja financira programe i projekte udruga koji po svojem sadržaju pridonose prevenciji kroničnih oboljenja, unaprjeđenju i zaštiti zdravlja oboljelih, prevenciji zaraznih bolesti, prevenciji i unaprjeđenju zdravlja zubi, promicanju prava pacijenata, unaprjeđenju i zaštiti zdravlja djece i mladih oboljelih od malignih bolesti, unaprjeđenju zaštite mentalnog zdravlja, kao i npr. programe suradnje na provođenju Nacionalne strategije suzbijanja zlouporabe droga, prevencije HIV infekcije i dr. Za navedene programe u 2008. godini izdvojeno je 15.634.057,47 kn, u 2009. godini 16.764.396,00 kn, 2010. godine 13.918.157,32 kn, a 2011. godine 12.831.000,00 kn.

2.3. Stavak 3. - PREVENCIJA BOLESTI

Prevenција Zaraznih bolesti

Sukladno Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (»Narodne novine«, br. 79/07 s amandmanima 113/08 i 43/09) i sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti je od interesa za Republiku Hrvatsku. Provode se opće i posebne mjere za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti. U slučaju pojave endemskih bolesti ili bolesti epidemijskih razmjera, protuepidemijske mjere provode higijensko-epidemiološke ispostave Zavoda za javno zdravstvo Županija/Grada Zagreba, a u slučaju epidemija koje zahvaćaju dvije ili više Županija provode se protuepidemijske mjere na prijedlog Referentnog centra za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Epidemiološka služba u Hrvatskoj zadužena je za hitnu medicinsku protuepidemijsku intervenciju kod svakog pojedinačnog slučaja oboljenja ili sumnje na bolest s velikim epidemijskim potencijalom. Najhitnija intervencija epidemiološke službe nužna je i kod slučaja grupiranja bolesti (ili smrti) to jest epidemija.

Protuepidemijske medicinske intervencije su: epidemiološki izvid na terenu, otkrivanje novih slučajeva bolesti, dijagnostika oboljenja i dijagnostika epidemija uz nužnu mikrobiološku potvrdu bolesti, traženje kontakata oboljelih na terenu, dijagnostika oboljenja ili kliconoštva kod kontakata, kemoprofilaksa lijekovima ili protuepidemijsko cijepljenje, provođenje mjera izolacije, karantene i protuepidemijske dezinfekcije, protuepidemijske dezinfekcije i deratizacije, nadzora nad kontaktima, oboljelima i kliconošama, liječenje kolektiva, kao i druge protuepidemijske mjere, specifične za svaku od zaraznih bolesti (njih 88 prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti), kao i za svaku epidemiju bolesti ili grupiranja smrti. Zadatak epidemiološke službe je i protuepidemijska intervencija kod nepoznatih bolesti, biološkog napada, kao i intervencija u izvanrednim situacijama, poput elementarnih nepogoda, toksičnih i radioaktivnih incidenata i drugih stanja koja povećavaju rizik od zaraznih bolesti. Da bi obavila ovaj posao epidemiološka služba usko surađuje sa službom za mikrobiologiju na koju ima posebne zahtjeve, kako u dijagnostici iz humanih, tako i iz drugih uzoraka, što omogućuje utvrđivanje izvora i puteva širenja bolesti, te njihovo prekidanje

posebnim epidemiološkim mjerama i postupcima. Osim mikrobioloških (javnozdravstvenih laboratorija) nužna je i uska suradnja s ekološkim javnozdravstvenim laboratorijima.

U velikom dijelu posla nadzora nad zaraznim bolestima epidemiološka služba intervenira na terenu i radi kao interventna medicinska djelatnost, što zahtjeva poseban epidemiološki informacijski sustav na razini zemlje, sustav ranog uzbunjivanja s dostupnim epidemiologom 24 sata kroz 7 dana, te organizaciju službe na čitavom teritoriju Hrvatske sa koordinacijom rada na nacionalnoj razini.

S obzirom da zarazne bolesti prelaze granice, hrvatska epidemiološka služba je sustavom ranog uzbunjivanja (IHR SZO) povezana sa Europskim uredom SZO u Kopenhagenu i aktivno sudjeluje u protuepidemijskim poslovima na razini Europe, a uskoro pristupa i sustavu ranog uzbunjivanja Europske unije (EWRS). Nositelj svih epidemioloških informacijskih sustava (sustav individualne prijave zaraznih bolesti, sustav ranog uzbunjivanja i 24h/7dana pripravnost, sustav prijave nuspojava od cijepljenja, sustav praćenja provedbe Programa obaveznog cijepljenja u Hrvatskoj, svjetski epidemiološki sustav ranog uzbunjivanja - IHR i sustavi prijave bolesti prema SZO i EU) objedinjava i koordinira Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZZJZ.

Poslovi službe za epidemiologiju koji omogućuju njen hitni interventni protuepidemijski rad šire se na preventivne i druge poslove koji su nužni preduvjet za zaštitu populacije od zaraznih bolesti i s jedne strane smanjuju mogućnost nastanka zaraznih bolesti, a s druge strane omogućuju uvid u epidemiološku situaciju i promptnu intervenciju. Opseg ovih poslova će u daljnjem tekstu biti prikazan s obzirom na razinu zdravstvene epidemiološke zaštite u zemlji.

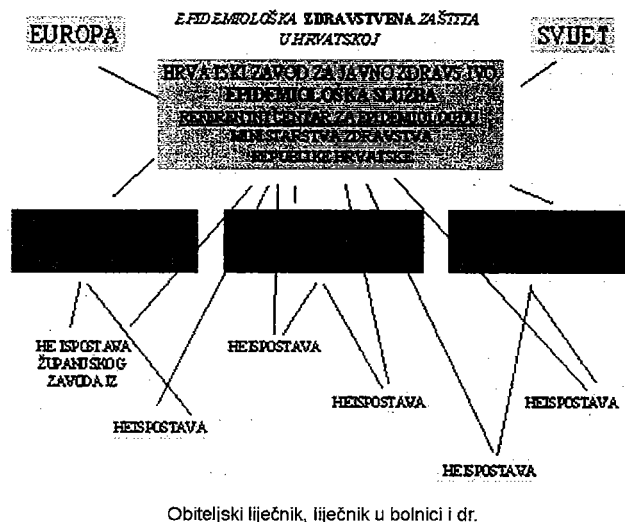
Organizacija službe za epidemiologiju u Hrvatskoj i poslovi nadzora nad zaraznim bolestima

Organizacija službe za epidemiologiju podređena je činjenici da se radi o hitnoj medicinskoj struci, koja zbog karakteristike svojeg posla (zarazne bolesti, koje ugrožavaju čitavu populaciju zemlje, pa i druge zemlje) mora biti koordinirana s jednog mjesta, odnosno na nacionalnoj razini.

Funkciju koordinacije rada čitave službe, uz konzilijarnu funkciju obavlja Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Prema epidemiološkim kautelema i zahtjevima struke (to su i zahtjevi International Health Regulations) služba je nužno organizirana piramidalno, na tri razine:

Služba za epidemiologiju i djelatnost mikrobiologije (za epidemiologiju još nužne i druge javnozdravstvene dijagnostike – ekoloških laboratorija) dio je zavoda za javno zdravstvo. Ova se služba nalazi na sve tri razine zdravstvene zaštite (Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti) i čini mrežu na čitavom teritoriju Hrvatske. Zakon o zdravstvenoj zaštiti obvezuje Hrvatski zavod za javno zdravstvo da u svom sastavu ima djelatnost epidemiologije, mikrobiologije i zdravstvene ekologije. Zakonom je djelatnost za epidemiologiju jedinstvena i ne dijeli se na zarazne i nezarazne bolesti. Zbog obima posla i načina rada na nacionalnoj razini u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo posao epidemiologije podijeljen je na Službu za epidemiologiju zaraznih bolesti i Službu za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti.

Grafikon 14. Sustav epidemiološke zdravstvene zaštite odnosno zemaljskog sustava nadzora nad zaraznim bolestima u Hrvatskoj



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Prva razina (primarna zdravstvena zaštita) je Higijensko – epidemiološka ispostava ili HE ispostava, županijskog zavoda za javno zdravstvo (113 timova ili 1 epidemiološki tim na 40000 stanovnika, epidemiološki tim se sastoji od specijaliste epidemiologa, diplomiranog sanitarnog inženjera i informatičara) sastavni su dio primarne zdravstvene zaštite, a organizaciono su dio županijskih zavoda za javno zdravstvo. Higijensko-epidemiološka djelatnost na prvoj razini je interventna epidemiološka služba za slučaj zaraznih i nezaraznih bolesti, a obuhvaća i ekološke poslove obvezne na razini primarne zdravstvene zaštite. HE ispostava prima prijave zaraznih bolesti za svoje područje i promptno intervenira na terenu provodeći preventivne i protuepidemijske medicinske mjere, provodi nadzor nad zaraznim i nezaraznim bolestima na svom terenu, nadzor nad okolinom (vodoopskrba, sanitacija, preventivna DDD i dr.), nadzor nad objektima (restorani, hoteli, domovi i dr. prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti), provodi zdravstveni odgoj i edukaciju djelatnika koji rade na poslovima kod kojih je moguće širenje zaraznih bolesti. HE ispostava distribuira cjepivo iz Programa obveznog cijepljenja do liječnika koji cijepe, te nadzire provođenje Programa na svom području. Prijavljuje zarazne bolesti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ i paralelno svom matičnom Zavodu. U direktnom je kontaktu sa Službom HZJZ, te provodi sve mjere koje zatraži nacionalna služba za epidemiologiju.

Druga razina je djelatnost epidemiologije na sekundarnoj razini je u Županijskim zavodima za javno zdravstvo (21 zavod za javno zdravstvo na razini županije). Na ovoj se razini nalazi i služba za mikrobiologiju, kao nužna dijagnostika za posao nadzora i protuepidemijskog posla koji obavlja djelatnost epidemiologije. Epidemiološki je vrlo važno da u većini županija mikrobiološka služba pokriva i potrebe županijskih bolnica. Epidemiološka djelatnost na sekundarnoj razini ima u svom sastavu i HE ispostavu za područje na kojem se nalazi Zavod. Epidemiološka služba Zavoda ispomaže svoje ispostave, uz usluge mikrobiološke i ekološke dijagnostike. U slučaju većih i kompliciranijih epidemija ili drugih incidenata i stanja direktno

se uključuje u terenski protuepidemijski posao. Uz ostalo pruža i individualnu epidemiološku zaštitu (cjepna stanica), te antirabičnu zaštitu. Glavni je distributer cjepiva za područje županije, nadzire Program cijepljenja i intervenira u slučaju propusta u Programu. Županijska epidemiološka služba prati kretanje zaraznih bolesti na svom području, osigurava trajnu pripravnost epidemiologa (24h/7 dana) za hitne intervencije, predlaže mjere zdravstvene zaštite na temelju Programa mjera zdravstvene zaštite za Hrvatsku i sama sudjeluje u njihovu provođenju na razini županije. Nadzire DDD preventivne aktivnosti na razini županije i provodi mjere predložene od strane Službe za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ. U stalnom je kontaktu sa Službom za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ (dojavljuje sve epidemije i posebno rizične događaje/bolesti putem sustava ranog uzbunjivanja, te se konzultira oko protuepidemijskih mjera).

Treća razina (nacionalna razina) je Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo sa mikrobiološkom i ekološkom laboratorijskom djelatnošću, koji čine i Referentni centar za epidemiologiju Ministarstva zdravlja, a za područje zaraznih bolesti ima funkciju CDC-a. Osim nacionalnog posla nadzora nad zaraznim bolestima, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti je focal point za International Health Regulations WHO (IHR) i partner europskom ECDC, to jest europskom centru za nadzor nad zaraznim bolestima. Služba koordinira rad svih epidemioloških službi na području Hrvatske, njihova je konzilijarna služba i vodi informacijski epidemiološki sustav na razini Hrvatske, uključivo epidemiološki sustav ranog uzbunjivanja na razini zemlje, a dio je sustava ranog uzbunjivanja IHR i EWRS Europske unije. Ova je služba i terenska interventna služba u svim slučajevima velikih epidemija, epidemija koje prelaze granice županija, teško rješivih epidemija, epidemija nepoznatih bolesti, bioterorizma i sl. posebno rizičnih situacija i izvanrednih stanja, kao i u svim slučajevima prijetnje zaraznih bolesti drugim zemljama. Za ovaj posao nužna je vlastita mikrobiološka dijagnostika, kao i druga, ekološka dijagnostika. Osim ove dijagnostike za potrebe rada epidemiološke službe u HZJZ, mikrobiološki laboratoriji HZJZ su Nacionalni Referentni javnozdravstveni laboratoriji koji prema epidemiološkim kautelama, prema zahtjevima SZO i EU, te prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, potvrđuju nalaze drugih laboratorija kod posebno opasnih, rijetkih i drugih zaraznih bolesti sa velikim epidemijskim potencijalom. Čitava služba za epidemiologiju sa mikrobiološkom djelatnošću pod stalnim je supranacionalnim nadzorom i ravnopravno sudjeluje u svim poslovima europske regije SZO i EU (uključivo i članstvo u EU tijelima za nadzor nad zaraznim bolestima). Osim poslova interventne i hitne epidemiologije na sve tri razine zdravstvene djelatnosti, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ radi i slijedeće Zakonom obvezne poslove: Dnevno prati zarazne bolesti u zemlji, te objavljuje tjedne (za Ministra zdravlja), mjesečne (Epidemiološki vjesnik i Epidemiological bulletin), kao i godišnje izvještaje i epidemiološke znanstvene analize stanja u zemlji i svijetu. Stručna je služba Ministarstva zdravlja za područje nadzora nad zaraznim bolestima (Referentni centar), a surađuje i sa drugim Ministarstvima, te izrađuje ekspertna mišljenja i epidemiološke analize za potrebe istih. Izrađuje Program mjera zdravstvene zaštite za zarazne bolesti u Hrvatskoj i evaluira njegovo provođenje. Predlaže Program obveznog cijepljenja za Hrvatsku Ministru zdravlja, te prati njegovo provođenje u tri posebna epidemiološka informacijska sustava, te intervenira u slučaju grupiranja nuspojava ili drugih izvanrednih događaja u vezi s Programom cijepljenja. Vodi Hrvatski Registar za HIV/AIDS, Hrvatski Registar za Tuberkulozu, Registar nuspojava od cijepljenja za Hrvatsku, Registar oboljelih od legionarske bolesti u Hrvatskoj, Registar oboljelih od trbušnog tifusa. U Službi se nalazi i jedinica za individualnu epidemiološku zaštitu (cjepna stanica). Služba izdaje vlastite publikacije, upute za rad epidemiologa na terenu, upute za sve zdravstvene djelatnike (surađuje sa svim zdravstvenim institucijama u zemlji, uključivo sa liječnicima u privatnoj praksi), znanstvene i

stručne radove iz područja svojeg rada. Dio je svih telematskih sustava nadzora nad zaraznim bolestima Svjetske zdravstvene organizacije, većim dijelom i sustava nadzora nad zaraznim bolestima Europske unije. Focal point, to jest mjesto koje objedinjava djelatnost hitnog obavještanja za sve incidente (biološke, toksične i radioaktivne) u sustavu ranog uzbunjivanja IHR. Za potrebe zemlje i sustava ranog uzbunjivanja u Europi osigurava trajnu pripravnost epidemiologa kroz 24 sata/7dana.

Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti sa svojim pravilnicima regulira većinu obveznih protuepidemijskih i preventivnih poslova koje obavlja epidemiološka služba, te ujedno predstavlja i stručne upute za rad. Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti izrađuje dodatne upute i smjernice za rad epidemiologa na terenu. Ova je služba i konzilijarna služba za sve epidemiologe u Hrvatskoj, a aktivno je kao koordinator svih protuepidemijskih poslova i poslova nadzora nad zaraznim bolestima, uključena u svakodnevni rad epidemiologa na terenu, na kojem, po potrebi, i sama intervenira. Koriste se i upute i smjernice ECDC i SZO. Važno je napomenuti da protuepidemijske poslove na svim razinama zdravstvene zaštite rade visokokvalificirani liječnici specijalisti epidemiolozi, koji se i nakon završene specijalizacije kontinuirano trajno educiraju u struci.

Godišnje se epidemiološkoj službi prijavi oko 60 000 - 70 000 bolesnika koji boluju od zarazne bolesti i gdje je nužna protuepidemijska intervencija epidemiologa. Godišnje epidemiološka služba intervenira i u 100 do 120 epidemija, koje zahtijevaju provedbu kompleksnih protuepidemijskih mjera, kako bi se njihovo širenje zaustavilo. Svake godine se registrira i nekoliko desetaka tisuća, pa i preko 100000 oboljelih od gripe. Radi smanjenja broja onih visoko rizičnih pacijenata koji mogu dobiti komplikacije gripe, pa i umrijeti, svake se godine rizične skupine stanovnika cijepi protiv gripe. Godišnje se distribuira u Hrvatskoj 13-15 doza cjepiva na 1000 stanovnika. Cijepljenje je besplatno za osobe starije od 65 godina, kronične bolesnike i zdravstvene djelatnike.

Svi epidemiološki poslovi u vezi sa zaraznim bolestima za pacijente, kontakte i građane u Hrvatskoj, uključivo i strance koji borave u zemlji, su besplatni.

Liječenje od zaraznih bolesti u čitavom sustavu zdravstva, uključivo i bolničko liječenje je besplatno, prema Zakonu o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti.

Stanje

Procijepljenost stanovništva protiv zaraznih bolesti

Nesumnjivo najuspješnija preventivna masovna medicinska mjera u Hrvatskoj je Program masovnog cijepljenja, zahvaljujući svima koji u njemu na bilo koji način sudjeluju. Kontinuirano provođenje Programa, stalno s visokim cjepnim obuhvatima, rezultiralo je epohalnim poboljšanjem stanja zdravlja naših ljudi, s potpunim potiskivanjem nekada brojnih, strašnih i smrtonosnih bolesti. Na temelju članka 42. Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti i Pravilnika o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se podvrgavaju toj obvezi („Narodne novine“, br. 164/04) provodi se obvezno cijepljenje protiv tuberkuloze, difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica, zaušnjaka, rubeole, hepatitisa B i bolesti uzrokovane *Haemophilus influenzae* tip b (Program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj).

Jedan od bitnih temelja na kojima se osniva današnje zdravstveno blagostanje u pogledu zaraznih bolesti, je sustavno podizanje imunosti pučanstva planskim cijepljenjem. Masovno cijepljenje u Hrvatskoj ima vrlo dugu tradiciju, a također je i vrlo duga tradicija uspjeha postignutih cijepljenjem. Sustavno cijepljenje provodi se na temelju zemaljskog programa, u

kojem se odabire koje će se bolesti obuhvatiti odnosno cjepiva protiv njih primijeniti te koje će se generacije pučanstva cijepiti određene godine.

Takav stručni epidemiološki prijedlog od samih početaka postojanja programa, pripravlja Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a donosi ga kao obvezujući zdravstveni dokument Ministarstvo zdravlja. Bitno za uspjeh programa je da se predviđeno cijepljenje pojedinih generacija pretežno djece i mladeži ali i starijih, što potpunije i na vrijeme obavi. Godišnje se cijepi preko 500.000 osoba koje prime cca 900.000 pojedinačnih aplikacija cjepiva. Taj se golem posao kojeg naši liječnici cjepitelji raznih profila (pedijatri, opći medicinari, školski medicinari, epidemiolozi i dr.) decenijima vrlo uspješno obavljaju, obično iskazuje kao postotak obuhvaćenih osoba koje su se trebale cijepiti prema programu. tzv. cjepni obuhvat ili procijepljenost.

Tablica 61. Obuhvat primovakcinacijom (%) u Hrvatskoj 2011.

Cijepljenje	2011.	2010.	2009.	2008.
	%	%	%	%
Di Te Per	96,2	96,5	96,3	96,1
Polio	96,2	96,5	96,2	96,3
MRP	95,8	96,0	95,0	95,5
Hepatitis B	98,2	97,8	97,0	97,7
BCG	98,8	98,7	97,8	99,1
Hib	96,2	96,4	96,3	96,1

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Redovita analiza svih godišnjih izvješća o obavljenom cijepljenju u Hrvatskoj koju obavlja Epidemiološka služba Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazuje da su ti postoci konstantno visoki, iznad zadanog minimuma (95% za ospice, 90% za ostala cijepljenja).

Podatak o visokom postotku obuhvata je u potpunom skladu s malim brojevima prijavljenih bolesnika od tih bolesti. Treba naglasiti da su podaci o pobolu od bolesti protiv kojih se cijepi dobiveni neovisno od podataka o procijepljenosti, putem individualnih prijava zaraznih bolesti, i mogu služiti za provjeru vjerodostojnosti podataka iz izvještaja o cijepljenju. Jasno je da bi se nerealno prikazani povoljni postoci ubrzo diskreditirali ako bi pobol bio visok, a kao što se vidi, to kod nas to nije tako (vidi osvrt na kretanja zaraznih bolesti).

Bolesti protiv kojih se provodi cijepljenje ili su posve nestale (difterija, poliomyelitis) ili je obolijevanje drastično reducirano za preko 90%, u nekim primjerima i preko 99% (ospice, rubeola, zaušnjaci, hripavac, tetanus).

Posebno treba istaknuti potpuni nestanak dječje paralize (poliomyelitis) što je 2001. godine i službeno potvrđeno svečanim Certifikatom o eradikaciji, Svjetske zdravstvene organizacije za cijelu Europsku regiju i time i za Hrvatsku. To je kruna za uporan rad na sprečavanju dječje paralize sustavnim cijepljenjem koje se kod nas provodi od 1961. godine i veličanstven uspjeh naše preventivne medicine u zaštiti zdravlja pučanstva.

Za posebne skupine stanovništva i pojedince pod povećanim rizikom, prema Programu obvezne imunizacije, seroprofilakse i kemoprofilakse obvezna je zaštita cjepivom protiv tuberkuloze, hepatitisa A i B, žute groznice, kolere, trbušnog tifusa, tetanusa, malarije, streptokokne bolesti i meningokokne bolesti.

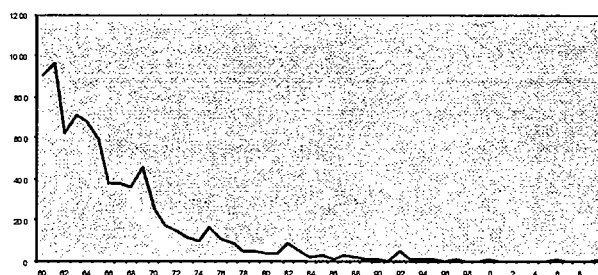
Svake godine prije nastupa gripe provodi se i kampanja cijepljenja protiv gripe, prvenstveno namijenjena starijim osobama i osobama oštećenog zdravlja.

Stanje zaraznih bolesti u Hrvatskoj

Alimentarne zaraze

Typhus abdominalis (trbušni tifus). U 2011. nije zabilježen niti jedan slučaj kao odraz postignutog vrlo povoljnog epidemiološkog stanja.

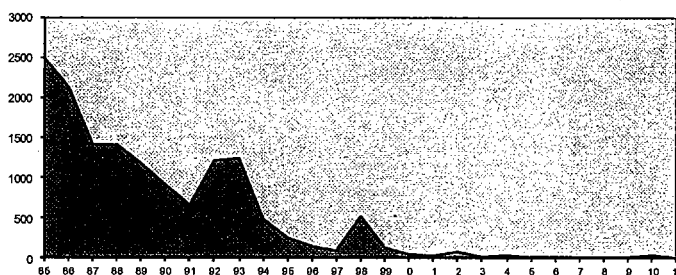
Grafikon 15. Typhus abdominalis



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Dysentaria bacillaris. Stanje je povoljno sa samo 9 registriranih bolesnika u 2011, do sada najmanji broj.

Grafikon 16. Dysentaria bacillaris



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Hepatitis A (zarazna žutica). I hepatitis A posljednjih godina pokazuje vrlo povoljno stanje, s malim godišnjim brojevima oboljelih. U 2011. bilo je 10 bolesnih što je najmanje do sada. U vrijeme najveće učestalost (1968.) bilježeno je preko 14000 bolesnika.

Tri gore prikazane bolesti: trbušni tifus, bacilarna dizenterija (šigeloza) i zarazna žutica (hepatitis A) poznate su kao bolesti prljavih ruku i niskog standarda. Njihovo posve rijetko javljanje upućuje da su se naša zemlja i ljudi u tom pogledu posve preobrazili i izjednačili s razvijenim zemljama Europe i svijeta, iako niti mi, a niti drugi, s postojećim higijenskim stanjem i standardom ne možemo biti posve zadovoljni, i predstoji još puno truda da se stanje sigurnije učvrsti i još poboljša.

Salmonellosis. Učestalost salmoneloza razmjerno je visoka no to nije bolest niskog higijenskog i životnog standarda kao prethodne tri, već je naprotiv vezana uz visok standard, koji odlikuje masovna proizvodnja hrane životinjskog porijekla i razvijena javna masovna prehrana. Brojnost se lako može razumjeti kada se zna da se radi o antropozoonozi (zoonozi) čestoj u gotovo u svih životinja uključujući one koje služe za ljudsku hranu, a također i u

ljudi. Ipak zahvaljujući stalnoj provedbi preventivnih i protuepidemijskih mjera broj se u posljednjem deceniju smanjuje uz godišnje očekivane oscilacije. U 2011. iznosio je 2399.

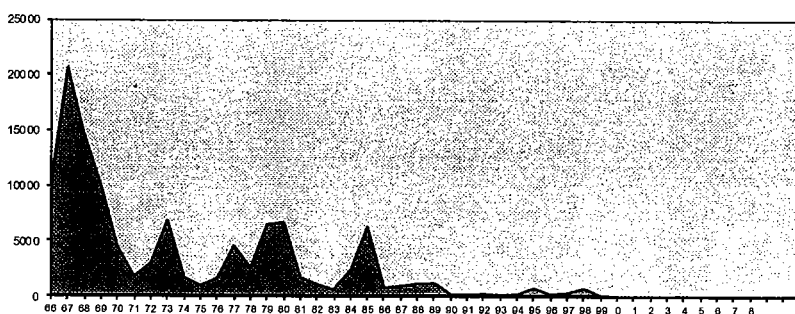
Bolesti protiv kojih se cijepi

Hepatitis B. Nastavlja se daljnji pad broja oboljelih. U 2011. zabilježeno je samo 56 slučajeva (2009: 116, 2010: 58), što predstavlja najmanji ikad zabilježen godišnji broj. To se smanjenje može pripisati sustavnom cijepljenju. U generacijama do sada potpuno obuhvaćenima cijepljenjem, oboljelih uopće nema, a također ih nema niti među zdravstvenim djelatnicima koji su se kao skupina pod povećanim, profesionalnim, rizikom među prvima počeli sustavno cijepiti.

Pertussis (hripavac). Hripavac se održava na niskoj razini daleko nižoj od one prije uvođenja cijepljenja uz manje godišnje oscilacije. U 2011. oboljelih je bilo malo više nego lani (105 : 45) no podjednako predlanjskoj godini (102) sve kao povoljna posljedica sustavnog cijepljenja koje se kod nas provodi od 1959.

Morbilli (ospice). Ospice su kod nas posve rijetke zahvaljujući cijepljenju: u 2011:11, u doba prije cijepljenja preko 20000 godišnje. No zbog činjenice da je u mnogim zemljama u Europi obolijevanje učestalo, čak i do epidemijskih razmjera kao posljedica nedovoljne procijepljenosti u tim zemljama, svi naši necijepljeni odnosno neimuni građani, stalno su izloženi riziku obolijevanja obzirom na iznimnu zaraznost ove bolesti, a uz suvremeni intenzivan međunarodni promet ljudi. Stoga kod svake pojedinačne pojave bolesti, bez obzira na porijeklo (kod nas se posljednjih godina u uvjetima posve niske učestalosti razmjerno lako može ustanoviti da se u većini radilo o importu tj. zaražavanju necijepljenih ili neimunih osoba u inozemstvu ili u kontaktu s bolesnikom iz inozemstva) treba odmah procijepiti sve one koji nisu cijepljeni ili nemaju dokumentaciju o cijepljenju, kako bi se širenje spriječilo. Takav protuepidemijski postupak kod nas redovito primjenjuje epidemiološka služba i kao što je vidljivo iz podataka o brojevima oboljelih, s povoljnim rezultatima i samo malim brojem bolesnih.

Grafikon 17. Morbilli



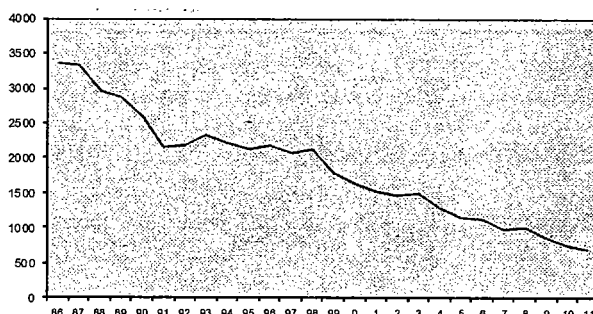
Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Rubeola (crljenka). Zahvaljujući sustavnom cijepljenju i ova se bolest kod nas javlja posve rijetko, u 2011: 0. Parotitis epidemica (zaušnjaci). Obolijevanje od zaušnjaka, treće bolesti pokrivene trojnim MRP cijepljenjem, zahvaljujući cijepljenju gotovo se posve povuklo i održava se na vrlo niskim razinama uz manje godišnje oscilacije.

Tuberculosis activa. Nakon ratnog zastoja, učestalost tuberkuloze pokazuje povoljan nastavak trenda pada, uz očekivane manje godišnje oscilacije. Broj zabilježenih slučajeva u 2011. iako još uvijek značajan (683) najmanji je ikada zabilježen i daje već razmjerno povoljnu stopu od 15 na 100000 stanovnika, neusporedivo manju od incidencije iz pedesetih godina prošlog

stoljeća kada je iznosila 444 o/oooo. Uz mjere ranog ispravnog i potpunog liječenja koje uz korist za bolesnike sprečava širenje bolesti i nastanak rezistencije uzročnika (stupanj rezistencije *Mycobacterium tuberculosis* Hrvatskoj je nizak ispod 3%) kod nas se sustavno provodi cijepljenje, koje je zaslužno za potpuni izostanak teških diseminiranih oblika tuberkuloze (meningitis, milijarna tuberkuloza) u djece: posljednjih pet godina niti jedan slučaj u dobi do 19 godina. Uz nastavak svih aktivnosti prema Nacionalnom programu borbe protiv tuberkuloze noveliranom 2010, može se očekivati daljnje poboljšanje stanja. (detaljnije na koncu u odlomku s bolestima pokrivenima posebnim nacionalnim programom).

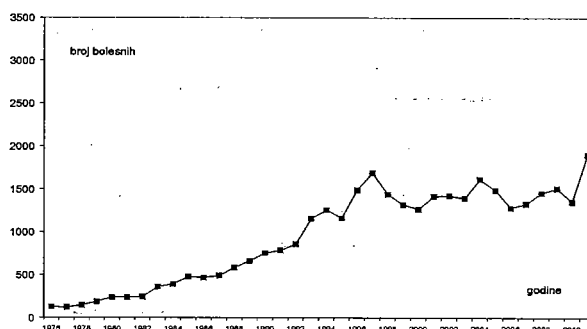
Grafikon 18. Tubercučosis activa



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Mononucleosis infectiosa. Ova virusna kontaktna zaraza za koju nema prevencije cijepljenjem, kroz godine kod nas postupno postaje sve češća. U prošloj 2011. registrira se 1901 bolesnik. Razlozi za ovaj porast nisu posve jasni. U prvim godinama vjerojatno su bili ovisni o pristupačnosti laboratorijske dijagnostike *Epstein Baar* virusa no posljednjih decenija ti su se uvjeti ustalili. U tom je razdoblju porast učestalosti dijelom sigurno posljedica stalnog poboljšavanja općih sanitarno higijenskih prilika u Hrvatskoj pa se ova učestala zaraza postupno premješta iz predškolske dobi kada može ostati neprepoznata, i seli u adolescentnu dob kada je klinička slika izražena.

Grafikon 19. Mononucleosis infectiosa



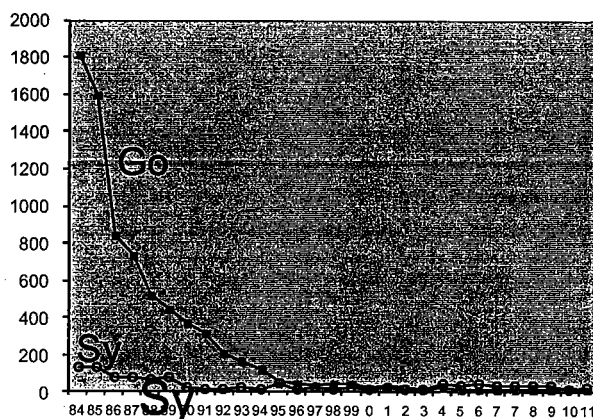
Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Spolno prenosive bolesti

Gonorrhoea (kapavac). I u 2011. se nastavilo povoljno stanje niske učestalosti s 13 zabilježenih bolesnika (u 2009: 20).

Syphilis. Učestalost se u 2011. zadržala na podjednako, niskoj razini kao i prethodne godine (20), u okviru uobičajenih godišnjih razlika u općenito povoljnom trendu niske učestalosti. Ranije, u šezdesetima, bilježeno je i preko 2000 novih slučajeva godišnje. Međutim ova teška bolest ipak zavrjeđuje sve napore zdravstvene službe uz svaki dijagnosticirani slučaj, kako bi se širenje spriječilo i zaraženi uspješno izliječili.

Grafikon 20. Syphilis



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Chlamydiasis. Registrirana učestalost klamidijaze ovisi znatno o dostupnosti i uporabi laboratorijske dijagnostike. Tako je posljednjih godina prijavljeno vidno manje slučajeva nego u nekoliko prethodnih godina, u lanjskoj godini najmanje (304), a stanje se najvjerojatnije nije bitno promijenilo.

Tablica 62. Chlamydiasis

godina	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
broj bolesnih	996	902	737	966	374	549	463	552	304

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

AIDS/HIV. Brojevi novootkrivenih slučajeva AIDS-a podjednaki su iz godine u godinu i daju povoljan stacionaran trend niske učestalosti. U 2011. broj je malo veći nego prethodne godine (23: 19), što je neznatno iznad najvećih do sada registriranih godišnjih brojeva (20) a pridonijelo mu je razbolijevanje nekoliko osoba koje su se u Hrvatsku vratile nakon dugog boravka u inozemstvu u nekoj od zemalja s visokom učestalošću, u svakom slučaju to izaziva pozornost ako bi se daljnjim praćenjem ustanovilo da taj broj predstavlja početak nepovoljnog izlaznog kretanja incidencije kakva do sada nije zabilježena.

Razmjerno niska uglavnom ujednačena učestalost dijelom se može zahvaliti i sve uspješnijoj terapiji i produžavanju stanja HIV-nosilaštva bez nastupa AIDS-a, a i djelovanju svih mjera prevencije, prema Nacionalnom programu. Postojanje besplatnog anonimnog testiranja i savjetovanja u deset gradova u Hrvatskoj utjecalo je na veći obuhvat pretragama, i na određen porast broja otkrivenih novih slučajeva HIV infekcije posljednjih godina. Broj novootkrivenih inficiranih HIV-om u 2011. bio je **76**, malo veći nego prethodne godine (70).

Tablica 63. AIDS u Hrvatskoj

godina	00.	01.	02.	03.	04.	05.	06.	07.	08.	09.	10.	11.
broj												
bolesnih	19	8	19	11	13	19	20	9	18	15	19	22

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Od prvih zabilježenih slučajeva 1986, do konca 2011. u Hrvatskoj je ukupno (kumulativ) zabilježeno **350** bolesnika od AIDS-a, od njih je 154 umrlo (44 %). Prevalencija, odnosno ukupan broj HIV/AIDS pacijenata u Hrvatskoj koncem 2011. godine bio je 724 (više detalja na koncu, u odlomku s bolestima pokrivenima posebnim nacionalnim programima).

Nove (emergentne) bolesti

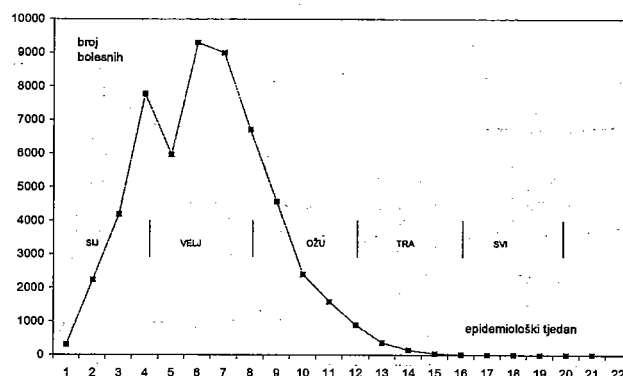
Dengue groznica.

U 2010. u Hrvatskoj je po prvi puta utvrđeno postojanje domaće, autohtone bolesti dengue, inače tipične za tropska i suptropska područja. Registriran je 1 bolesnik, a retrospektivno je ta zaraza potvrđena kod još jednog člana njegove obitelji koji se razbolio nešto ranije, također, jedan slučaj vezan uz izlaganje kod nas. Zabilježen je i kod jednog stranog turista, koji se razbolio po povratku kući nakon ljetovanja u našoj zemlji. Istodobno su prvi europski autohtoni slučajevi dengue (nakon davne epidemije u Grčkoj 1927.) zabilježeni neovisno i u Francuskoj, očito kao posljedica udomaćenja komarca - vektora *Aedes albopictus* u cijeloj južnoj Europi i opetovanog unosa infekcije intenzivnim međunarodnim prometom ljudi što se i ranije očitovalo povremenom dijagnozom importiranih slučajeva, ali bez lokalnog prijenosa i širenja. Ova je pojava nažalost potvrdila ranije procjene o mogućnosti takvog događaja (vidi osvrte na zarazne bolesti u Hrvatskoj iz nekoliko posljednjih godina) i nametnula našoj epidemiološkoj službi i cijelom zdravstvu nove dodatne zadaće, od kojih se ovdje treba istaknuti nužnost daljnjeg i još boljeg i temeljitijeg suzbijanja komaraca i flebotoma, koji mogu prenositi ovu, ali i druge transmisivne bolesti (malaria, chikungunya, žuta groznica, leishmanioza, dirofilarioza i dr.) te provedbu sistematskog epidemiološko-virološko-entomološkog sagledavanja stanja i proširenosti dengue u Hrvatskoj radi poduzimanja svih drugih mjera uz opće mjere suzbijanja komaraca, u cilju zaštite zdravlja naših ljudi i brojnih turista. Taj se epidemiološki posao započeo odmah po saznanju o pojavi domaće dengue u jesen 2010, nastavlja se i sada. Uz to provedene su i pojačane mjere dezinfekcije uz stalno praćenje stanja. Sa zadovoljstvom se može obavijestiti da tijekom 2011. nije bilo niti jednog slučaja domaće (autohtone) dengue u Hrvatskoj. Rad na intenzivnom nadzoru ove bolesti se nastavlja.

Respiratorne bolesti

Influenza (gripa). U 2011. je u sezoni gripe ukupno zabilježeno više od 50 000 oboljelih slično kao i u prethodnoj pandemijskoj 2009/2010 godini.

Grafikon 21. Influenza



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Uzročnik je na početku sezone bio isključivo virus A/H1N1/2009pdm (pandemijski) da bi mu se kasnije pred kraj zime pridružio virus influenzae B. Kod nas se godinama u jesen prije nastupa sezone gripe provodi akcija cijepljenja protiv gripe namijenjena prvenstveno starijim osobama i osobama oštećenog zdravlja, za koje je gripa potencijalno najopasnija. Za te kategorije, a također i za zdravstvene djelatnike, cijepljenje je odlukom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i u 2010/11. bilo besplatno. Organiziranim cijepljenjem protiv gripe utječe se na smanjenje broja osoba s teškom gripom ili sa smrtnim ishodom i tako reducira tzv. sezonski višak smrtnosti koji se može indirektno pripisati gripi, a k tome, velik broj cijepljenih vrlo vjerojatno utječe i na smanjenje ukupnog broja oboljelih od gripe.

Bolesti s posebnim nacionalnim programom sprečavanja i suzbijanja

Zbog posebne važnosti, neke od zaraznih bolesti, uz to što je njihovo praćenje, proučavanje, sprečavanje i suzbijanje određeno i osigurano Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti i njegovima pravilnicima kao i općim Programom mjera zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, imaju i svoje posebne nacionalne programe. Ovdje će se za te bolesti dati još neki podaci i pojediniosti, radi detaljnijeg uvida u njihovo stanje u Hrvatskoj.

AIDS/HIV u Hrvatskoj

Uz podatke i komentar u općem pregledu stanja zaraznih bolesti u Hrvatskoj (vidi gore) ovdje se daju još neki podaci koji pokazuju složeno praćenje HIV/AIDS u Hrvatskoj. Oni dodatno potvrđuju procjenu da je stanje ove bolesti kod nas pod kontrolom i razmjerno povoljno.

Tablica 64. Broj oboljelih i umrlih od AIDS-a u Hrvatskoj od 1986. do 2011

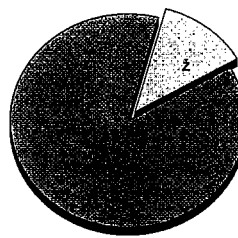
Godina	oboljeli	umrli
1986.	2	1
1987.	8	3
1988.	9	5
1989.	3	7

1990.	9	4
1991.	11	7
1992.	8	8
1993.	10	7
1994.	17	8
1995.	15	8
1996.	18	12
1997.	17	12
1998.	13	10
1999.	17	3
2000.	19	9
2001.	8	4
2002.	19	4
2003.	11	6
2004.	13	2
2005.	19	3
2006.	20	6
2007.	9	1
2008.	18	7
2009.	15	5
2010.	19	9
2011.	23	3
Ukupno	350	154

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 65. Oboljeli od AIDS-a u Hrvatskoj po spolu od 1986. do 2011. s grafičkim prikazom omjera oboljelih po spolovima

spol	broj bolesnika	%
muški	306	87,4
žene	44	12,6
ukupno	350	100,0



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 66. Oboljeli od AIDS-a prema skupinama povećanog rizika u Hrvatskoj od 1986. do 2011.

Epidemiološka kategorija	Oboljeli	%
HOMO/BISEX	169	48,1
PROMISKUITET	102	29,2
I.V. UZIMANJE DROGA	25	7,2
PARTNER HIV+ osobe	30	8,6
HEMOFILIJA	8	2,5

DJECA HIV+ MAJKI	4	1,1
NEPOZNATO	12	3,4
Ukupno	350	100,0

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Iz priloženih tablica i grafova može se uočiti da se AIDS kod nas kroz 26 godina od pojave prvih slučajeva u 1986. zadržava na niskoj razini jednoj od najnižih u Europi. Odnos stanja HIV/AIDS-a u nas i drugdje u svijetu, može se vidjeti u službenim publikacijama SZO i ECDC-a. Posljednje dostupni podaci za 2010. pokazuju da je godišnja stopa incidencije izražena na 100000 stanovnika u SZO-EURO regiji bila 13,7 (prosjeak) u EU EEA zemljama 5,7 a u Hrvatskoj 0,4. Ovakvo stanje kod nas treba zahvaliti sustavnoj primjeni cijelog skupa mjera prevencije, od nadzora nad pripravicima iz ljudske krvi do zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja, koje se kod nas provode još od vremena prije pojave prvih slučajeva tj. od 1983.

Proširenosti HIV infekcije među stanovništvom prati se stalno na nekoliko neovisnih načina kako bi ti podaci upotpunili podatke o pojavi bolesnih ili zaraženih osoba. Jedan od načina je uvid u proporciju pozitivnih među dobrovoljnim davateljima krvi čiji velik broj daje dobar uvid u stanje u našoj odrasloj populaciji. U 2010. među davateljima (prvo davanje, kod kojeg je učestalost veća), među 257928 ispitanih uzoraka nije nađen niti jedan pozitivan; proporcija ranijih godina bila je također posve niska s vrijednostima od 0,04 - 0,05%. Proporcija pozitivnih među korisnicima anonimnih HIV savjetovališta u Hrvatskoj koja se također prati nešto je veća i iznosi 1,7%.

Struktura bolesnika (kumulativ, tj. svi do sada registrirani bolesnici) prema epidemiološkim kategorijama pokazuje najveći udio homo/biseksualnih (muških) osoba, i razmjerno malen udio uživatelja intravenskih droga. Razmjerno velik udio promiskuitetnih heteroseksualnih osoba (drugi po zastupljenosti) iziskuje objašnjenje obzirom na podatak o ukupno niskoj učestalosti HIV infekcije kod nas. Epidemiološka anamneza u tih osoba govori da su se gotovo svi ti bolesnici zarazi izložili izvan Hrvatske, za vrijeme svog u pravilu dugotrajnog boravka u inozemstvu, u nekoj od zemalja s visokom učestalošću HIV infekcije. U 2011. kao ni u prethodnim godinama nema novooboljelih među hemofiličarima zahvaljujući sustavnoj kontroli i sigurnosti krvnih pripravaka u nas. Udio skupine "nepoznato" i dalje je razmjerno malen (3,4% svih slučajeva), što govori da se kruženje infekcije kod nas i dalje zadržava unutar poznatih skupina povećanog rizika, bez "prodora" u opću populaciju, ali takvo stanje treba održati sustavnom provedbom svih predviđenih preventivnih mjera, a po potrebi i dopunskim mjerama na temelju analiza i uočenih eventualnih promjena u epidemiološkim osobinama bolesti. Tako je posebno analiziran neznatan ali uočljiv porast broja novih AIDS bolesnika u 2011. (22) i zaključeno da se u većini radilo o osobama koje su dugo vremena boravile u inozemstvu, u europskim zemljama s visokom incidencijom, tamo se najvjerojatnije zarazile, a ovdje zbog uznapređovalih karakterističnih smetnji potražile i dobile liječničku pomoć.

Treba svakako naglasiti da u Hrvatskoj sve HIV-om zaražene osobe primaju najsuvremeniju terapiju i ostalu potrebnu skrb, na primjer cijepljenje i dr. Takva terapija uz produljenje i osiguravanje dobre kvalitete života, smanjuje i zaraznost takvih osoba i tako umanjuje mogućnosti širenja HIV-a u zemlji.

Održavanje prikazanog razmjerno povoljnog stanja svakako ovisi o daljnjem jednako upornom i savjesnom obavljanju svih preventivnih i protuepidemijskih mjera osiguranih kroz naše zakonske propise, programe mjera i poseban nacionalni Program.

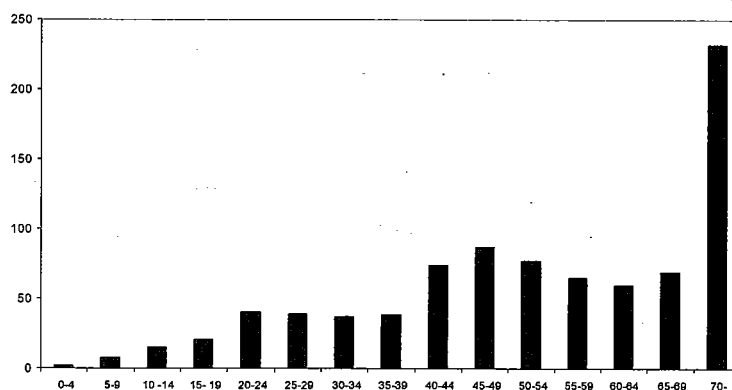
Tuberkuloza u Hrvatskoj

Uz podatke i komentar u općem pregledu stanja zaraznih bolesti u Hrvatskoj (vidi gore) koji vrijede i ovdje i trebaju se gledati zajedno, ovdje se daju još neki dodatni podaci koji pokazuju složeno praćenje i nadzor nad tuberkulozom u Hrvatskoj.

Oni dodatno potvrđuju procjenu da se stanje ove bolesti kod nas konstantno poboljšava i učestalost smanjuje, zahvaljujući cijelom setu mjera: od cijepljenja koje osigurava da kod mladih ne dolazi do teških diseminiranih smrtnih oblika tuberkuloze do ostalih mjera među kojima je vrlo važno ispravno kompletno suvremeno liječenje, koje je kod nas dostupno svim oboljelima, makar i nemaju zdravstvenog osiguranja, zbog bitnog utjecaja liječenja ne samo na sudbinu bolesnika, već i na sprečavanje širenja bolesti na druge ljude. Uz to, ispravno liječenje sprečava nastanak sojeva uzročnika otpornih na lijekove, a takva otpornost može postati velik problem. Podaci naših javnozdravstvenih laboratorija pokazuju da je stupanj rezistencije u nas vrlo nizak: ispod 0,3 %, što uz opći povoljan trend incidencije bolesti govori o uspješnosti liječenja i svih ostalih mjera u nas.

Dobna struktura bolesnika od tuberkuloze u Hrvatskoj odgovara onoj u razvijenim zemljama, s najvišim morbiditetom u najstarijoj dobi.

Grafikon 22. Dobna struktura bolesnika od tuberkuloze u Hrvatskoj



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Visoka procijepljenost djece koja se kod nas stalno održava (u 2011: 98,8%) zaslužna je da su kod nas posve iznimni i rijetki po život opasni diseminirani oblici tuberkuloze (meningitis, milijarna tuberkuloza) u djece. U 2011. kao niti u prethodnoj godini nije zabilježen niti jedan slučaj tuberkuloznog meningitisa ili milijarne tuberkuloze u dobi od 0 do 19 godina.

Tablica 67. Oboljeli od tuberkuloznog meningitisa u Hrvatskoj u dobi do 19 godina

Godina	DOB			
	0-4	5-9	10-14	15-19
1992.	2	-	-	-
1993.	1	-	-	-
1994.	-	-	-	-
1995.	-	1	-	-
1996.	-	-	-	-
1997.	-	-	-	-
1998.	-	-	1	-
1999.	1	-	-	-
2000.	-	-	-	-
2001.	2	-	-	-

2002.	-	-	1	-
2003.	-	-	-	-
2004.	-	-	1	-
2005.	-	-	-	-
2006.	-	-	-	-
2007.	-	-	-	-
2008.	-	-	-	-
2009.	-	-	-	-
2010.	-	-	-	-
2011	-	-	-	-

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Postojeće razlike incidencije u pojedinim područjima odnosno županijama u Hrvatskoj, kao i ukupna još uvijek znatna iako sve manja učestalost (15 na 100000 u 2011) zahtijevaju nastavak vrlo intenzivnog rada u skladu sa Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Programom mjera zdravstvene zaštite i nacionalnim Programom - Naputkom za sprečavanje i suzbijanje tuberkuloze, noveliranim u 2010. godini.

Zaključak i procjena stanja zaraznih bolesti u Hrvatskoj

Epidemiološka situacija u Hrvatskoj u pogledu zaraznih bolesti u 2011. godini, može se kao i prethodnih godina ocijeniti kao razmjerno **povoljna**. Tome je uz opće uvjete života, svojim radom sigurno pridonijelo cijelo naše zdravstvo. Povoljna procjena situacije temelji se na slijedećim glavnim pokazateljima i činjenicama. Bolesti koje su karakteristične za niski životni standard i loše higijenske prilike uz neprosvijećenost ljudi, danas su kod nas posve rijetke ili čak i odsutne (*trbušni tifus, bacilarna disenteria, hepatitis A*). Bolesti protiv kojih se provodi sustavno cijepljenje potisnute su, neke i eliminirane ili iskorijenjene (*poliomyelitis, difterija*). Rijetke i pod kontrolom su klasične spolne bolesti, gonorhoea i syphilis, nizak je intenzitet HIV/AIDS-a dvadeset i šest godina od prvog registriranog slučaja. Preventivne zdravstvene mjere za osiguranje sigurne javne vodoopskrbe i sigurne prehrane, učinkovite su. U 2011. kao niti prethodnih godina nije bilo epidemija uzrokovanih industrijski pripremljenim prehrambenim proizvodima ili jelima. Hidrične epidemije posve su rijetke i iznimne, u 2011. nije bilo niti jedne.

Takvo stanje zaraznih bolesti izjednačuje Hrvatsku s razvijenim zemljama Europe i svijeta, u što se sada već uključuje i tuberkuloza s povoljnim silaznim trendom i stopom od 15 o/oooo, mada još uvijek značajnom.

Uz ove povoljne činjenice kao i do sada ne treba zanemariti da ponegdje postoje nezadovoljavajuće sanitarno higijensko prilike, osobito u pogledu odlaganja otpadnih tvari, još uvijek su prisutne i posljedice rata, ratne i poratne migracije ljudi i dr. što sve predstavlja rizične čimbenike. Uz njih kao posljedica intenzivnog međunarodnog prometa ljudi i roba, novi komarac *Aedes albopictus* potencijalni vektor raznih humanih zaraza postao je stalan stanovnik naših toplih krajeva, zadajući dodatne poslove i aktivnosti u provedbi sustavne dezinfekcije. Zbog spomenutih nepovoljnih čimbenika, a i zbog općenite mogućnosti pojave i širenja novih bolesti u svijetu pod utjecajem klimatskih promjena i dr. (vidi odlomak o dengue groznici u Hrvatskoj) situacija se i dalje mora smatrati i *potencijalno nesigurnom*, a to znači ovisnom o daljnjem neprekidnom protuepidemijskom i preventivnom radu.

Stoga su sve mjere u vezi nadzora nad zaraznim bolestima kod nas i dalje prioritete. Među njima se ističe nužnost nastavka što potpunije provedbe zemaljskog programa obveznih cijepljenja, zatim nužnost skrbi za sigurnost javne vodoopskrbe, javne prehrane i opskrbe namirnicama te za sigurnu dispoziciju otpadnih tvari (kanalizacija), a sve to uz stalan intenzivan preventivni i protuepidemijski rad epidemiološke službe i kvalitetan sustav prijavljivanja i praćenja zaraznih bolesti. Napominjemo da je u okviru procesa pristupanja Hrvatske Europskoj uniji naša zemlja uključena i u europske sustave nadzora nad zaraznim bolestima, a također je uključena i u globalni IHR sustav Svjetske zdravstvene organizacije odnosno Ujedinjenih naroda. Praćenje pobola i pomora najbolji je način povjere jesu li mjere za sprečavanje i suzbijanje bolesti učinkovite. Naši podaci, kojih je dio prikazan ovdje, jasno govore da je učinak mjera vrlo povoljan i da se Hrvatska na ovom polju praktično posve izjednačila s razvijenim zemljama, a u nekim je primjerima (na primjer provedba cijepljenja, nadzor nad antropozoonozama i dr.) i među boljima. Naravno, zdravlje ljudi se uvijek može poboljšati i poboljšavati u svim svojim dijelovima, pa tako i u pogledu uvijek aktualnih zaraznih bolesti.

Tablica 68. Zarazne bolesti zabilježene u Hrvatskoj 2011.

BOLEST	oboljeli/umrli	BOLEST	oboljeli /umrli
Salmonellosis	2599/2	Trichinellosis	8
Toxiinfectio alimentaris	6704/2	Echinococcosis	16
Enterocolitis	6087	Malaria	7 (import)
Campylobacteriosis	1345	Leishmaniasis cutanea	1
Dysenteria bacillaris	9	Scabies	531
Dysenteria, EHEC	2	Toxoplasmosis	24
Hepatitis A	11	Meningoencephalitis ixodidea	26
Hepatitis B	56/1	Febris hemorr. & sindr. renale	22
Hepatitis C	153	Meningitis purulenta	34
Hepatitis E	1	Legionellosis	32/1
Hepatitis vir. non identif.	10	Enterovirosis	639
Botulismus	10	Pediculosis	274
Angina streptococcica	7827	Pneumonia	7767
Scarlatina	2162	Herpes zoster	3951
Tetanus	2	Lyme borreliosis	499
Pertussis	105/2	Influenza	55508
Morbilli	11	Chlamidiasis	304
Varicella	20184	Helminthiasis	527
Parotitis epidemica	88	Typhus murinus	1
Meningitis epidemica	54/4	Mediteranska pjeg. groznica	2
Meningitis virosa	136	Rickettsiosis	5
Encephalitis	40/3	Creutzfeldt Jakob*	1/1
Leptospirosis	42/1	Amoebiasis	4
Mononucleosis infectiosa	1901	Sepsis bacterialis	163/15
Erysipelas	1491	Hib - invazivna bolest	1
Tuberculosis activa	683/31	Str. pneum. – invazivna bolest	16
Gonorrhoea	13	Yersiniosis	19
Syphilis	20	Lambliasis	80
AIDS	22/3	Listeriosis	4/1
Q febris	20	Gastroenteritis virosa	630
Brucellosis	2	Psittacosis	1

* ne radi se o novoj varijanti (vCJD)

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Tablica 69. Kretanje važnijih zaraznih bolesti u Hrvatskoj 2008. - 2011.

Bolest	2008.	2009.	2010.	2011.
Typhus abdominalis	1*	1	2*	0
Enterocolitis	7448	4869	4239	6087
Dysenteria bacillaris	13	13	40	9
Salmonellosis	3691	3163	2098	2599
Toxiinfectio alimentaris	6394	4.611	5297	6704
Campylobacteriosis		1423	1581	1345
Hepatitis virosa A	31	20	11	11
Hepatitis virosa B	127	116	58	56
Hepatitis virosa C	208	172	147	153
Hepatitis virosa	19	4	7	10
Poliomyelitis	0	0	0	0
Diphtheria	0	0	0	0
Pertussis	102	102	45	105
Tetanus	1	9	4	2
Meningitis epidemica	53	61	43	54
Meningitis virosa	254	299	151	136
Morbilli	51	2	7	11
Leptospirosis	23	22	41	42
Tularemia	5	0	2	0
Q febris	41	22	24	20
Malaria	6**	3**	8**	7**
Dengue groznica			1	0
Tuberculosis activa	1013	857	768	683
Scarlatina	2886	4055	2623	2162
Str. angina & erysipelas	9418	10778	9216	9318
Anthrax	1	2	0	0
Kala Azar	2	1	3	0
Echinococcosis	13	16	10	16
Trichinellosis	1	41	7	8
Rubeola	1	0	1	0
Parotitis epidemica	110	57	40	88
Varicella	17607	17563	16024	20184
Mononucleosis inf.	1461	1512	1352	1901
Syphilis	33	36	18	20
Gonorrhoea	10	18	20	13
Chlamydiasis	529	466	552	304
Scabies	497	405	405	531
AIDS	18	15	19	22
Influenza	54121	107832	3425	55508
Encephalitis	50	71	52	40
Lyme borreliosis	439	435	492	499
Krpeljni meningoencefalitis	20	44	36	26
Febris hemorrh. sind. renale	40	13	16	22
Legionellosis	25	37	53	32
Creutzfeldt Jakob b.*	2***	2***	5***	1***
Hib invazivna bolest	2	2	1	1
Str. pneumoniae invaz. bol.	19	26	15	16
Listeriosis	4	6	7	4

* typhus abdominalis: importiran

** malaria: sve importirano

*** Creutzfeldt Jakob: ne radi se o novoj varijanti vCJD

Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, MIZ, lipanj 2012.

Opće mjere koje se poduzimaju na područjima javnoga zdravlja

1. Sprječavanje onečišćenja zraka

Sukladno Zakonu o zaštiti zraka („Narodne novine“, br. 130/11) i Pravilniku o praćenju kakvoće zraka („Narodne novine“, br. 155/05) obveza Agencije za zaštitu okoliša je izrada Izvješća o praćenju kakvoće zraka na teritoriju Republike Hrvatske za proteklu kalendarsku godinu. Izvješće obuhvaća podatke kakvoće zraka Državne mreže za trajno praćenje kakvoće zraka, obrađene podatke županijskih lokalnih mreža za praćenje kakvoće zraka, te podatke s postaja posebne namjene, koje su u Agenciju, slijedom obveza iz Zakona o zaštiti zraka, Pravilnika o praćenju kakvoće zraka i Pravilniku o razmijeni informacija o podacima iz mreža za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“, br. 135/06) dostavile ustanove koje su obavljale praćenje kakvoće zraka ili vlasnici postaja posebne namjene.

Mjerenje kakvoće zraka u Republici Hrvatskoj obavlja se sustavom Državne mreže za trajno praćenje kakvoće zraka (u nadležnosti Ministarstva zaštite okoliša i prirode i Državnog hidrometeorološkog zavoda) i putem lokalnih mreža (u nadležnosti županija, Grada Zagreba, gradova i općina te onečišćivači koji moraju obavljati praćenje kakvoće zraka putem postaja posebne namjene).

U godišnjem izvješću o praćenju kakvoće zraka na području RH nalaze se podaci o mrežama i postajama, sumarni prikaz koncentracija onečišćenja u zraku oko mjerne postaje, učestalosti pojavljivanja visokih koncentracija onečišćenja, datumi pojavljivanja koncentracija većih od graničnih vrijednosti (GV) i dugoročnog cilja za ozon, te tolerantne vrijednosti (TV) i ciljne vrijednosti za ozon te kategorizacija kakvoće zraka oko mjerne postaje.

Iz rezultata kategorizacije kvalitete zraka tijekom 2011. godine, može se uočiti da je od ukupnog broja mjernih postaja na kojima je provedena kategorizacija (137), na njih 27 utvrđena koncentracija onečišćujućih tvari koje su prelazile granične vrijednosti (GV) te je okolini zrak bio II kategorije tj. onečišćen.

Gledajući po onečišćujućim tvarima čije su koncentracije tijekom 2011. godine prešle GV, očito je da se javljaju isti specifični problemi onečišćenja zraka kao i u prethodnim godinama.

Prekoračenja GV koncentracija čestica PM_{10} zabilježene su na gradskim postajama u blizini prometnica (Zagreb-1, Zagreb-3, Ksaverska cesta, Đorđićeva, Peščenica, Prilaz baruna Filipovića, Siget i Susedgrad, Osijek-1) od kojih se neke nalaze i u blizini industrije (Sisak-1, Sisak-2 i Sisak-3, Kutina-1), što je posljedica utjecaja prometa i industrije te na odlagalištu otpada (Viškovo). Do prekoračenja GV koncentracija čestica $PM_{2,5}$ došlo je na četiri mjerne postaje, od čega se tri nalaze u Zagrebu (Ksaverska cesta, Đorđićeva, Siget), a jedna u Slavonskom Brodu (Slavonski Brod-1).

Do prekoračenja dugoročnog cilja za ozon (GV za ozon) i/ili ciljne vrijednosti za ozon (TV za ozon) došlo je na pet mjernih postaja u Zagrebu (Zagreb-3, Ksaverska cesta, Đorđićeva, Prilaz baruna Filipovića i Siget), dvije se nalaze u Istarskoj županiji (Sv. Katarina i Ripenda), a šest ih se nalazi u Primorsko-goranskoj županiji (Rijeka-2, Krešimirova, Krasica-Urinj u Bakru, Opatija Gorovo, Paveki i Marišćina).

Do prekoračenja GV za dušikov dioksid došlo je na pet mjernih postaja u Zagrebu (Ksaverska cesta, Đorđićeva, Prilaz baruna Filipovića, Peščenica i Siget), te na po jednoj postaji u središtu Splita (Poljud), Šibenika (središte grada) i rijeke (Ulica F. la Guardia). Onečišćenja zraka s NO_2 uglavnom su povezana sa prometom.

Specifičan problem predstavlja onečišćenje zraka s H_2S obzirom da je do prekoračenja njegovih GV došlo na šest postaja, od čega jedna u Slavonskom brodu (Slavonski brod-1, jedna je u Sisku (Sisak-1), a tri su na području grada Rijeke (Krasica-Urinj Bakar, Urinj i Trogirska ulica) te jedna na odlagalištu otpada Viševac. Onečišćenje zraka s H_2S veže se uz industrijska postrojenja i odlaganje otpada.

Radi poboljšanja kvalitete zraka zadnjih godina donesen je niz propisa iz područja zaštite zraka, uključujući i novi Zakon o zaštiti zraka (NN 130/11) donesen u studenome 2011. godine. Navedeni propisi između ostalog, uključuju mjere koje propisuju ocjenu stanja kvalitete zraka i razgraničenje teritorija prema razini onečišćenosti, zatim mjere koje su propisane sanacijskim programima za područja u kojima je prekoračena granična vrijednost, nadalje mjere plinifikacije u gradovima sjeverne Hrvatske i priključivanje na toplifikacijsku mrežu.

Radi poboljšanja kakvoće zraka zadnjih godina donesen je niz propisa iz područja zaštite zraka koji, između ostalog, uključuju mjere koje propisuju ocjenu stanja kakvoće zraka i razgraničenje teritorija prema razini onečišćenosti, zatim mjere koje su propisane sanacijskim programima za područja u kojima je prekoračena tolerantna vrijednost, nadalje mjere plinifikacije u gradovima sjeverne Hrvatske i priključivanje na toplifikacijsku mrežu.

Agencija je razvila informacijsku bazu podataka pod nazivom „Podaci o kvaliteti zraka u Republici Hrvatskoj“ u sklopu koje se nalazi i podaci o prekoračenju pragova upozorenja i praga obavješćivanja, u kojoj se kontinuirano prikupljaju izmjerene satne vrijednosti kvalitete zraka s automatskih mjernih postaja državne i lokalnih mreža. Unatoč činjenici da je baza razvijena početkom 2009. godine, do danas je na nju spojeno 9 gradskih postaja državne mreže (nedostaje 12 pozadinskih postaja koje su još u testnoj fazi rada) i 12 automatskih mjernih postaja iz lokalnih mreža od postojećih 27. S obzirom da je Zakonom o zaštiti zraka i Pravilnikom o praćenju kvalitete zraka propisano da vlasnik i/ili korisnik automatske postaje za praćenje kvalitete zraka mora osigurati kontinuirani prijenos izmjerenih podataka u informacijski sustav kvalitete zraka, Agencija je u protekle četiri godine uputila niz službenih dopisa/poziva na adrese lokalnih vlasti u cilju poduzimanja aktivnosti kojima bi se osigurao kontinuirani prijenos izmjerenih podataka u Informacijski sustav kvalitete zraka.

U Hrvatskoj zavodi za javno zdravstvo već nekoliko godina prate kretanje koncentracije peludi drveća, trava i korova na području 16 gradova (Zagreb, Bjelovar, Varaždin, Sisak, Kutina, Karlovac, Osijek, Našice, Đakovo, Beli Manastir, Virovitica, Slatina, Slavonski Brod, Rijeka, Split i Dubrovnik). Na temelju izmjerenih koncentracija izrađuju se peludni kalendari i peludne prognoze, koji su dostupni na internetu i u drugim medijima, a koji omogućuju osobama osjetljivim na pelud i njihovim liječnicima odabir načina prevencije i pravovremeno uzimanje terapije, te planiranje dnevnih aktivnosti, putovanja i godišnjih odmora. Također, zavodi za javno zdravstvo u suradnji s Državnim hidrometeorološkim zavodom i bolnicama sudjeluju u izradi dnevnih bioproгноza.

Kontrola kakvoće zraka u zatvorenim prostorima koja obuhvaća niz parametara kao što su: koncentracija radona, emisija iz građevnih materijala (azbest, formaldehid), razina onečišćujućih tvari (CO , NO_2) nastalih sagorijevanjem otvorenih plamena i grijaćih tijela, pušenjem, te količina vlage i plijesni, se ne provodi planski, pa ne postoje relevantni podaci o kvaliteti zraka kojoj je stanovništvo izloženo u svojim domovima i na poslu, te eventualnim zdravstvenim posljedicama.

Stanje zraka u Republici Hrvatskoj puno je povoljnije u zadnjem desetljeću. Općenito, emisije onečišćujućih tvari u zrak su smanjene. Djelomice je to zbog prestanka rada velikih izvora emisije devedesetih godina, a djelomice zbog poduzimanja mjera za ispunjavanje međunarodnih konvencija i protokola o kakvoći zraka. Stalnom kontrolom emisije onečišćenja iz industrije, kontrolom kvalitete goriva, plinifikacijom naselja i gradova te

proširenjem daljinskoga grijanja u gradovima povećan je postotak gradova i naselja u kojima je zrak čist ili neznatno onečišćen. Deset županija ima uspostavljenu lokalnu mrežu za mjerenje kakvoće zraka, a u njima živi gotovo 68% stanovnika Republike Hrvatske.

Taloženje pojedine komponente u oborini ovisi u velikoj mjeri o količini oborine i samoj koncentraciji. U 2011. godini, taloženje iona sulfata, nitrata, amonija i magnezija kretalo se u rasponu od 2-6 kg/ha, dok su vrijednosti taloženja morskih soli dosežale 70 kg/ha (Na+) i 120 kg/ha (Cl-) na području Južnog Jadrana. Pri tome, treba imati u vidu da je 2011. godina bila iznimno sušna godina i da su vrijednosti taloženja znatno niže od prosječnih. Taloženje sulfatnih i nitratnih iona, kao i iona amonija ukazuju da je opterećenje gorske i sjeverne Hrvatske kiselim spojevima i dalje prisutno, međutim te su vrijednosti znatno niže nego u razdoblju do 2000. godine. Veliko opterećenje područja Istočne Slavonije po gotovo svim komponentama u oborini ukazuje da osim izvora onečišćenja s područja Sjeverne Bosne i Hercegovine na povišene vrijednosti koncentracija utječu i izvori s područja Mađarske budući da je strujanje iz smjera sjever-sjeveroistok relativno često.

Uredbom o graničnim vrijednostima onečišćujućih tvari u zraku propisane su granične vrijednosti razina ukupne taložne tvari (UTT) i sadržaja metala arsena (As), olova (Pb), kadmija (Cd), nikla (Ni), žive (Hg) i talija (Tl) u ukupnoj taložnoj tvari. Jedini kriterij za određivanje kategorije kvalitete zraka s obzirom na UTT i metale Pb, Cd, Ni, Tl, As i Hg u UTT je srednja godišnja vrijednost koja se izračunava kao prosjek mjesečnih uzoraka. Ukoliko su vrijednosti više od granične vrijednosti zrak se kategorizira kao II kategorije. Mjerenja UTT provedena su na 92 mjernih postaja. Na 76 mjernih postaja provedena su mjerenja Pb i Cd u UTT, na 65 mjernih postaja provedena su mjerenja Ni u UTT, na 44 mjerne postaje provedena su mjerenja Tl u UTT, na 18 mjernih postaja provedena su mjerenja As u UTT i na 10 mjernih postaja provedena su mjerenja Hg u UTT. U 2011. god. Uočeno je da su na svim mjerenim mjestima koncentracije UTT i metala Pb, Cd, Ni, Tl, As i Hg u UTT bile manje od granične vrijednosti te je zrak bio I kategorije.

Provedbom međunarodnih i nacionalnih propisa te brojnih projekata potrošnja tvari koje oštećuju ozonski sloj (TOOS) u RH ima kontinuirani trend pada. Od 2010. zabranjeno je korištenje klorofluorouglijika, freona, halona, ugljik tetraklorida i metilkloroforma. Bromofluorouglikovodici, HBFC i metilbromid zabranjeni su još 2006. godine, a korištenje klorofluorouglikovodika i HCFC dopušteno je do 31.12.2015. godine. Zamjenske tvari (HCFC-i) koje se koriste u rashladnom i klimatizacijskom sektoru čine najveći udio u korištenju TOOS, odnosno oko 99,7% ukupne potrošnje TOOS u 2008. godini.

Plan zaštite i poboljšanja kakvoće zraka u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2008. do 2011. godine („Narodne novine“, br. 61/08) je izradilo Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva, (današnje Ministarstvo zaštite okoliša i prirode), a Vlada ga usvojila 2008. godine.

Cilj zacrtan Planom je postizanje prve kategorije kakvoće zraka na cjelokupnom teritoriju Hrvatske do kraja 2011. godine. Plan zaštite i poboljšanja kakvoće zraka provedbeni je dokument Strategije zaštite zraka koja je sastavni dio Strategije zaštite okoliša.

Plan obuhvaća razdoblje od 4 godine, od 2008. do zaključno 2011. godine. U sklopu plana zaštite i poboljšanja kakvoće zraka, prvi prioritetni cilj je postupno smanjenje onečišćenja zraka s ciljem zaštite zdravlja ljudi, okoliša i materijalnih dobara, sa slijedećim pojedinačnim ciljevima:

- u područjima gdje je postignuta prva kategorija kakvoće zraka, preventivnim mjerama spriječiti pogoršanje kakvoće zraka i omogućiti trajno poboljšanje;

- postizanje prve kategorije kakvoće zraka na cjelokupnom teritoriju Države do kraja 2011. godine, a za ozon se rok treba tek utvrditi. Prema Zakonu o zaštiti zraka to je razina koncentracija pri kojima je zrak čist ili neznatno onečišćen, pri čemu nisu prekoračene GV niti za jednu onečišćujuću tvar;
- osigurati interventne mjere tamo gdje postoji rizik pojave onečišćenja s razinama iznad kritičnih vrijednosti;
- smanjiti utjecaj na ekosustave, usjeve i materijalna dobra zbog zakiseljavanja, eutrofikacije i stvaranja prizemnog ozona.

Planom je predviđeno poticanje znanstveno-istraživačkih programa, posebice iz područja klimatskih promjena. Ovaj cilj podrazumijeva aktivniju suradnju između znanstvenih institucija i tijela državne uprave u razvoju i provedbi istraživačkih i tehnoloških projekata koji bi se odnosili na pitanja istraživanja atmosfere, smanjenja emisija onečišćujućih tvari te prilagodbe i smanjivanja štetnih utjecaja na pojedine sastavnice okoliša.

Program donosi ocjenu stanja kakvoće zraka na području Hrvatske, ciljeve zaštite i poboljšanja kakvoće zraka, sve postojeće mjere zaštite i poboljšanja kakvoće zraka te navodi dodatne mjere koje se treba poduzeti kako bi se postiglo smanjivanje emisije stakleničkih plinova a porasla energetska učinkovitost i povećala upotreba obnovljivih izvora energije.

Klimatske promjene su dominantni globalni problem okoliša u 21. stoljeću. Učinci klimatskih promjena postaju sve više vidljivi i očituju se nizom pojava: promjenom temperature, količine oborina, vodnih resursa, podizanjem razine mora, učestalosti ekstremnih meteoroloških prilika, promjenama u ekosustavu i biološkoj raznolikosti, poljoprivredi, šumarstvu, zdravlju, ekonomskim štetama.

Znanstvenici predviđaju da će promjene biti sve izraženije. Hrvatska se zbog svojeg zemljopisnog položaja, ekoloških i okolišnih posebnosti i gospodarske orijentacije može smatrati zemljom izuzetno osjetljivom na klimatske promjene.

U tom smislu potrebno je načiniti dodatne napore kako bi se smanjili pritisci i prilagodbom ublažile posljedice klimatskih promjena. Ministarstvo zaštite okoliša i prirode je u tom smislu pripremio prijedlog Nacionalne strategije za provedbu Okvirne konvencije Ujedinjenih naroda o promjeni klime i Kyotskog protokola s planom djelovanja, čiji su ciljevi i mjere ugrađeni u ovaj dokument.

Uredba o utvrđivanju lokacija postaja u državnoj mreži za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 4/02), Program mjerenja kakvoće zraka u državnoj mreži za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 43/02), Uredba o ozonu u zraku („Narodne novine“ br. 133/05), Uredba o graničnim vrijednostima onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“ br. 133/05), Uredba o kritičnim razinama onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“ br. 133/05), Uredba o kakvoći biogoriva („Narodne novine“ br. 141/05, 33/11), Pravilnik o praćenju kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 155/05), Pravilnik o razmjeni informacija o podacima iz mreža za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 135/06), Uredba o tehničkim standardima zaštite okoliša od emisija hlapivih organskih spojeva koje nastaju skladištenjem i distribucijom benzina („Narodne novine“ br. 135/06), Uredba o jediničnim naknadama, korektivnim koeficijentima i pobližim kriterijima i mjerilima za utvrđivanje naknade na emisiju u okoliš ugljikovog dioksida („Narodne novine“ br. 73/07 i 48/09), Pravilnik o načinu i rokovima obračunavanja i plaćanja naknade na emisiju u okoliš ugljikovog dioksida („Narodne novine“ br. 77/07), Uredba o graničnim vrijednostima sadržaja hlapivih organskih spojeva u određenim bojama i lakovima i proizvodima za završnu obradu vozila („Narodne novine“ br. 94/07), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2008 godinu („Narodne novine“ br. 120/07), Pravilnik o dostupnosti podataka o ekonomičnosti potrošnje goriva i emisiji CO₂ novih osobnih automobila („Narodne novine“

br. 120/07), Plan zaštite i poboljšanja kakvoće zraka u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2008. do 2011. godine („Narodne novine“ br. 61/08), Uredba o određivanju područja i naseljenih područja prema kategorijama kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 68/08), Uredba o emisijskim kvotama za određene onečišćujuće tvari u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 141/08), Uredba o provedbi fleksibilnih mehanizama Kyotskog protokola („Narodne novine“ br. 142/08), Odluka o prihvatanju nacionalnog plana za provedbu Stocholmske konvencije o postojanim organskim onečišćujućim tvarima („Narodne novine“ br. 145/08), Odluka o prihvatanju Plana smanjivanja emisija sumporovog dioksida, dušikovog oksida i krutih čestica kod velikih uređaja za loženje i plinskih turbina na području Republike Hrvatske („Narodne novine“ br. 151/08), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2009. godinu („Narodne novine“ br. 5/09), Plan raspodjele emisijskih kvota stakleničkih plinova u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 76/09), Program postupnog smanjivanja emisija za određene onečišćujuće tvari u Republici Hrvatskoj za razdoblje do kraja 2010. godine, s projekcijama emisija za razdoblje od 2010. do 2020. godine („Narodne novine“ br. 152/09), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2010. godinu („Narodne novine“ br. 13/10), Odluka o prihvatanju Petog nacionalnog izvješća Republike Hrvatske prema Okvirnoj konvenciji Ujedinjenih naroda o promjeni klime („Narodne novine“ br. 24/10), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2011. godinu („Narodne novine“ br. 144/10), Uredba o tehničkim standardima zaštite okoliša za smanjenje emisija hlapivih organskih spojeva koje nastaju tijekom punjenja motornih vozila benzinom na benzinskim postajama („Narodne novine“ br. 5/11), Uredba o kakvoći tekućih naftnih goriva („Narodne novine“ br. 33/11), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2012. godinu („Narodne novine“ br. 139/11), Odluka o određivanju godišnje količine tekućih naftnih goriva koja se smije stavljati u promet na domaćem tržištu, a ne udovoljava graničnim vrijednostima i drugim značajkama kakvoće tekućih naftnih goriva („Narodne novine“, br. 154/11), Pravilnik o načinu besplatne dodjele emisijskih jedinica postrojenjima („Narodne novine“ br. 43/12), Uredba o načinu trgovanja emisijskim jedinicama stakleničkih plinova („Narodne novine“ br. 69/12), Uredba o praćenju emisija stakleničkih plinova, politike i mjera za njihovo smanjenje u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 87/12), Uredba o tvarima koje oštećuju ozonski sloj i fluoriranim stakleničkim plinovima („Narodne novine“ br. 92/12), Uredba o graničnim vrijednostima emisija onečišćujućih tvari u zrak iz nepokretnih izvora („Narodne novine“ br. 117/12), Uredba o razinama onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“, br. 117/12) – Uredba stupa na snagu 1. siječnja 2013. godine, Odluka o dražbovatelju za obavljanje poslova dražbe emisijskih jedinica i izboru dražbenog sustava („Narodne novine“ br. 124/12), Pravilnik o praćenju emisija onečišćujućih tvari u zrak iz nepokretnih izvora („Narodne novine“ br. 129/12), Pravilnik o praćenju emisija stakleničkih plinova u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 134/12).“

Popis ostalih zakonskih propisa na području zaštite kvalitete zraka: Uredba o utvrđivanju lokacija postaja u državnoj mreži za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 4/02), Uredba o tvarima koje oštećuju ozonski sloj („Narodne novine“, br. 120/05), Uredba o ozonu u zraku („Narodne novine“, br. 133/05), Uredba o graničnim vrijednostima onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“, br. 133/05), Uredba o kritičnim razinama onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“, br. 130/05), Uredba o kakvoći biogoriva („Narodne novine“, br. 141/05 i 33/11), Pravilnik o praćenju kakvoće zraka („Narodne novine“, br. 155/05), Pravilnik o praćenju emisija onečišćujućih tvari u zrak iz stacionarnih izvora („Narodne novine“, br. 01/06), Pravilnik o izdavanju dozvole ili suglasnosti za obavljanje djelatnosti praćenja kakvoće zraka i praćenja emisija u zrak iz stacionarnih izvora („Narodne novine“, br. 79/06), Pravilnik o razmjeni informacija o podacima iz mreža za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“, br. 135/06), Uredba o tehničkim

standardima zaštite okoliša od emisija hlapivih organskih spojeva koje nastaju skladištenjem i distribucijom benzina („Narodne novine“, br. 135/06), Uredba o praćenju emisija stakleničkih plinova u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“, br. 01/07), Uredba o graničnim vrijednostima emisija onečišćujućih tvari u zrak iz stacionarnih izvora („Narodne novine“, br. 21/07 i 150/08), Vodič za provedbu Uredbe o graničnim vrijednostima emisije onečišćujućih tvari u zrak iz stacionarnih izvora, glava VI („Narodne novine“, br. 21/07), Uredba o jediničnim naknadama, korektivnim koeficijentima i pobližim kriterijima i mjerilima za utvrđivanje naknade na emisiju u okoliš ugljikovog dioksida („Narodne novine“, br. 73/07, i 48/09), Pravilnik o praćenju emisija onečišćujućih tvari u zrak iz nepokretnih izvora („Narodne novine“ br. 129/12), Pravilnik o načinu i rokovima obračunavanja i plaćanja naknade na emisiju u okoliš ugljikovog dioksida („Narodne novine“, br. 77/07), Uredba o tehničkim standardima zaštite okoliša za smanjenje emisija hlapivih organskih spojeva koje nastaju tijekom punjenja motornih vozila benzinom na benzinskim postajama („Narodne novine“ br. 5/11), Uredba o načinu trgovanja emisijskim jedinicama stakleničkih plinova („Narodne novine“ br. 69/12), Uredba o graničnim vrijednostima sadržaja hlapivih organskih spojeva u određenim bojama i lakovima i proizvodima za završnu obradu vozila („Narodne novine“, br. 94/07), Pravilnik o načinu besplatne dodjele emisijskih jedinica postrojenjima („Narodne novine“ br. 43/12), Pravilnik o praćenju emisija stakleničkih plinova u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 134/12), Pravilnik o dostupnosti podataka o ekonomičnosti potrošnje goriva i emisiji CO₂ novih osobnih automobila („Narodne novine“, br. 120/07), Uredba o određivanju područja i naseljenih područja prema kategorijama kakvoće zraka („Narodne novine“, br. 68/08), Obračunska razina i dopuštena potrošnja za kontrolirane tvari koje oštećuju ozonski sloj, dodatak C, skupina I („Narodne novine“, br. 129/08), Uredba o praćenju emisija stakleničkih plinova, politike i mjera za njihovo smanjenje u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“ br. 87/12), Uredba o graničnim vrijednostima emisija onečišćujućih tvari u zrak iz nepokretnih izvora („Narodne novine“ br. 117/12), Uredba o razinama onečišćujućih tvari u zraku („Narodne novine“, br. 117/12) – Uredba stupa na snagu 1. siječnja 2013. godine, Uredba o emisijskim kvotama za određene onečišćujuće tvari u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“, br. 141/08), Uredba o provedbi fleksibilnih mehanizama Kyotskog protokola („Narodne novine“, br. 142/08), Uredba o emisijskim kvotama stakleničkih plinova i načinu trgovanja emisijskim jedinicama („Narodne novine“, br. 142/08 i 113/10), Odluka o prihvaćanju Nacionalnog plana za provedbu Stockholmske konvencije o postojanim organskim onečišćujućim tvarima („Narodne novine“, br. 145/08), Odluka o prihvaćanju Plana smanjivanja emisija sumporovog dioksida, dušikovih oksida i krutih čestica kod velikih uređaja za loženje i plinskih turbina na području Republike Hrvatske („Narodne novine“, br. 151/08), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2009. godinu („Narodne novine“, br. 05/09), Plan raspodjele emisijskih kvota stakleničkih plinova u Republici Hrvatskoj („Narodne novine“, br. 76/09), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2012. godinu („Narodne novine“ br. 139/11), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2008 godinu („Narodne novine“ br. 120/07), Program mjerenja kakvoće zraka u državnoj mreži za trajno praćenje kakvoće zraka („Narodne novine“ br. 43/02), Program postupnog smanjivanja emisija za određene onečišćujuće tvari u Republici Hrvatskoj za razdoblje do kraja 2010. godine, s projekcijama emisija za razdoblje od 2010. do 2020. godine („Narodne novine“, br. 152/09), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2010. godinu („Narodne novine“, br. 13/10), Odluka o dražbovatelju za obavljanje poslova dražbe emisijskih jedinica i izboru dražbenog sustava („Narodne novine“ br. 124/12), Odluka o prihvaćanju Petog nacionalnog izvješća Republike Hrvatske prema Okvirnoj konvenciji Ujedinjenih naroda o promjeni klime („Narodne novine“, br. 24/10), Program praćenja kakvoće tekućih naftnih goriva za 2011. godinu („Narodne novine“, br. 144/10), Odluka o prihvaćanju Plana smanjivanja emisija sumporovog dioksida, dušikovog

oksida i krutih čestica kod velikih uređaja za loženje i plinskih turbina na području Republike Hrvatske („Narodne novine“ br. 151/08), Odluka o prihvaćanju nacionalnog plana za provedbu Stocholmske konvencije o postojanim organskim onečišćujućim tvarima („Narodne novine“ br. 145/08), Odluka o određivanju godišnje količine tekućih naftnih goriva koja se smije stavljati u promet na domaćem tržištu, a ne udovoljava graničnim vrijednostima i drugim značajkama kakvoće tekućih naftnih goriva („Narodne novine“, br. 06/11), Uredba o kakvoći tekućih naftnih goriva („Narodne novine“, br. 33/11).

2. Sprječavanje zagađenja vode

Zakonodavstvo u upravljanju vodama čine Zakon o vodama, Zakon o financiranju vodnog gospodarstva i Zakon o hrani, te oko 30-ak podzakonskih akata.

Zakon o vodama sadrži institucionalni okvir za aktivnosti upravljanja vodnim resursima, regulira zakonski status vode i vlasništva na vodi; različite načine na koje se upravlja vodom; dodjeljuje nadležnosti različitim razinama vlasti, lokalnoj upravi i pravnim subjektima; te uspostavlja Hrvatske vode kao pravnu osobu za upravljanje vodama. Zakon o vodama sadrži koncept upravljanja vodama na razini slivnog/vodnog područja, pa se područje Hrvatske dijeli u četiri slivna područja, tj. teritorijalne jedinice u vodnogospodarske svrhe. Vodna područja sadrže jedno ili više slivnih područja manjih vodotoka i uključuje površine i podzemne vode. Kao zasebna jedinica određuje se područje grada Zagreba. Zakonom se reguliraju sastavnice gospodarenja vodama i to: zaštita od štetnog djelovanja voda, korištenje voda i zaštita voda. Zakonom je određeno da vodoopskrba za stanovništvo ima prioritet u odnosu na druge vidove korištenja voda. Zakon o vodama predviđa izradu vodnogospodarskih planova upravljanja vodnih područja. Planovi upravljanja trebaju sadržavati potrebe za investicijama za zadovoljenje vodnogospodarskih ciljeva.

Članak 38. Zakona o vodama određuje da kakvoća voda za vodoopskrbu mora odgovarati uvjetima utvrđenim klasifikacijom voda (I vrsta vode) i drugim uvjetima propisanim zakonom i podzakonskim propisom. Ovo se prvenstveno odnosi na kontrolu emisija, odnosno zabranu ispuštanja otpadnih voda. Područje na kojem se nalazi izvor ili drugo ležište vode koja se koristi ili je rezervirana za javnu vodoopskrbu, kao i područje na kojem se za iste potrebe zahvaća voda iz rijeka, jezera, akumulacija i sl. mora biti zaštićeno od slučajnog ili namjernog zagađenja i od drugih utjecaja koji mogu nepovoljno djelovati na zdravstvenu ispravnost voda ili na njenu izdašnost. U tu svrhu zaštita voda provodi se u skladu s odlukom o zaštiti izvorišta kojom se na temelju prethodnih vodoistražnih radova, određuju veličina i granice zona sanitarne zaštite, sanitarni i drugi uvjeti održavanja i druge zaštitne mjere, izvori i način njihova financiranja, te kazne za povredu odredaba ove odluke. Zone sanitarne zaštite utvrđene odlukom o zaštiti izvorišta, kao i prostor rezerviran za zone sanitarne zaštite za koje nije donesena odluka moraju se uvrstiti u dokumente prostornog uređenja područja na kojem se te zone prostiru.

Pravilnik o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće (NN 47/2008) usklađen je s Direktivom o kakvoći vode namijenjenoj za ljudsku uporabu (98/83/EZ). Ovaj Pravilnik predvidio je provedbu Monitoringa izvorišta vode za piće i Monitoringa zdravstvene ispravnosti vode za piće iz razvodne mreže. Razlozi provođenja ovih monitoringa su (između ostalih):

1. spoznaja kakvom sirovom vodom raspolazemo
2. koje tehnološke postupke trebamo primijeniti s ciljem dobivanja zdravstveno ispravne vode na svim mjestima potrošnje
3. spoznaja o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće na mjestu potrošnje.

Kao konačan cilj provođenja monitoringa vidimo u dobivanju stvarnog stanja zdravstvene ispravnosti vode za piće na području cijelog hrvatskog teritorija. Procjenjuje se da je u Hrvatskoj na javnu vodoopskrbu priključeno oko 84,3% stanovništva, dok je na lokalnu vodoopskrbu priključeno oko 5,5% stanovništva. Ostali dio stanovništva opskrbljuje se vodom putem individualne vodoopskrbe (bunari, gusterne, vodotoci, ...). Planom monitoringa kojega je donijelo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi za 2011. g., na prijedlog Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, bilo je obuhvaćeno oko 89% stanovništva (javna i dio lokalne vodoopskrbe).

Razine kontrole zdravstvene ispravnosti vode za piće:

1. Vodovod (Hrvatska grupacija vodovoda i kanalizacije g.i.u.) je primarno odgovoran za zdravstvenu ispravnost isporučene vode samo u javnoj vodoopskrbnoj (više od 50 ljudi ili 10 m³/dan) mreži, a ne i u internim mrežama objekata.
2. Monitoring javne vodoopskrbe provode nadležni Županijski zavodi za javno zdravstvo, a učestalost uzimanja uzoraka ovisi o količini isporučene vode, broju stanovnika i prirodnom sastavu vode.
3. Nadzor Sanitarne inspekcije se provodi po posebnom programu koji je usklađen s Okvirnim programom praćenja čimbenika okoliša prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.
4. Sanitarna inspekcija Ministarstva zdravlja sukladno odredbama Zakona o sanitarnoj inspekciji nadzire svaki javni vodoopskrbni objekt koji opskrbljuje više od 50 000 stanovnika.

Ministarstvo zdravlja je nadležno za vodu za piće iz javne vodoopskrbe, čiju zdravstvenu ispravnost sustavno kontroliraju županijski zavodi za javno zdravstvo, koji rezultate svojih analiza šalju u Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Ove 2011. godine iznose se samo podatci dobiveni iz obveznog monitoringa vode za piće koji se obavlja s točno definiranih lokacija u svim vodoopskrbnim sustavima u Hrvatskoj. Zbog nepostojanja elektroničke baze podataka o zdravstvenoj ispravnosti voda za piće u Hrvatskoj, u koju bi trebali biti uključeni svi županijski zavodi za javno zdravstvo i Hrvatski zavod za javno zdravstvo nemoguće je posebno obraditi podatke za javnu i lokalnu vodoopskrbu. Zbog toga je postotak neodgovarajućih uzoraka u javnoj vodoopskrbi znatno viši nego prethodnih godina budući su u obradu ušli podatci iz lokalne vodoopskrbe. Najočitiiji primjer je vodoopskrba u Krapinsko – zagorskoj i Varaždinskoj županiji u kojim je stanje u javnoj vodoopskrbi odlično, ali se zbog velikog broja lokalnih vodovoda dobiva kriva slika o zdravstvenoj ispravnosti vode. Nadamo se da će se prava slika dobiti nakon uspostave baze podataka koja je nužno potrebna, između ostalog, zbog ispravnog izvještavanja Europske komisije.

Opći podaci: hrvatska o vodoopskrbi u 2011. godini govore da na populaciju od 4.290.612 stanovnika ima 544 vodovoda, 128 javnih vodovoda, broj potrošača 3.617.169 a njih 84,3% je priključeno na javnu vodoopskrbu. Broj lokalnih vodovoda je 405, sa brojem potrošača 220.773, što čini 5,1% priključenosti na lokalnu vodoopskrbu.

Planom provedbe ovog Monitoringa za 2011. godinu bilo je predviđeno na cijelom teritoriju Hrvatske uzeti 1.360 uzorka. Bilo je predviđeno uzimanje 428 kompletnih C analiza i 932 B analiza sirove vode s crpilišta. Ovaj plan ispunjen s ocjenom vrlo dobar budući je uzeto nešto više od 62% uzoraka od planiranog. To je s obzirom na prošlu godinu poboljšanje kada je Monitoring izvorišta vode za piće ispunjen s manje od 60% uzetih uzoraka. U Bjelovarsko –

bilogorskoj županiji i gradu Zagrebu nije uzet niti jedan uzorak vode iz izvorišta za vodoopskrbu što ih svrstava u županije s lošim ispunjenjem planiranog Monitoringa. Od ukupno uzetih 850 uzorka nešto iznad 56% nisu odgovarali zbog jednog ili više pokazatelja po Pravilniku o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće. Postotak neodgovarajućih uzoraka seza od 0% u Međimurskoj županiji do 100% u Brodsko – posavskoj županiji. Najčešći razlog neodgovaranju bilo je mikrobiološko onečišćenje sirove vode. U dvije županije mikrobiološko onečišćenje je bilo jedini razlog neodgovaranja odredbama Pravilnika. Onečišćenje sirove vode u fizikalno - kemijskom pogledu razlikovalo se od regije do regije. Povišena mutnoća u osam županija, amonijak u tri županije, mangan u pet županija, željezo u tri, a nitrati u dvije županije bili su razlog neodgovaranja odredbama Pravilnika. Ove vrijednosti zabilježene su uglavnom u kontinentalnim županijama s iznimkom Dubrovačko – neretvanske i Istarske županije u kojima je nađena i povišena količina aluminija. Povišen sadržaj arsena zabilježen je u Osječkobaranjskoj županiji. Posljedice zasljanjanja sirovih voda, povišene količine natrija, kalija, klorida i sulfata, zabilježene su u Dubrovačko – neretvanskoj i Zadarskoj županiji. Svi ostali ispitivani pokazatelji bili su ispod MDKvrijednosti propisanih Pravilnikom o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće. Provedbu Monitoringa izvorišta vode za piće uglavnom su poštivali svi veći vodoopskrbni sustavi. Ovo se ne bi moglo reći za manje sustave i pogotovo za lokalne vodovode koji ne poštuju kako odredbe Pravilnika o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće, a koji je podzakonski akt Zakona o hrani, tako ni odredbe Zakona o vodama. U isto vrijeme prodaju vodu za piće neprovjerene zdravstvene ispravnosti.

Planom za obavljanje ovog Monitoringa za 2011. godinu bilo je predviđeno na cijelom teritoriju Hrvatske uzeti 29.766 uzorka. Od ovog broja oko 80% odnosilo se na osnovnu A analizu. Bilo je predviđeno uzimanje 25.765 A analiza i 4.001 proširenih B analiza prerađene vode za piće. Ovaj plan je ispunjen s ocjenom DOBAR budući da je u 2011. godini uzeto 11.382 uzorka što je nešto manje od 38,2% uzoraka od planiranog. Broj obrađenih uzoraka veći je nego u 2010. godini. Provedba ovog monitoringa obavljena je različito od županije do županije. Tako npr. u Vukovarsko – srijemskoj županiji uzeto je manje od 1% predviđenih uzoraka što je svrstava u županiju s LOŠOM provedbom planiranog Monitoringa. Temeljni razlog neuzimanja uzoraka bio je neosiguravanje financijskih sredstava od strane županije koja je po Pravilniku o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće po čl. 8. to bila dužna osigurati. Za razliku, u Istarskoj županiji uzeto je više uzoraka nego što je bilo u Planu. Nešto iznad 13,5% uzoraka nije odgovaralo zbog jednog ili više pokazatelja po Pravilniku. Ovaj broj je nešto veći nego 2010. godine. Postotak neodgovarajućih uzoraka bio je najveći u Krapinsko - zagorskoj županiji (oko 57%). Ovaj visoki postotak u

Krapinsko - zagorskoj županiji rezultat je prije svega velikog broja lokalnih vodovoda bez bilo kakve prerade. Procjenjujemo da bi postotak neodgovarajućih uzoraka bio znatno ispod 10% da je obrađena samo javna, bez lokalne vodoopskrbe. Najčešći razlog neodgovaranja bilo je mikrobiološko onečišćenje vode za piće i to najčešće povišenim brojem aerobnih bakterija na 22 i 37 oC. U deset županija niti jedan od fizikalno kemijskih pokazatelja nije prelazio MDK – vrijednosti iz Pravilnika. Onečišćenje vode za piće iz razvodne mreže u fizikalno - kemijskom pogledu razlikovalo se od regije do regije. Uglavnom se radilo o onečišćenju povišenom mutnoćom, amonijakom, nitratima, željezom, manganom koji su sporadično bili iznad MDKvrijednosti po Pravilniku. Ove vrijednosti zabilježene su uglavnom u kontinentalnim županijama. Povišen sadržaj arsena zabilježen je u Osječko - baranjskoj i Vukovarsko – srijemskoj županiji. Posljedice zasljanjanja sirovih voda, povišene količine natrija, kalija, klorida i sulfata, zabilježene su u Dubrovačko – neretvanskoj i Zadarskoj županiji. Svi ostali ispitivani pokazatelji bili su ispod propisanih MDK-vrijednosti po Pravilniku o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće.

Monitoring izvorišta vode za piće i Monitoring vode za piće iz razvodne mreže provode se od 2009. godine, a provedba se razlikuje od županije do županije. Zakonodavno je jasno tko financira provedbu monitoringa: tvrtke koje obavljaju djelatnost vodoopskrbe (monitoring izvorišta vode za piće – Zakon o hrani kroz pravilnik o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće i Zakon o vodama) i županije s gradom Zagrebom (monitoring vode za piće iz razvodne mreže - Zakon o hrani kroz Pravilnik o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće), međutim oni svoje obveze ispunjavaju različito. Mišljenja smo da zakonodavac (Ministarstvo zdravlja) treba za neprovođenje monitoringa poduzeti adekvatne mjere, pa ako treba i mjere prisile putem obavještanja javnosti o neučinkovitosti provedbe zakonski propisanih monitoringa. Niti u kojem slučaju vodoopskrbne tvrtke ne mogu same provoditi monitoring u vlastitim laboratorijima bez obzira na opremljenost već ga moraju provoditi nezavisni i od Ministarstva zdravlja ovlašteni laboratoriji Zavoda za javno zdravstvo (čl. 97 - 100 Zakona o zdravstvenoj zaštiti). Također, vodoopskrbne tvrtke ne smiju financirati provedbu monitoringa vode za piće iz razvodne mreže već to može samo državno tijelo, a prema Pravilniku o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće to je nadležna županija. Ukoliko se ne postupi na zakonski predviđen način dolazi do očitog sukoba interesa. Obveza uspostavljanja baze podataka o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće je neupitna i to ne samo zbog obveze izvješćivanja Europske komisije o zdravstvenoj ispravnosti vode za piće već i za upotrebu, dostupnih podataka, pod određenim uvjetima, različitim državnim tijelima (ministarstva, Hrvatske vode, Agencija za zaštitu okoliša, Hrvatski hidrometeorološki zavod, Hrvatski geološki institut, sveučilišta,...).

Voda za rekreacijske potrebe

Mreža zavoda za javno zdravstvo također prati zdravstvenu ispravnost rekreacijskih voda u bazenima, ali primjenom nejedinstvene, nestandardizirane metodologije, što ima za posljedicu da laboratorijski rezultati županijskih zavoda nisu uvijek međusobno usporedivi, niti se sustavno prikupljaju na nacionalnoj razini. Rezultati ispitivanja kakvoće mora na plažama pokazuju da je naše more visoke kakvoće, jer više od 98.5% ukupno analiziranih uzoraka ispunjava stroge kriterije koje propisuje Uredba.

3. Sprječavanje zagađenja tla

Iako prema Zakonu o zaštiti okoliša („Narodne novine“, br. 110/07) „Tlo je neobnovljivo dobro i mora se koristiti održivo uz očuvanje njegovih funkcija. Nepovoljni učinci na tlo moraju se izbjegavati u najvećoj mogućoj mjeri (Članak 10), te prema članku 20:

- 1) Zaštita tla obuhvaća očuvanje zdravlja i funkcija tla, sprječavanje oštećenja tla, praćenje stanja i promjena kakvoća tla te saniranje i obnavljanje oštećenih tala i lokacija, te se
- 2) Onečišćenje odnosno oštećenje tla smatra se štetnim utjecajem na okoliš, a utvrđivanje prihvatljivih graničnih vrijednosti kakvoće tla provodi se na temelju posebnih propisa.

U Hrvatskoj nema sustavnog, nacionalnog praćenja onečišćenja tla. Još uvijek se uglavnom provode pojedinačna i nekoordinirana praćenja stanja tla kroz projekte (npr. Pilot projekt motrenja šumskih tala, Pilot projekt motrenja onečišćenih tala), što je nedovoljno za potrebe sustavnoga praćenja stanja i promjena u tlu. Usporedno sa provedbom Projekta „Izrada

programa trajnog motrenja tala Hrvatske s pilot projektom“, Agencija za zaštitu okoliša pokrenula je I fazu uspostave Hrvatskog informacijskog sustava za tlo (HIST), tijekom koje je izrađena prostorno-vremenska georeferencirana informatička baza podataka o tlima. Osim osnovne baze koja će sadržavati dostupne postojeće pedološke podatke proizašle pretežno iz znanstveno-istraživačkih projekata i studija, izrađeno je i Internet sučelje koje omogućuje unos i obradu podataka trajnog motrenja tala.

Izrada Programa trajnog motrenja tla (PTMT) kao polaznog dokumenta za osiguranje prikupljanja podataka o stanju tla na harmoniziran način. Programom trajnog motrenja tla definirat će se parametri potrebni za uspostavu Sustava trajnog motrenja poljoprivrednih i šumskih tala, te onečišćenih područja.

Jednom ustanovljen Sustav trajnog motrenja tala s precizno utvrđenim smještajem postaja i standardiziranim metodama za prikupljanje i analizu uzoraka, predstavljat će izvor podataka za praćenje stanja tla u sklopu Hrvatskog informacijskog sustava za tlo (HIST) kao dijela Informacijskoga sustava zaštite okoliša (ISZO) ključnog Vladinog instrumenta za donošenje praksi održivoga razvoja tla i optimalnih poljoprivrednih sustava, te praćenje zakonodavstva i razvijanje strategija i politika zaštite okoliša na nacionalnoj razini, sa sjedištem u Agenciji za zaštitu okoliša.

Projekt je podloga za Pravilnik i sam Program trajnog motrenja tala, kao polaznih dokumenata za osiguranje prikupljanja podataka o stanju tla na harmoniziran način, uzimajući u obzir specifične agro-ekološke uvijete u Hrvatskoj, preporuke EU i iskustva zemalja članica.

Program trajnog motrenja tala će sadržavati:

- Listu podataka i atributa koji će se pratiti na postajama i točkama trajnog motrenja,
- Listu metoda i standarda za prikupljanje, analizu, obradu i prikaz podataka,
- Definiranje obuhvatnosti i vremenske dinamike prikupljanja, obrade i prikaza podataka,
- Preporuke lokacija za smještaj postaja i točaka za trajno motrenje (poljoprivrednih, šumskih, te potencijalno onečišćenih i onečišćenih tala) na teritoriju RH,
- Prijedlog financijske konstrukcije za razvijanje i održavanje

Prema raspoloživim podacima, zabilježeno je 1 056 potencijalno onečišćenih lokacija, a za 69 lokacija onečišćenje je potvrđeno. Broj potencijalno onečišćenih lokaliteta vjerojatno je i veći, te je potreba točnoga utvrđivanja toga podatka važna za Republiku Hrvatsku. Tlo je najzapostavljeniji resurs, čemu je pridonijelo i nepostojanje cjelovite politike zaštite tla u Republici Hrvatskoj.

Zaslanjivanje je proces akumulacije topivih soli (Na, Ca, Cl i dr.) koji može negativno utjecati na plodnost tla. Također omogućuje povećanje biopristupačnosti metala u tlu, naročito kadmija i time olakšano uključivanje ovoga toksičnoga metala u hranidbeni lanac. Najviše zaslanjenih tala ima u dolini Neretve, na području Vranskog bazena, te u donjem toku rijeke Mirne i Raše u Istri. Zaslanjivanje tala u ovim predjelima uglavnom je povezano s prodorom morske vode u zaobalje te njenim korištenjem za navodnjavanje. Korištenje zaslanjene vode rezultira smanjenjem prinosa uzgajanih kultura te degradacijom zemljišta. Problem zaslanjivanja treba sustavno rješavati, a kao moguća rješenja proučavaju se dovođenja dovoljne količine svježe vode i izgradnja pokretnih pregrada koje sprječavaju prodor morske vode u zaobalje.

B) zaštita od onečišćenja radioaktivnim tvarima

Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost je osnovan 2010. temeljem Zakona o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti („Narodne novine“, br. 28/10) kao tijelo državne uprave zaduženo za poslove radiološke i nuklearne sigurnosti u Hrvatskoj, preuzevši tako poslove dotadašnjeg Državnog zavoda za zaštitu od zračenja i Državnog zavoda za nuklearnu sigurnost.

Područje djelovanja Zavoda obuhvaća nadzor i praćenje svih djelatnosti s izvorima ionizirajućeg zračenja, zaštita od ionizirajućeg zračenja, nuklearne djelatnosti, nuklearnu sigurnost, sustavno ispitivanje i praćenje vrste i aktivnosti radioaktivnih tvari u zraku, tlu, moru, rijekama, jezerima, podzemnim vodama, krutim i tekućim oborinama, vodi za piće, hrani i predmetima opće uporabe, stambenim i radnim prostorijama, praćenje opterećenja okoliša i posljedica opterećenja okoliša zbog rada nuklearnog objekta, nadzor nad zbrinjavanjem radioaktivnog otpada i istrošenog nuklearnog goriva, te izradu plana i programa mjera zaštite u slučaju izvanrednog događaja. Svake dvije godine, a po potrebi i češće, zavod podnosi Vladi Republike Hrvatske izvješće o zaštiti od ionizirajućeg zračenja i nuklearnoj sigurnosti za prethodno razdoblje. Odjel za zaštitu od zračenja Sanitarne inspekcije MIZ-a obavlja upravno-pravne i stručne poslove te inspekcijske poslove sanitarnog nadzora nad izvorima ionizirajućih i neionizirajućih zračenja.

Važna aktivnost Zavoda je informiranje javnosti koji se sastoji u edukaciji javnosti, te informiranju javnosti tijekom same nuklearne nesreće.

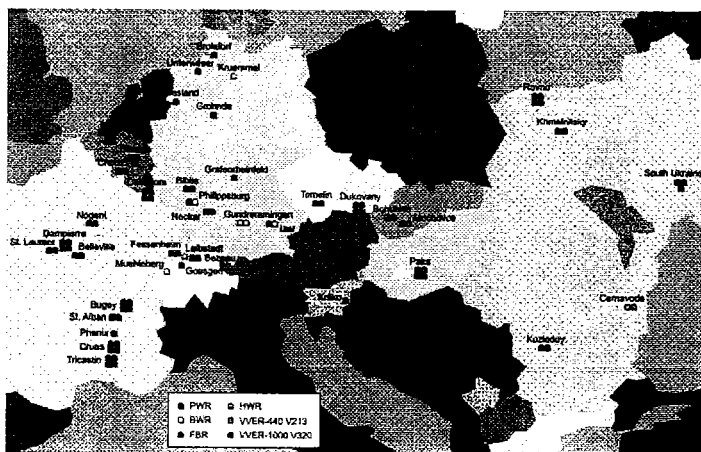
Stanovništvo koje živi u područjima povećanog rizika redovito se podučava o sustavu odgovora na nuklearnu nesreću, kao i o mjerama i aktivnostima koje je potrebno poduzeti u slučaju nuklearne nesreće. U suradnji sa Državnom upravom za zaštitu i spašavanje (DUZS), Zavod organizira specifičnu edukaciju javnosti kroz organizaciju javnih seminara u srednjim školama i zgradama lokalne samouprave u područjima povišenog rizika. Važnu ulogu imaju radionice koje se periodično organiziraju za različitu populaciju (DZNS osoblje Tehničkog potpornog centra - TPC, osoblje civilne zaštite, te specifične ciljne javne skupine kao npr. stručnjaci, mediji, opća javnost itd.). Također se periodično organiziraju i vježbe s ciljem da se obuču osoblje Službe 112, TPC i Kriznog stožera DUZ, te unaprijedi njihova međusobna komunikacija i koordinacija. Također, Zavod je aktivno uključen i u međunarodne vježbe u organizaciji Međunarodne agencije za atomsku energiju (CONVEX) i Europske komisije (ECURIE).

Nuklearni materijali podliježu sustavu kontrole prema Pravilniku o kontroli nuklearnog materijala i posebne opreme („Narodne novine“, br. 15/08). Prilozi navedenog Pravilnika sadrže popis i kategorizaciju nuklearnih materijala. Obzirom na ukupnu količinu nuklearnih materijala, sustav kontrole i mjere zaštite primjenjuju se kako slijedi:

- klasa I. - puni sustav kontrole i mjere zaštite;
- klasa II. - ograničeni sustav kontrole i mjere zaštite;
- klasa III. - ne primjenjuje se sustav kontrole i mjere zaštite.

Na udaljenosti do 1.000 km od teritorija Republike Hrvatske, odnosno od njenih najvećih populacijskih centara (Zagreb, Osijek, Split i Rijeka) u pogonu se nalazi 40 nuklearnih elektrana. Na lokacijama tih nuklearnih elektrana smješteno je 89 energetske reaktora (1 do 4 reaktorske jedinice po elektrani), koji se razlikuju po snazi, životnoj dobi i tehnologiji (Slika 1).

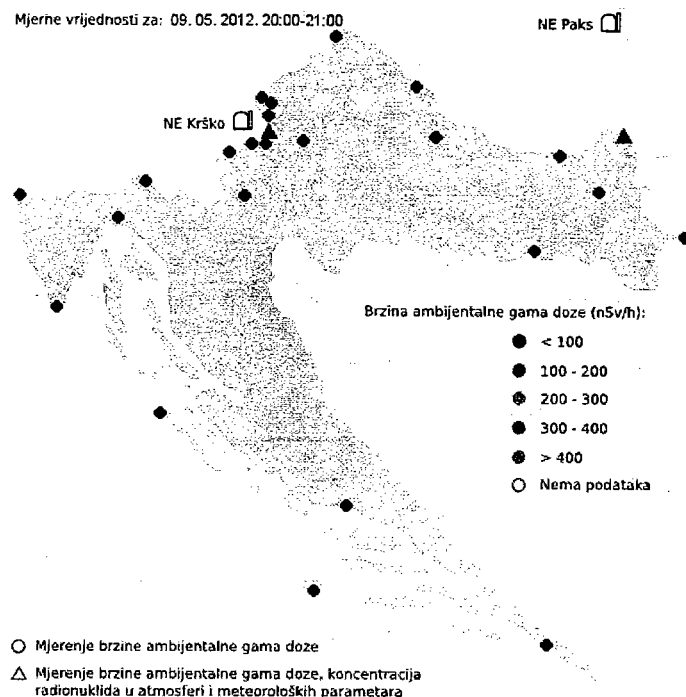
Slika 1. Raspored nuklearnih elektrana na udaljenosti do 1000 km od teritorija Hrvatske.



Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost upravlja Sustavom pravodobnog upozoravanja na nuklearnu nesreću (SPUNN). SPUNN predstavlja važnu komponentu nacionalnog sustava pripravnosti za nuklearnu nesreću. On omogućuje alarmiranje u slučaju povišenja razine radioaktivnosti u okolišu, te osigurava ulazne podatke za procjenu doza za stanovništvo. U slučaju nesreće, glavni korisnici SPUNN-a biti će članovi Kriznog stožera Državnog zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost. SPUNN se sastoji od 25 mjernih postaja i centralne jedinice u kojoj se rezultati mjerenja prikupljaju, analiziraju i pohranjuju. Svaka postaja kontinuirano prati brzinu ambijentalne gama doze. Na dvije postaje se dodatno mjere i koncentracije radionuklida u atmosferi, te određeni meteorološki parametri. Mjerni podaci se šalju u centralnu jedinicu odmah po isteku svakog mjernog ciklusa. Ako se detektiraju povišene vrijednosti, automatski se alarmira dežurni djelatnik Zavoda, koji utvrđuje razloge odstupanja. Prikaz smještaja svih mjernih postaja SPUNN-a i njihovi podaci u realnom vremenu dostupan je javnosti putem interneta, pri čemu boja oznake pojedine postaje upućuje na prosječnu vrijednost brzine gama doze za posljednji dostupni jednosatni mjerni interval (http://www.dzns.hr/aktivnosti/pripravnost/pravodobno_upozoravanje)

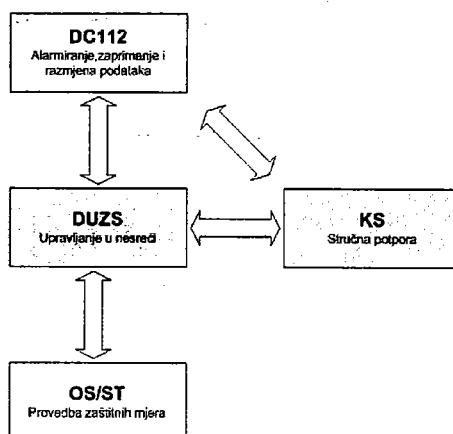
Svi mjerni podaci prikupljeni SPUNN-om kontinuirano se šalju u sustav Europske komisije pod nazivom EURDEP. EURDEP je sustav za razmjenu radioloških mjernih podataka u kojemu participira najveći broj europskih zemalja. Neovisno o EURDEP-u, radiološki mjerni podaci se razmjenjuju sa Slovenijom i Mađarskom temeljem bilateralnih sporazuma o suradnji na području pripravnosti za nuklearnu nesreću.

Slika 2. Prikaz mjernih postaja razine radioaktivnosti u okolišu, čijim klikom se dobiva opis postaje i tablične vrijednosti podataka u realnom vremenu.



Nacionalni sustav pripravnosti za slučaj nuklearnih i radioloških nezgoda i nesreća temelji se na Zakonu o radiološkoj i nuklearnoj sigurnosti („Narodne novine“, br. 28/10) i Državnom planu i programu mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja te intervencija u slučaju izvanrednog događaja (NN 49/08). Glavni sudionici sustava pripravnosti za slučaj nuklearne nesreće su Državni centar 112 (DC112), Krizni stožer Državnog zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost (KS), Državnu upravu za zaštitu i spašavanje (DUZS) i Operativne snage i specijalne timove (OS/ST) (slika 3).

Slika 3. Glavni sudionici sustava pripravnosti za slučaj nuklearne nesreće



Za upravljanje u nuklearnoj nesreći zadužena je Državna uprava za zaštitu i spašavanje. U toj se instituciji donose odluke o primjeni zaštitnih mjera te se organizira i nadzire njihova provedba.

Državni centar 112 je operativan 24 sata dnevno, pa se putem tog centra prikupljaju inicijalne informacije o nesreći i obavlja aktiviranje sustava pripravnosti. U kasnijim fazama nesreće DC112 zaprima i prosljeđuje podatke koji pristižu od različitih međunarodnih i domaćih institucija, organizacija i pojedinaca.

Krizni stožer Državnog zavoda za radiološku i nuklearnu sigurnost predstavlja vodeće potporno tijelo za slučaj nuklearne nesreće. Njegova osnovna zadaća je prikupiti i distribuirati potrebne informacije, pripremiti stručne podloge neophodne u postupku donošenja odluka o poduzimanju zaštitnih mjera te pravovremeno i točno informirati javnosti.

Poduzimanje zaštitnih mjera u nadležnosti je operativnih snaga i specijalnih timova. Operativne snage se sastoje od profesionalnih postrojbi tijela državne uprave i lokalne samouprave, vatrogastva, civilne zaštite i specijaliziranih tvrtki. Specijalni timovi su posebno uvježbani i opremljeni timovi koji su u mogućnosti obavljati zadatke kao što su dekontaminacija, sanacija oštećenja ili uspostava radiološkog monitoringa.

Međunarodne konvencije i sporazumi

Zakon o potvrđivanju zajedničke konvencije o sigurnosti zbrinjavanja istrošenog goriva i sigurnosti zbrinjavanja radioaktivnog otpada („Narodne novine“, br. 03/99); Zakon o potvrđivanju Sporazuma između Europske zajednice za atomsku energiju (Euroatom) i država nečlanica Europske unije o sudjelovanju potonjih u sustavu Zajednice za ranu razmjenu informacija u slučaju radiološke opasnosti (ECURIE) („Narodne novine“, br. 08/07); Konvencija o nuklearnoj sigurnosti („Narodne novine“, br. 13/95); Konvencija o ranom izvješćivanju o nuklearnoj nesreći („Narodne novine“, br. 01/06); Konvencija o pomoći u slučaju nuklearne nesreće ili radiološke opasnosti („Narodne novine“, br. 01/06); Sporazum između Republike Hrvatske i Republike Slovenije o pravodobnoj razmjeni informacija u slučaju radiološke opasnosti („Narodne novine“, br. 09/98); Ispravak Sporazuma između Republike Hrvatske i Republike Slovenije o pravodobnoj razmjeni informacija u slučaju radiološke opasnosti („Narodne novine“, br. 03/00); Sporazum između Vlade Republike Hrvatske i Vlade Republike Mađarske o pravodobnoj razmjeni informacija u slučaju radiološke opasnosti („Narodne novine“, br. 11/99). Granice doza za stanovništvo (1 mSv) i profesionalnu izloženost (100 mSv u pet godina s time da ni u jednoj godini doza ne smije preći 50 mSv) regulirane su Pravilnikom o granicama izlaganja ionizirajućem zračenju te o uvjetima izlaganja u posebnim okolnostima i za provedbe intervencija u izvanrednom događaju („Narodne novine“, br. 125/06). Ovim pravilnikom date su i granice doza za izvanredni događaj (havarija u NE). Zaštita na radnim mjestima pa tako i od kontaminacije regulirana je Pravilnikom o uvjetima i mjerama zaštite od ionizirajućeg zračenja za obavljanje djelatnosti s radioaktivnim izvorima („Narodne novine“, br. 125/06), Pravilnikom o načinu, opsegu i rokovima mjerenja osobnog ozračenja izloženih radnika i osoba izloženih medicinskom ozračenju, pregledu izvora ionizirajućeg zračenja i uvjeta rada te mjerenja propisanih elemenata i provjere kvalitete, provjeri ispravnosti osobnih zaštitnih sredstava i opreme, provjeri ispravnosti mjernih instrumenata, mjerama osiguranja kvalitete, provjeri radioaktivnog onečišćenja osoba, predmeta, okoliša, prostorija i zraka u prostorijama u kojima se obavljaju djelatnosti ili su smješteni radioaktivni izvori te sadržaju izvješća o nadzoru i mjerenjima, postupku izvješćivanja te obvezi vođenja evidencija, sadržaju, načinu vođenja i rokovima čuvanja („Narodne novine“, br. 127/07), Pravilnikom o uvjetima, načinu, mjestima te rokovima sustavnog ispitivanja i praćenja vrste i aktivnosti radioaktivnih tvari u zraku, tlu,

moru, rijekama, jezerima podzemnim vodama, krutim i tekućim oborinama, vodi za piće, hrani, predmetima opće uporabe te stambenim i radnim prostorijama („Narodne novine“, br. 60/08), Uredbom o uvjetima te načinu zbrinjavanja radioaktivnog otpada, iskorištenih zatvorenih radioaktivnih izvora i izvora ionizirajućeg zračenja koji se ne namjeravaju dalje koristiti („Narodne novine“, br. 44/08).

Mjere zaštite u slučaju izvanrednog događaja reguliraju se Državnim planom i programom mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja te intervencija u slučaju izvanrednog događaja koji je donijela Vlada RH („Narodne novine“, br. 49/08). Svi dokumenti usklađeni su s Preporukama IAEA.

C) Zaštita od zagađenja bukom

Unatoč postojećem Zakonu o zaštiti od buke („Narodne novine“, br. 30/09) i odgovarajućim podzakonskim propisima, u Hrvatskoj još uvijek nije uspostavljen kontinuiran sustav praćenja razine buke u okolišu, kao niti procjena utjecaja buke na zdravlje izloženog stanovništva. Postojeće aktivnosti sanitarne inspekcije, kao sastavnog djela Ministarstva zdravstva koji je nadležan za zaštitu stanovništva od buke, sastoje se u mjerenju buke radi potvrde o ispunjenju minimalnih tehničkih uvjeta za određene objekte, kao i mjerenje intenziteta buke u slučaju pojedinačnih žalbi građana koji kao najčešći razlog buke prijavljuju promet i ugostiteljske objekte. Prema zakonskim propisima koji uređuju djelatnost za zaštitu ljudi od buke, gradovi s više od 100 000 stanovnika te vlasnici i koncesionari industrijskih područja, glavnih cesta, željezničkih pruga i zračnih luka obvezni su izraditi stratešku kartu buke, koja je namijenjena cjelovitom ocjenjivanju izloženosti stanovništva buci iz različitih izvora. Obzirom na opisano, nužno je uvođenje sustavnog nadzora nad bukom, procjena utjecaja buke na zdravlje ljudi, te predlaganje i provođenje mjera za smanjenje buke do propisima predviđenih razina. U tom smislu, u tijeku je provođenje dvogodišnjeg IPA projekta čiji je cilj izrada strategije i akcijskog plana o zaštiti od buke.

Postojeći podzakonski propisi koji, uz Zakon o zaštiti od buke („Narodne novine“, br. 30/09), reguliraju zaštitu od zagađenja bukom: Zakon o zaštiti od buke („Narodne novine“, br. 20/03), Pravilnik o najvišim dopuštenim razinama buke u sredini u kojoj ljudi rade i borave („Narodne novine“, br. 145/04), Pravilnik o načinu izrade i sadržaju karata buke i akcijskih planova („Narodne novine“, br. 05/07), Pravilnik o djelatnostima za koje je potrebno utvrditi provedbu mjera za zaštitu od buke („Narodne novine“, br. 91/07), Pravilnik o zaštiti radnika od izloženosti buci na radu („Narodne novine“, br. 46/08), Pravilnik o uvjetima glede prostora, opreme i zaposlenika pravnih osoba koje obavljaju stručne poslove zaštite od buke („Narodne novine“, br. 91/07).

D) Inspekcija higijene hrane i sigurnost hrane

Tijekom 2007. godine Hrvatski državni sabor usvojio je legislativu iz područja sigurnosti hrane koja je u potpunosti usuglašena s Uredbom EC 178/02 “General Food Law” i Uredbama “higijenskog paketa” EC.

Uredbom o higijeni namirnica 852/2004 postavljena su opća pravila higijene u proizvodnji svih namirnica, obveze proizvođača (svih subjekata koji posluju s hranom - od primarne proizvodnje do distribucije), te smjernice za dobru proizvođačku praksu. Posebno je naglašen sustav samokontrole (HACCP) i odgovornosti svih sudionika u lancu proizvodnje hrane koji moraju osigurati zdravstvenu ispravnost hrane. Budući da su namirnice životinjskog podrijetla

povezane sa specifičnim opasnostima (mikrobiološke, kemijske, fizikalne), propisana su i posebna pravila higijene u tom sektoru Uredbom EC 853/2004, kojima su, između ostalog, obuhvaćena opća načela prijevoza životinja u klaonicu, zahtjevi za klaonice i rasjekavaonice u smislu izgradnje, uređenja i opreme, higijenske mjere u proizvodnji namirnica životinjskog podrijetla, načela higijene tijekom klanja, rasijecanja i otkoštavanja, prisilno klanje, te uvjeti skladištenja i prijevoza mesa.

Vezano uz specifične rizike u proizvodnji mesa i mesnih proizvoda, Uredbom EC 854/2004 definirana su pravila službenih veterinarskih kontrola koje obuhvaćaju provjeru podataka o prehrambenom lancu (engl. Food Chain Information, FCI), pregled životinja prije klanja, provjeru provođenja propisa o dobrobiti životinja, pregled nakon klanja, nadzor nad rizičnim materijalom i nusproizvodima klanja, te laboratorijske analize.

Pored Uredbe EC 854/2004 koja se odnosi na službene kontrole animalnih namirnica, Uredbom 882/2004 obuhvaćene su i službene kontrole koje se provode radi verifikacije provođenja Zakona o hrani i hrani za životinje, te propisa o zdravlju i dobrobiti životinja. Uredba se odnosi na način organizacije službenih kontrola, nadležnih tijela, ustroj laboratorija, uzorkovanje te mjere u kriznim situacijama.

Do harmonizacije zakonodavstva se došlo kroz predpristupni proces pridruživanja RH Europskoj uniji, a isti se odvijao u poglavlju 12. Sigurnost hrane. Proces se sastojao od pregleda legislative, bilateralnih pregovora i konačno od harmonizacije zakonodavstva na području sigurnosti hrane.

Prema Zakonu o hrani („Narodne novine“, br. 46/07) nadležno tijelo u sigurnosti hrane je Ministarstvo poljoprivrede, šumarstva i vodnog gospodarstva kao nadležno tijelo koje provodi upravljanje rizikom. Hrvatska agencija za hranu provodi procjenu i dio komunikacije rizikom. Zakon o hrani uređuje temelj za osiguranje visoke razine zaštite zdravlja ljudi i interesa potrošača u vezi s hranom, uzimajući u obzir posebice razlike u opskrbi hranom, uključujući tradicionalne proizvode, pritom osiguravajući učinkovito funkcioniranje tržišta. Zakon utvrđuje osnovna načela i odgovornosti, utvrđuje znanstvenu osnovu, učinkovite organizacijske strukture i postupke koji podupiru donošenje odluka u vezi sa zdravstvenom ispravnosću hrane i hrane za životinje. Zakonom o hrani uređuje se: područje primjene i definicije, opće odredbe propisa o hrani, Hrvatska agencija za hranu, sustav brzog uzbunjivanja, hitne mjere i upravljanje krizom, higijena hrane, higijena hrane za životinje, službena kontrola, nova hrana, genetski modificirana hrana i genetski modificirana hrana za životinje, kakvoća hrane i hrane za životinje, oznake tradicionalnog ugleda hrane, izvornosti i zemljopisnog podrijetla hrane, te ovlasti i odgovornosti nadležnog tijela. Zakon se primjenjuje na sve faze proizvodnje, prerade i distribucije hrane i hrane za životinje, osim na primarnu proizvodnju namijenjenu za osobnu uporabu u kućanstvu ili pripremu, rukovanje i skladištenje hrane u kućanstvu namijenjene za osobnu potrošnju u kućanstvu. Tijela nadležna za provođenje inspekcije jesu Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvitka, Ministarstvo zdravlja i Državni inspektorat.

Službenu kontrolu zdravstvene ispravnosti i higijene hrane provodi:

a) na razini primarne proizvodnje i pripadajućih djelatnosti:

- hrane životinjskog podrijetla: veterinarska inspekcija;
- hrane biljnog podrijetla: poljoprivredna inspekcija.

b) na razini proizvodnje i prerade:

- hrane životinjskog podrijetla: veterinarska inspekcija;
- hrane neživotinjskog podrijetla: sanitarna inspekcija;
- hrane koja sadrži sastojke životinjskog i neživotinjskog podrijetla, veterinarska ili sanitarna inspekcija sukladno provedbenom propisu koji donosi čelnik nadležnog tijela.

c) na razini maloprodaje, sanitarna inspekcija, osim u objektima odobrenim od strane nadležnog tijela gdje službenu kontrolu provodi veterinarska inspekcija.

d) pri uvozu:

- hrane životinjskog podrijetla, granična veterinarska inspekcija;
- hrane neživotinjskog podrijetla, granična sanitarna inspekcija;
- hrane koja sadrži sastojke životinjskog i neživotinjskog podrijetla, granična veterinarska ili granična sanitarna inspekcija sukladno provedbenom propisu koji donosi čelnik nadležnog tijela.

Na lokalnom nivou nadzor nad provođenjem propisa provode 21 Županijski ured (20 županijskih ureda i Ured grada Zagreba) s više od 800 veterinarskih inspektora i više od 200 sanitarnih inspektora. U sustavu također djeluju i Granična veterinarska i Granična sanitarna inspekcija koje provode kontrolu pošiljaka hrane pri uvozu.

Mreža laboratorija koji provode analize hrane organizirana je oko dvije organizacije Hrvatskog veterinarskog instituta i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, a ukupno je od strane Ministarstva zdravstva ovlašteno 30 laboratorija. Ukupno se u navedenim laboratorijima pregleda cca 50 000 uzoraka hrane godišnje, a rezultati laboratorijskih analiza se redovito objavljuju u Hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu, drugim publikacijama i na web stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatske agencije za hranu.

Županijski zavodi za javno zdravstvo šalju zbirna analitička izvješća o mikrobiološkoj i kemijskoj ispravnosti namirnica u Hrvatski zavod za javno zdravstvo, koji i sam provodi analize zdravstvene ispravnosti hrane domaćeg podrijetla i iz uvoza. Rezultati provedenih mikrobioloških analiza uzoraka namirnica u Hrvatskoj za razdoblje 1997 -2010. navedeni su u tablici 2.

Tablica 71. Broj ukupno mikrobiološki ispitanih namirnica, te broj i postotak neispravnih uzoraka u Hrvatskoj za razdoblje 1997- 2011.

Godina	DOMAĆA PROIZVODNJA			UVOZ			SVEUKUPNO		
	Ukupno	Ne odgovara	%	Ukupno	Ne odgovara	%	Ukupno	Ne odgovara	%
1997	33.624	3.113	9,3	12.402	314	2,5	46.026	3.427	7,4
1998	34.389	3.669	10,7	11.136	296	2,7	45.525	3.965	8,7
1999	35.405	2.830	8,0	11.417	186	1,6	46.822	3.260	7,0
2000	35.241	2.543	7,2	8.614	706	8,2	43.855	3.249	7,4
2001	39.453	3.501	8,9	10.936	884	8,1	50.389	4.385	8,7
2002	33.624	3.113	9,3	12.790	339	2,6	47.454	3.156	6,6

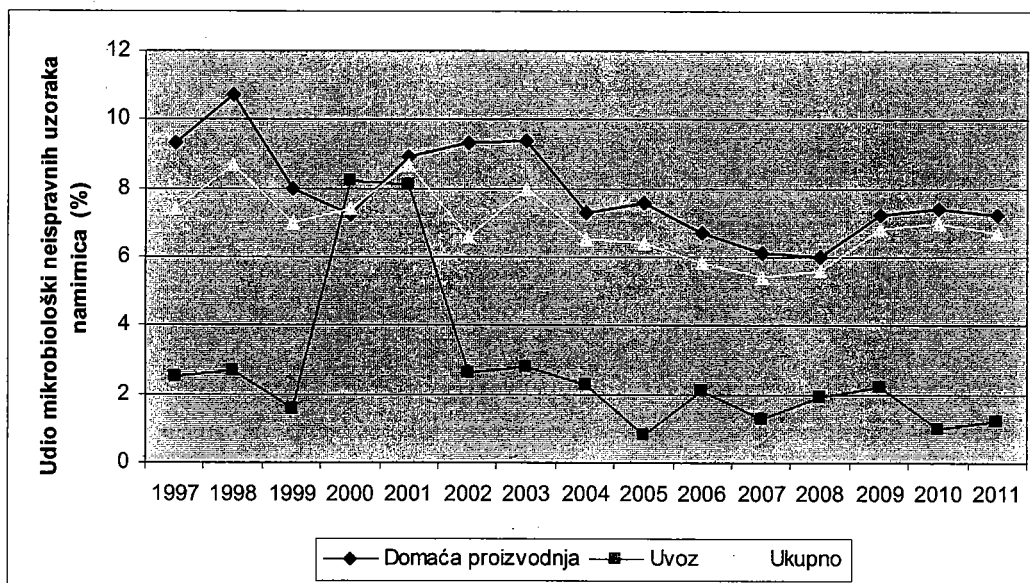
2003	37.656	3.558	9,4	10.265	290	2,8	47.921	3.848	8,0
2004	37.919	2.773	7,3	7.023	162	2,3	44.942	2.935	6,5
2005	34.353	2.610	7,6	7.515	59	0,8	41.868	2.669	6,4
2006	33.041	2.216	6,7	7.950	167	2,1	40.991	2.383	5,8
2007	36.099	2.221	6,1	6.486	87	1,3	42.583	2.308	5,4
2008	38.668	2.330	6,0	4.875	93	1,9	43.543	2.423	5,6
2009	33.306	2.407	7,2	2.964	64	2,2	36.270	2.471	6,8
2010	31.875	2.369	7,4	2.498	24	1,0	34.373	2.393	7,0
2011	33.805	2.423	7,2	2.630	33	1,25	36.435	2.456	6,7

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2011. godinu

Mikrobiološki zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica je 7%, pri čemu se u smislu higijenske neispravnosti najčešće radi o prisutnost aerobnih mezofilnih bakterija, enterobakterija, *Escherichie coli*, kvasaca i plijesni, dok je nalaz bakterija *Salmonella spp.* i *Listeria monocytogenes* najčešći uzrok zdravstvena neispravnost uzoraka namirnica.

Analitički podaci pokazuju je udio mikrobiološki neispravnih uzoraka u posljednjih 8 godina manji od 8% (grafikon 24).

Grafikon 24. Kretanje udjela mikrobiološki neispravnih uzoraka namirnica analiziranih u Hrvatskoj u razdoblju od 1997. do 2011. godine.



Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2011.g.

Kemijski zdravstveno neispravnih uzoraka namirnica je manje od 5%, pri čemu se najčešće radi o neispravnom deklariranju sastava, neodgovarajućim senzoričkim svojstvima, sadržaju umjetnih sladila i ostalih aditiva (konzervansi, organska bojila i drugi), pesticida, teških metala i mikotoksina iznad, te joda u soli ispod propisima dopuštenih količina.

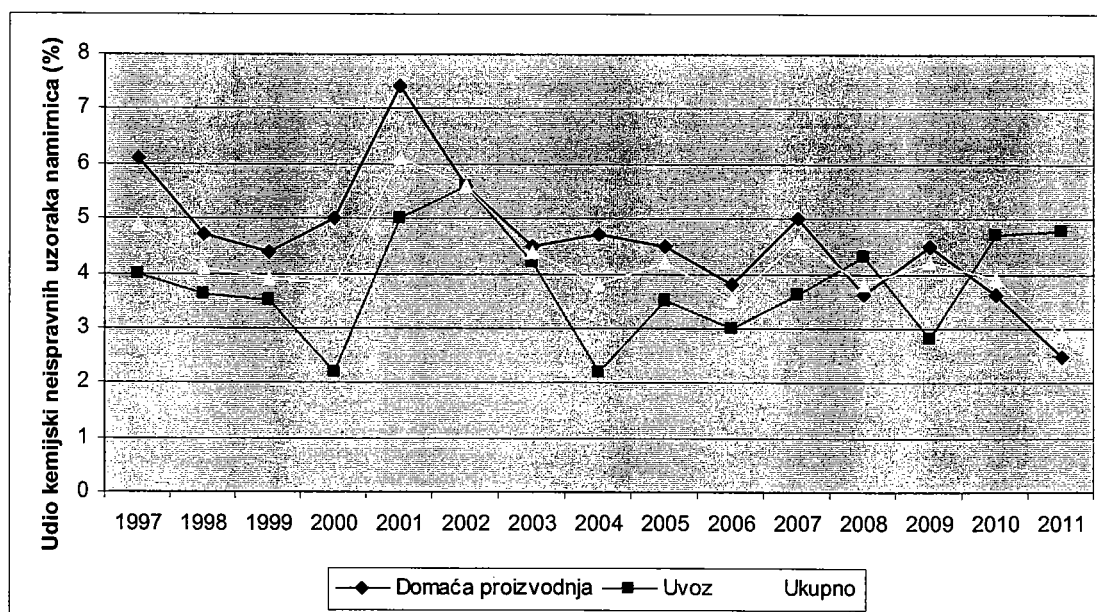
Tablica 72. Broj ukupno kemijski ispitanih namirnica, te broj i postotak neispravnih uzoraka u Hrvatskoj za razdoblje 1997- 2011.

Godina	DOMAĆA PROIZVODNJA			UVOZ			SVEUKUPNO		
	Ukupno	Ne odgovara	%	Ukupno	Ne odgovara	%	Ukupno	Ne odgovara	%
1997	12382	755	6,1	16206	645	4,0	28588	1400	4,9
1998	13763	651	4,7	14667	525	3,6	28430	1176	4,1
1999	11636	512	4,4	14351	501	3,5	25987	1013	3,9
2000	16367	817	5,0	12242	268	2,2	28609	1085	3,8
2001	14668	1092	7,4	16952	843	5,0	31620	1935	6,1
2002	13802	779	5,6	17745	998	5,6	31547	1777	5,6
2003	15284	693	4,5	15855	666	4,2	31139	1359	4,4
2004	16147	761	4,7	9846	220	2,2	25993	891	3,8
2005	18067	820	4,5	11152	392	3,5	29219	1212	4,2
2006	19802	754	3,8	11506	345	3,0	31308	1099	3,5
2007	18 787	947	5,0	9 420	336	3,6	28 207	1 283	4,6
2008	19.134	685	3,6	7.834	339	4,3	26.968	1.024	3,8
2009	17.633	798	4,5	4.402	125	2,8	22.035	923	4,2
2010	14.669	522	3,6	5.993	282	4,7	20.662	804	3,9
2011	14.751	365	2,5	3.728	179	4,8	18.479	544	2,9

Izvor podataka: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2011. godinu

Analiza kretanja udjela analiziranih uzoraka namirnica koji ne zadovoljavaju kriterije kemijske zdravstvene ispravnosti pokazuje da taj udjel u posljednjih 9 godina iznosi $\leq 5\%$ (grafikon 25).

Grafikon 25. Kretanje udjela kemijski neispravnih uzoraka namirnica analiziranih u Hrvatskoj u razdoblju od 1997. do 2011. godine.



Nadzor nad zaraznim bolestima koje se prenose hranom provodi Epidemiološka služba Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Županijskih zavoda za javno zdravstvo sa svojim epidemiološkim ispostavama na terenu, temeljem Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Podaci navedenim bolestima dio su središnjeg epidemiološkog informacijskog sustava i redovito se objavljuju.

Uredbe "higijenskog paketa" implementirane su u RH zakonodavstvo 2007. godine kao skup pravilnika objavljen u Narodnim novinama („Narodne novine“, br. 99/07): Pravilnik o higijeni hrane, Pravilnik o higijeni hrane životinjskog podrijetla, Pravilnik o službenim kontrolama hrane životinjskog podrijetla, te Pravilnik o službenim kontrolama koje se provode radi verifikacije postupanja u skladu s odredbama propisa o hrani i hrani za životinje, te propisa o zdravlju i zaštiti životinja. Svi subjekti u poslovanju s hranom koji podnesu zahtjev za otvaranje novih objekata moraju udovoljavati zahtjevima određenim ovim propisima te Zakona o hrani. Ostali doneseni pravilnici na području zdravstvene ispravnosti hrane su: Pravilnik o zdravstvenoj ispravnosti materijala i predmeta koji dolaze u neposredni dodir s hranom („Narodne novine“, br. 48/08), Pravilnik o aromama („Narodne novine“, br. 53/08), Pravilnik o navođenju hranjivih vrijednosti hrane („Narodne novine“, br. 60/08), Pravilnik o mikrobiološkim kriterijima za hranu („Narodne novine“, br. 74/08), Pravilnik o najvećim dopuštenim količinama određenih kontaminanata u hrani („Narodne novine“, br. 154/08), Pravilnik o prehrambenim aditivima („Narodne novine“, br. 62/10), te Pravilnik o označavanju, reklamiranju i prezentiranju hrane („Narodne novine“, br. 63/11).

Uprava za sigurnost i kvalitetu hrane ustrojena je u Ministarstvu poljoprivrede, šumarstva i vodnoga gospodarstva radi jedinstvenog pristupa u osiguravanju sigurnosti hrane (životinjskog i neživotinjskog podrijetla) na području RH i koordinacije među nadležnim tijelima, kao i ostalim institucijama uključenim u sustav osiguravanja sigurnosti hrane.

Uprava je zadužena za koordiniranje aktivnostima institucija uključenih u sustav osiguranja sigurnosti hrane odnosno Ministarstva poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvitka, Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatske agencije za hranu, Hrvatskog veterinarskog instituta, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i ostalih uključenih u sustav.

Nadležno tijelo treba osigurati suradnju tijela koja provode službene kontrole, kao i uspostava suradnje s nadležnim tijelima za sigurnost hrane u zemljama EU i EFSA-e.

E) Azbest

U Hrvatskoj je zabranjena proizvodnja, stavljanje u promet i uporaba azbestnih vlakana (krocidolit, amozit, antofilit, aktinolit, tremolit i krizotil) kao i proizvoda kojima su ta vlakna namjerno dodana („Narodne novine“, br. 29/05). Međutim, od ovoga mogu se izuzeti stavljanje u promet i uporabu dijafragmi s krizotilom za postojeća postrojenja za elektrolizu do kraja njihovoga radnog vijeka odnosno dok ne budu raspoložive prikladne zamjene koje ne sadrže azbest, ovisno o tome što je ranije. Do 1. lipnja 2011. trebalo je osigurati podatke o dostupnosti zamjena za postrojenja za elektrolizu koje ne sadrže azbest i naporima koji su poduzeti za razvoj takvih alternativa, o zaštiti zdravlja radnika u postrojenjima, o izvoru opskrbe i količinama krizotila, o izvoru opskrbe i količinama dijafragmi koje sadrže krizotil te o predviđenom datumu prestanka izuzeća. Navedeni podaci moraju biti javno objavljeni. Također, daljnja uporaba navedenih proizvoda koji sadrže azbestna vlakna koji su bili

ugrađeni i/ili u uporabi prije 1.siječnja 2005. dopušta se do njihovoga zbrinjavanja odnosno kraja radnog vijeka. Ipak, može se i prije njihovoga zbrinjavanja odnosno kraja radnog vijeka, a radi zaštite zdravlja ljudi, ograničiti ili zabraniti uporabu tih proizvoda ili propisati posebne uvjete njihove uporabe.

Zakonski propisi kojima je regulirana upotreba azbesta su: Lista otrova čija se proizvodnja, promet i uporaba zabranjuju („Narodne novine“, br. 29/05), Lista opasnih kemikalija čiji je promet zabranjen odnosno ograničen („Narodne novine“, br. 39/10; „Narodne novine“, br. 37/11) i Pravilnik o načinu i postupcima gospodarenja otpadom koji sadrži azbest („Narodne novine“, br. 42/07). Donesen je i niz zakonskih propisa koji reguliraju prava i zaštitu radnika profesionalno izloženih azbestu: Pravilnik o zaštiti radnika od rizika zbog izlaganja azbestu („Narodne novine“, br. 40/07), Zakon o obveznom zdravstvenom nadzoru radnika profesionalno izloženih azbestu („Narodne novine“, br. 79/07), Zakon o uvjetima za stjecanje prava na starosnu mirovinu radnika profesionalno izloženih azbestu („Narodne novine“, br. 79/07), Zakon o obeštećenju radnika profesionalno izloženih azbestu („Narodne novine“, br. 79/07) i Pravilnik o graničnim vrijednostima izloženosti opasnim tvarima pri radu i o biološkim graničnim vrijednostima („Narodne novine“, br. 13/09).

Vezano za obvezu vlasnika stambenih zgrada i javnih zgrada oko provjere koncentraciju azbesta u tim stambenim prostorima postoji odredba članka 28. Pravilnika o sigurnosti dizala („Narodne novine“, br. 135/05), koji je u primjeni od 31. ožujka 2006.g., a kojim su propisane obaveze suvlasnika-vlasnika zgrade, u čijem su vlasništvu i dizala, a u svezi poboljšanja sigurnosti postojećih dizala koja su ugrađena u građevine, prema kojoj obloge kočnica pogonskog stroja ne smiju sadržavati azbest.

F) Mjere koje se poduzimaju radi suzbijanja pušenja, zlouporabe alkohola i droga, uključujući višestruke ovisnosti

Područje zlouporabe droga uređeno je nacionalnim propisima i međunarodnim ugovorima. Osnovni zakonodavni okvir za suzbijanje zlouporabe i krijumčarenja droga u Republici Hrvatskoj čine sljedeći zakonski akti:

- Zakon o suzbijanju zlouporabe opojnih droga („Narodne novine“, br. 107/01, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09 i 84/11), koji uređuje sva temeljna pitanja zlouporabe droga: uvjete za uzgoj biljaka iz kojih se mogu dobiti droge, uvjete za izradu, posjedovanje i promet droga i tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga (tzv. prekursora); nadzor nad uzgojem biljaka iz kojih se mogu dobiti droge te nad izradom, posjedovanjem i prometom droga i tvari koje se mogu uporabiti za izradu droga; mjere za suzbijanje zlouporabe droga; sustav za prevenciju ovisnosti te pomoći ovisnicima i povremenim uzimateljima droga; međunarodnu suradnju.
- Kazneni zakon, čl. 173. (zlouporaba droga); Glava trinaesta (XIII.): kaznena djela protiv vrijednosti zaštićenih međunarodnim pravom obuhvaćaju nedopuštenu uporabu (posjedovanje), proizvodnju, promet, posredovanje u prodaji ili kupovini te svaki drugi način kojim se droga neovlašteno stavlja u promet.

Republika Hrvatska je stranka najvažnijih međunarodnih konvencija koje reguliraju problematiku droga: Jedinstvena konvencija UN-a o drogama od 30. ožujka 1961. („Narodne novine - Međunarodni ugovori“ 04/94), Protokol o izmjenama Jedinstvene konvencije o drogama od 25. ožujka 1972. („Narodne novine - Međunarodni ugovori“ 04/94), Konvencija UN-a o psihotropnim tvarima od 21. veljače 1971. („Narodne novine - Međunarodni ugovori“

04/94) te Konvencija UN-a protiv ilegalne trgovine drogama i psihotropnim tvarima od 20. prosinca 1988. („Narodne novine - Međunarodni ugovori“ 04/94).

Slijedeći strateški dokumenti također uređuju navedeno područje: Nacionalna strategija suzbijanja zlouporabe droga u Republici Hrvatskoj za 2006.-2012. godinu („Narodne novine“, br. 147/05.), Akcijski plan suzbijanja zlouporabe droga za 2009.-2012. godinu (kao i provedbeni programi Akcijskog plana za pojedinu godinu), Strateški plan Ureda za suzbijanje zlouporabe droga za razdoblje 2012-2014. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“, br. 126/06).

Ured za suzbijanje zlouporabe droga Vlade Republike Hrvatske osnovan je 2002. godine kao koordinativno tijelo za područje suzbijanja zlouporabe droga. Sustav prevencije i liječenja djeluje putem za prevenciju ovisnosti u županijskim zavodima za javno zdravstvo koje koordinira Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Strateški dokumenti te zakonski propisi usklađeni su u potpunosti s dokumentima EU u području informiranja o mogućnostima tretmana ovisnika o drogama, savjetovanja, edukacije u školama, dostupnih i raspoloživih načina liječenja koji uključuju besplatan i metadonski i buprenorfini program kao i kontrole zaraznih bolesti. U skladu s preporukama EU osigurano je standardizirano prikupljanje podataka o osobama tretiranim u sustavu zdravstva zbog zlouporabe psihoaktivnih droga i to putem Registra koji vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo i mreža županijskih zavoda za javno zdravstvo. Mjerama nadzora nad uzimanjem i zaštite sprječava se ilegalna trgovina supstitucijskim lijekovima. Za pritvorenike je osigurana potpuna dostupnost supstitucijskih tretmana, u zatvorima bez supstitucije uz liječnički nadzor.

Osigurano je besplatno cijepljenje protiv hepatitisa B, testiranje na HIV i hepatitis B i C u suradnji Zavoda za javno zdravstvo s Crvenim križem i nevladinim udrugama.

Upit odbora

- Odbor je zatražio da u sklopu sljedećeg izvješća budu dostavljene detaljne informacije o trendovima konzumacije alkohola.

Sprječavanje i suzbijanje alkoholom uvjetovanih posljedica

Područje prevencije i suzbijanja štetnih posljedica prekomjernog konzumiranja alkohola reguliraju interdisciplinarni propisi i dokumenti kao što su Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, br. 121/03, 48/05, 85/06, 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11), Zakon o sigurnosti prometa na cestama („Narodne novine“, br. 105/04, 142/06 i 67/08), Zakon o hrani („Narodne novine“, br. 117/03, 130/03, 48/04, 85/06 i 46/07; Uredba o izmjeni Zakona o hrani („Narodne novine“, br. 155/08), Zakon o zaštiti na radu („Narodne novine“, br. 59/96, 94/96 i 114/03), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti na radu („Narodne novine“, br. 86/08 i 75/09), Zakon o ugostiteljskoj djelatnosti („Narodne novine“, br. 138/06), Zakon o izmjenama Zakona o ugostiteljskoj djelatnosti („Narodne novine“, br. 43/09), Zakon o sprječavanju nereda na športskim natjecanjima („Narodne novine“, br. 117/03, 71/06, 43/09 i 34/11), Zakon o posebnom porezu na alkohol („Narodne novine“, br. 136/02), Zakon o dopunama Zakona o posebnom porezu na alkohol („Narodne novine“, br. 107/07), Obiteljski zakon („Narodne novine“, br. 116/03, 17/04 i 136/04), Pravilnik o uvjetima i načinu obavješćivanja potrošača o svojstvima proizvoda alkoholnih pića, duhana i duhanskih prerađevina koji se ne smatra reklamiranjem („Narodne novine“, br. 62/96, 40/98), Pravilnik

o oglašavanju vina s kontroliranim zemljopisnim podrijetlom i voćnih vina („Narodne novine“, br. 105/04) te Nacionalni program djelovanja za mlade 2002. Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece 2006-2012 i Hrvatski akcijski plan o alkoholu 2010.

Zakonodavstvo i praksa u Hrvatskoj su usklađeni s pravnom stečevinom EU (Zaključkom (2001/C 175/01) i Preporukom (2001/458/EC)) vezano uz prikupljanje informacija o štetama uzrokovanim alkoholom, međunarodne suradnje te aktivnostima u lokalnoj zajednici. Liječenje i rehabilitacija alkoholičara u Hrvatskoj se provodi prema konceptu Zagrebačke alkoholne škole, koja po otpustu iz bolnice, uključuje alkoholičare i obitelji u sustav liječenja i rehabilitacije (kroz mrežu Klubova liječenih alkoholičara). Hrvatska promiče istraživanja o svim različitim problemima povezanim s pijenjem alkohola od strane mladeži, a osobito djece i adolescenata.

Područje kojim se mladi, a osobito adolescenti štite od mogućih utjecaja zlorporabe alkohola regulirano je zakonskim i podzakonskim propisima u skladu s preporukama EU. Usklađena su područja istraživanja o proširenosti i razlozima pijenja, edukacija i preventivni programi, rana sekundarna prevencija, posebna pozornost za mlade vozače, zabrana prodaje i posluživanje pića maloljetnicima u trgovinama i ugostiteljskim objektima te za vrijeme sportskih događaja.

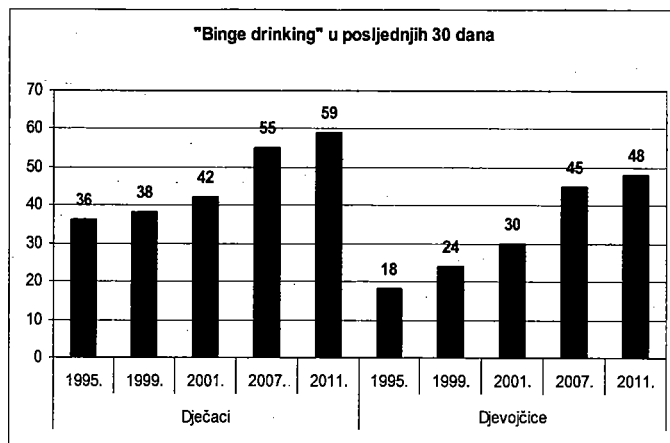
Daljnje usklađivanje je potrebno u području reklamiranja, zabrane korištenja mladih u svrhu reklame, kontrole reklama koje su mladima osobito privlačne, uključivanja mladih u donošenje strateških i provedbenih propisa i aktivnosti te edukacija vlasnika i poslužitelja u ugostiteljskim objektima.

Prema pretposljednjoj procjeni SZO za razdoblje 2003-2005, godišnja potrošnja čistog alkohola po glavi stanovnika u Hrvatskoj 15+ godina bila je vrlo visoka (15,1 l). Prema posljednjoj procjeni objavljenom 2012. godine potrošnja je 12,76 l.

Prema rezultatima provedenih istraživanja među mladima, konzumacija alkohola je i nadalje vrlo visoka i trend, sudeći prema ESPAD istraživanju uzlazan. U 2011. godini u odnosu na prethodno razdoblje (ESPAD istraživanje prethodno je provedeno 1995., 1999., 2003. i 2007.) učestalost učenika i učenica koji redovito puše je bio u porastu. Tako je porastao udio djece koja redovito puše (najmanje jednu cigaretu dnevno u posljednjih 30 dana) i to od 26% dječaka u 1995. godini do 29% u 2007. godini i 31% u 2011., dok je udio djevojčica povećan od 19% u 1995. godini do 26% u 2007. godini i 27% u 2011. Rizično pijenje alkohola (pijenje 6 i više puta u posljednjih mjesec dana) također je u porastu. U 1995. godini je toliko često alkohol pilo 13% dječaka i 4% djevojčica u prvim razredima srednje škole, dok je u 2007. godini to činilo gotovo tri puta više dječaka (39%) i četiri puta više djevojčica (16%), a u 2012. godini 30% dječaka i 18% djevojčica. U upotrebi marihuane od 1995. do 2011. bilježi se najprije nagli porast a potom stagnacija ili čak smanjenje. Tako je 1995. godine s marihuanom eksperimentiralo 12% dječaka i 5% djevojčica. Udio se povećavao te u 2003. godini udvostručio za dječake (24%) i više no utrostručio za djevojčice (17%). U 2007. godini se broj i udio eksperimentatora u toj dobi nešto smanjio u odnosu na 2003. godinu te je iznosio 20% za dječake i 15% za djevojčice, a u 2011. godini 18% za dječake i 17% za djevojčice.

Osobito je rizično ekscesno pijenje alkohola („binge drinking“), koje je prisutno i inače u Europi u zemljama mediteranskog i kontinentalnog načina pijenja.

Grafikon 26. „Binge drinking“ u posljednjih 30 dana



Izvor podataka: Interni podatci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo

Među nešto mlađom djecom (HBSC istraživanje u 2010.), opaža se stagnacija u konzumaciji piva u odnosu na 2006. godinu, no povećanje u odnosu na 2002. godinu (pivo tjedno ili češće pilo je 26% - 34% i 30% dječaka od 15 godina, odnosno 7% - 13% i 9% djevojčica istog uzrasta). Rizično ponašanje kao opijanje dva ili više puta u životu prisutno je bilo u 38% - 48% i 44% dječaka i 21% - 38% i 26% djevojčica. Iako su navike konzumacije alkohola prema tim rezultatima pokazale određenu stagnaciju, u usporedbi s ostalim zemljama HBSC istraživanje Hrvatska je vrlo visoko za pojedine varijable pijenja petnaestogodišnjaka.

Upit odbora

- Odbor je zatražio da u sklopu sljedećeg izvješća budu dostavljene detaljne informacije o trendovima konzumacije duhana.

Glede potrošnje duhanskih proizvoda udio duhanskih proizvoda u prosječnoj godišnjoj osobnoj potrošnji prema istraživanju u domaćinstvima oscilira (Tablica 1). Udio duhanskih proizvoda u prometu u maloprodaji opada (2001. godine 5.12%, 2005. godine 3.85%). Prodana proizvodnja cigareta opada od 2003. godine (19.554 mil. kom.), najmanja je 2009. godine (10.872 mil. kom.), 2010. je nešto veća (12.773 mil. kom.), ali znatno manja nego prethodnih godina. 2011. ponovno pokazuje negativan trend (11.345 mil. kom.). Uvoz cigareta pokazuje porast zadnjih godina, a izvoz u 2010. g. pokazuje porast, da bi 2011. ponovno počeo padati.

Tablica 70. Proizvodnja, distribucija i potrošnja duhana

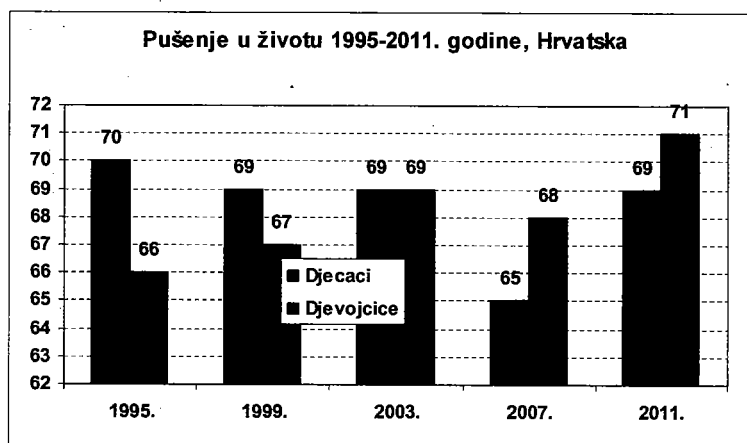
Indikator	Godina										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011

Udio duhana u prosječnoj god. osobnoj potrošnji po članu kućanstva (%)	/	2,39	2,40	2,35	2,38	2,10	2,26	2,09	2,10	2,34	/
Udio duhana u prometu u maloprodaji (%)	5,12	4,09	4,14	3,90	3,85	/	/	/	/	/	/
Prodana proizvodnja cigareta (mil.kom.)	14716	15047	19554	14149	14490	14153	14173	/	10872	12773	11345
Uvoz (mil.kom.)	/	/	65	53	139	1173	2117	/	1694	2059	2719
Izvoz (mil. kom.)	/	/	7478	7483	7254	7227	7420	/	6718	8093	7193

Izvor: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, Statistički ljetopis 2003.-2012.

Konzumacija duhana među mladima, prema rezultatima raspoloživih istraživanja (ESPAD i HBSC u kontinuitetu od 1995., odnosno 2001. godine) ukazuje na sljedeće: eksperimentiranje kao i redovito pušenje je među mladima u Hrvatskoj u relativnoj stagnaciji, osobito među dječacima. Djevojčice nešto češće eksperimentiraju nego dječaci (djeca od 15 godina 64% za oba spola, djeca 15-16 godina 69% dječaci i 71% djevojčice). Redovito pušenje je prisutnije u dječaka (svakodnevno puši 21% dječaka i 19% djevojčica od 15 godina). U odnosu na europske zemlje hrvatski petnaestogodišnjaci puše više od europskog prosjeka, iako nema trenda povećanja proširenosti.

Grafikon 23. Pušenje u životu 1995.-2011. godine



Izvor podataka: Dokumentacija za pripremu 7. izvješća o primjeni Europske socijalne povelje, Ministarstvo zdravlja, lipanj 2012. god.

Ograničavanje uporabe duhana i duhanskih proizvoda

Prevalencija pušenja u posljednjih 30 dana prije istraživanja iznosila je 41% (38%) u Hrvatskoj, odnosno više od prosjeka europskih zemalja gdje se isto odnosilo na 28%. Udio mladih koji su pili bilo kakvo alkoholno piće u posljednjih 12 mjeseci bio je iznad europskog prosjeka (85% (84%) u Hrvatskoj, 79% (82%) prosjek svih zemalja), kao i udio mladih koji

se opio u istom razdoblju (42% (43%) u Hrvatskoj, 37% (39%) prosjek svih zemelja). Uporaba kanabisa je u europskom prosjeku (18% (18%) ispitanika probalo je kanabis u životu u Hrvatskoj, 17% (19%) prosječno u svim zemljama) dok je upotreba drugih droga znatno niža nego u drugim zemljama (5% (4%) probalo bi bilo koju drogu osim kanabisa u životu u Hrvatskoj, 6% (7%) u ostalim zemljama).

Hrvatska je potpisala i ratificirala Okvirnu konvenciju o nadzoru nad duhanom Svjetske zdravstvene organizacije.

Temeljni propis kojim se uređuju zdravstveni aspekti uporabe duhana i duhanskih proizvoda je Zakon o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda („Narodne novine“, br. 125/08 i 55/09), te Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda („Narodne novine“, br. 119/09). Za inspekcijski nadzor nad provođenjem Zakona nadležni su Državni inspektorat, sanitarni inspektori, zdravstveni inspektori, inspektori rada i prosvjetni inspektori, svaki u okviru svojeg djelokruga propisanog posebnim zakonima. Kontrolu zdravstvene ispravnosti duhanskih proizvoda koja se provodi na temelju Zakona o predmetima opće uporabe („Narodne novine“, br. 85/06) provode ovlašteni laboratoriji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i zavoda za javno zdravstvo županija. Laboratorijske analize po potrebi za njih obavljaju drugi ovlašteni laboratoriji uključujući laboratorij Duhanskog instituta koji radi prema HRN ISO normama koje su istovjetne s normama navedenima u Direktivi 2001/37/EC Europskoga parlamenta i Vijeća od 5. lipnja 2001. o usklađivanju zakona i ostalih propisa država članica s obzirom na proizvodnju, predstavljanje i prodaju duhanskih proizvoda i

Direktivi 2003/33/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 26. svibnja 2003. o usklađivanju zakona i ostalih propisa država članica o oglašavanju i sponzorstvu duhanskih proizvoda. U tijeku je izrada nove Direktive o usklađivanju zakona i ostalih propisa država članica s obzirom na proizvodnju, predstavljanje i prodaju duhanskih i srodnih proizvoda. Za rutinski analitički stroj za pušenje koristi se norma HRN ISO 3308:1991. Postojeći zakoni i podzakonski propisi su usklađeni s pravnom stečevinom EU.

Navedeni zakon usklađen je i s Direktivom 2001/37/EC o proizvodnji, oglašavanju i prodaji duhanskih proizvoda koja sadrži odredbe o dopuštenim količinama katrana, nikotina i ugljičnog monoksida po cigareti, o podacima i upozorenjima koja se moraju nalaziti na pojedinačnim pakiranjima duhanskih proizvoda te Direktivom 2003/33/EZ o oglašavanju i sponzoriranju duhanskih proizvoda.

Zakon također uvažava i preporuke Rezolucije Vijeća i ministara zdravstva država članica Europske unije sa sastanka Vijeća od 18. srpnja 1989. godine o ograničavanju pušenja u javnim prostorima. Zakon definira: mjere ograničenja štetnih sastojaka duhanskih proizvoda i zdravstvena upozorenja, mjere za smanjenje i ograničavanje uporabe duhanskih proizvoda, preventivne mjere protiv pušenja, nadzor nad provedbom Zakona, kaznene odredbe.

Mjere ograničenja štetnih sastojaka duhanskih proizvoda i zdravstvena upozorenja su slijedeće: ograničenje količine štetnih sastojaka (10mg katrana, 1mg nikotina, 10mg CO/po cigareti), obavezna zdravstvena upozorenja na pakiranjima duhanskih proizvoda (sukladno smjernicama Konvencije i EU), nedopuštena uporaba izraza „Light“, „Mild“ i sl.

Mjere za smanjenje i ograničavanje uporabe duhanskih proizvoda su slijedeće: zabranjeno je sponzoriranje događaja, aktivnosti ili pojedinaca s ciljem ili učinkom izravne ili neizravne promidžbe duhanskih proizvoda ili uporabe duhana, zabranjena je izravna i neizravna promidžba duhanskih proizvoda, zabranjeno je oglašavanje proizvoda koji se ne smatraju duhanskim proizvodima, a koji svojim oblikom, nazivom ili namjenom neposredno potiču

potrošnju duhanskih proizvoda, zabranjuje se prodaja duhanskih proizvoda osobama mlađim od 18 godina, duhanske proizvode ne smiju prodavati osobe mlađe od 18 godina, zabranjena je prodaja duhanskih proizvoda putem interneta, zabranjuje se prodaja duhanskih proizvoda iz automatskih naprava, zabranjuje se pušenje duhanskih proizvoda prilikom javnih nastupa i prikazivanje osoba koje puše na televiziji, zabranjuje se pušenje u svim zatvorenim javnim prostorima, prostori za pušenje nisu dopušteni u prostorima u kojima se obavlja zdravstvena djelatnost (izuzev psihijatrije) i djelatnost odgoja i obrazovanja, prostori za pušenje moraju biti posebno označeni i imati odgovarajuće tehničke uvjete.

Posebno su definirane preventivne mjere koje uključuju obvezu promicanja spoznaje o štetnosti uporabe duhanskih proizvoda za zdravlje i aktivnosti i uloga Povjerenstva za borbu protiv pušenja Ministarstva zdravstva u preventivnim aktivnostima. Preventivne mjere protiv pušenja su sljedeće: ustanove koje obavljaju djelatnost odgoja i obrazovanja obavezne su provoditi Program promicanja spoznaje o štetnosti uporabe duhanskih proizvoda za zdravlje među svim uzrastima djece i mladeži (Program donosi ministar nadležan za obrazovanje uz suglasnost ministra za zdravstvo), ministar za zdravstvo osniva i imenuje Nacionalno povjerenstvo za borbu protiv pušenja.

Definiran je i nadzor nad primjenom Zakona, a globe za nepoštivanje Zakona vrlo su velike i za pravne osobe i za pojedince.

Zakonom je i definirano izvješćivanje Konferenciji stranaka: sukladno obvezi iz čl. 21 podneseno je 2 godine nakon stupanja na snagu Konvencije u Hrvatskoj izvješće u obliku odgovora na opsežni upitnik o potrošnji duhana.

Još predstoji dodatno usklađivanje vezano uz mjere za suzbijanje ilegalne trgovine, podrške alternativnim kulturama, zaštite okoliša u vezi s uzgojem i proizvodnjom duhana, praćenje, evaluaciju i izvješćivanje te međunarodnu suradnju u vezi nadzora nad duhanom sukladno Okvirnoj konvenciji o nadzoru nad duhanom.

Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o ograničavanju uporabe duhanskih proizvoda, koji je objavljen u „Narodnim novinama“, broj 119/09 djelomično su izmijenjeni uvjeti koje moraju ispunjavati prostori za pušenje (prostor mora biti uređen tako da iz njega nije moguć protok zraka onečišćenog duhanskim dimom u drugi prostor, površina prostora ne smije biti manja od 10 m², prostor ne smije zauzimati više od 20% ukupne površine javnoga prostora, odnosno 20% površine prostora za usluživanje u ugostiteljskim objektima, prostor ne smije biti namijenjen prijelazu u druge prostore, u prostoru se ne smije usluživati hrana ni piće).

Istim zakonom je uvedena nova kategorija tzv. „pušački prostor“ u ugostiteljskim objektima koji uslužuju isključivo piće, a koji ne mogu ispuniti uvjete u pogledu veličine prostora za pušenje (površina prostora ne smije biti manja od 10 m² i prostor ne smije zauzimati više od 20% ukupne površine javnoga prostora, odnosno 20% površine prostora za usluživanje u ugostiteljskim objektima). Vlasnik, odnosno korisnik objekta može prostor za usluživanje odrediti pušačkim prostorom, o čemu u tom prostoru mora biti istaknuta oznaka o dozvoli pušenja uz ispunjenje sljedećih uvjeta: prostor mora imati ventilacijski sustav koji omogućuje najmanje 10 izmjena zraka na sat, odvod zraka onečišćenog duhanskim dimom iz pušačkog prostora u otvoreni prostor mora se osigurati sustavom za filtriranje, prostor mora biti opremljen sredstvima promidžbe spoznaje o štetnosti uporabe duhanskih proizvoda (plakat, leci, naljepnice ili sl.).

Mjere koje su poduzete radi poboljšanja korištenja zdravstvene zaštite osiguranih osoba HZZO-a i sažeci nekih projekata na nacionalnoj razini

Od 2006. godine provodi se Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke s ciljem što ranijeg otkrivanja raka dojke i smanjenjem mortaliteta od raka dojke za 25% pet godina nakon početka provođenja programa. Probirom su obuhvaćene sve žene u dobi od 50 do 69 godina, svake druge godine. Osnovna metoda probira je mamografija koja može otkriti promjene na dojci i do dvije godine prije nego se tumor može napipati. Do sada su u Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke završena 2 ciklusa, a treći ciklus je u tijeku. U prvom ciklusu pozvano je ukupno 720.980 žena na besplatnu mamografiju s odazivom od 63%, a otkriveno je 1605 karcinoma dojke. U drugom ciklusu pozvano je ukupno 680.640 žena na mamografiju s odazivom od 57%, a potvrđeno je 841 karcinom dojke. U trećem ciklusu do sada je ukupno pozvano 141.382 žena na mamografski pregled.

Od prosinca 2012. godine započelo je provođenje Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka vrata maternice. Cilj programa je smanjiti incidenciju invazivnog raka vrata maternice za 60% 8 godina od početka programa i smanjiti mortalitet od invazivnog raka vrata maternice za 80% 13 godina od početka programa. Probirom su obuhvaćene sve žene u dobi od 25 do 64 godine, svake tri godine. Osnovna metoda probira je konvencionalni Papa test. U prvom ciklusu do sada je pozvano 100.000 žena.

Od sredine listopada 2007. godine prihvaćen je „Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva“. Cilj programa je smanjiti smrtnost od raka debelog crijeva za 15%, 10-13 godina nakon početka provedbe programa. Probirom su obuhvaćene žene i muškarci u dobi od 50 do 75 godine, svake druge godine. Osnovna metoda probira je testiranje na skriveno krvarenje u stolici. Planirano je da 600.000 ljudi godišnje dobije test na skriveno krvarenje u stolici sa uputama i povratnom kovertom na kućnu adresu. Ispitanici kod kojih je navedeni test pozitivan biti će pozvani na dogovoren kolonoskopski pregled.

Ovaj projekt je jedinstven u Europi jer će Republika Hrvatska biti prva zemlja u kojoj će se ovakav program ranog otkrivanja raka debelog crijeva provesti na čitavom teritoriju države.

Prvi pozivi za testiranje na nevidljivo krvarenje u stolici u sklopu Nacionalnog programa rane dijagnostike karcinoma debelog crijeva odaslani su početkom 2008. Do sada je ukupno odaslano 1.261.695 poziva osobama rođenim u periodu od 1933-1958.

Do sada je vraćeno zavodima 249.103 kuverate s ispunjenim anketnim upitnikom, a 215.276 osoba je poslalo i ispravno nanesen uzorak stolice na 3 test-kartice.

Nađeno je 14.239 ili 6.6% pozitivnih osoba i do sada kolonoskopirano 9575 osoba. U 531 osobe potvrđen je karcinom debelog crijeva (0.22/1000), a u čak 3464 (39,0%) osoba uklonjen je jedan ili više polipa čime se sprječava nastanak karcinoma.

Od ostalih patoloških nalaza nađeno je 1728 osoba s divertiklima i s ostalim bolestima crijeva, te 2662 osobe s hemeroidima.

Od 2004. godine, ugovorni doktori HZZO-a u djelatnosti opće/obiteljske medicine provode preventivne preglede osiguranih osoba starijih od 50 godina. Do kraja 2010. godine preventivnom pregledu je pristupilo oko 60.000 osiguranih osoba i tako postignut obuhvat ciljne populacije od oko 25%. U oko 40% pregledanih osoba nađena su određena patološka stanja, a otprilike svaka peta pregledana osoba upućena je na daljnju dijagnostiku i liječenje.

Od sredine listopada 2007. godine prihvaćen je „Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva“. Cilj programa je smanjiti smrtnost od raka debelog crijeva za 15% pet godina nakon provedbe programa. Probirom su obuhvaćene žene i muškarci u dobi od 50 do 75 godine, svake druge godine. Osnovna metoda probira je testiranje na skriveno krvarenje u stolici. Planirano je da 600.000 ljudi godišnje dobije test na skriveno krvarenje u stolici sa

uputama i povratnom kovertom na kućnu adresu. Ispitanici kod kojih je navedeni test pozitivan biti će pozvani na dogovoren kolonoskopski pregled.

Ovaj projekt je jedinstven u Europi jer će Republika Hrvatska biti prva zemlja u kojoj će se ovakav program ranog otkrivanja raka debelog crijeva provesti na čitavom teritoriju države.

Prvi pozivi za testiranje na nevidljivo krvarenje u stolici u sklopu Nacionalnog programa rane dijagnostike karcinoma debelog crijeva odaslani su početkom 2008. Do sada je ukupno odaslano 1150582 poziva osobama rođenim u periodu od 1933-1945. i 1948-1957. godine.

Do sada je vraćeno zavodima 227249 koverata s ispunjenom anketom, a 200934 osoba je poslalo i ispravno nanesen uzorak stolice na 3 test-kartice.

Nađeno je 13539 ili 6.9% pozitivnih osoba i do sada kolonoskopirano 8690 osoba. U 504 osoba potvrđen je karcinom debelog crijeva (0.22/1000), a u čak 3449 (39,7%) osoba uklonjen je jedan ili više polipa čime se sprječava nastanak karcinoma!

Od ostalih patoloških nalaza nađeno je 1255 osoba s divertiklima, 334 s ostalim bolestima crijeva, a hemeroidima 2425 osoba.

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe HZZO-a pa tako i za romsku populaciju. U pogledu praćenja procijepljenosti romske populacije u dojenačkoj, predškolskoj i školskoj dobi, a sukladno i Akcijskom planu Desetljeća za Rome, HZJZ je u veljači 2011. godine uputio dopise svim županijskim zavodima za javno zdravstvo u cilju prikupljanja epidemioloških podataka o stupnju procijepljenosti romske djece. U većini županija cjepni obuhvati romske djece su na razini cjepnih obuhvata u općoj populaciji, pogotovo obuhvati djece školske dobi koja se cijepi u školama. U nacrtu novog Nacionalnog programa za Rome koji je trenutno u izradi uvrštene su nove aktivnosti s ciljem povećanja senzibilizacije radnika u sustavu zdravstva za rad s romskom populacijom, te poboljšanje komunikacije romske populacije s liječnicima obiteljske medicine i drugim zdravstvenim djelatnicima. Radi realizacije navedenog cilja predviđa se provoditi specifične edukacije zdravstvenih radnika posebice u područjima prebivanja većeg broja romske populacije, vezano uz intenzivniju suradnju sa socijalnom službom posebice u slučajevima sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje zdravlja djece. Sukladno Akcijskom planu Desetljeća za uključivanje Roma 2005.-2015.g. Ministarstvo zdravlja provodi slijedeće mjere:

1. Poboljšanje zdravlja romske dojenčadi i djece izjednačavanjem procijepljenosti romske djece s ostalom populacijom;
2. Poboljšanje zdravlja romske dojenčadi i djece provođenjem zdravstvenih mjera prosvjećivanja roditelja i preventivnih i kurativnih mjera zdravstvene zaštite;
3. Zdravstveno prosvjećivanje o planiranju obitelji i očuvanju reproduktivnog zdravlja te mjerama sigurnog majčinstva, posebice u skupini trudnica i babinjača;
4. Poboljšanje higijensko-sanitarnih uvjeta u stanovima i naseljima provođenjem mjera deratizacije radi stvaranja higijenskih preduvjeta za sprječavanje zaraznih bolesti;
5. Školovanje i osposobljavanje pripadnika romske zajednice za zdravstvena zanimanja. U sklopu 3. Mjere Akcijskog plana (zdravstveno prosvjećivanje o planiranju obitelji i očuvanju reproduktivnog zdravlja te mjerama sigurnog majčinstva, posebice u skupini trudnica i babinjača).

Ministarstvo zdravlja radilo je na prevenciji raka maternice i raka dojke žena pripadnica romske nacionalne manjine koje nemaju zdravstveno osiguranje i žive na području Grada Zagreba.

Osobe s invaliditetom

Temeljem Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom ("Narodne novine" broj 64/01) podaci se za Registar osoba s invaliditetom prikupljaju iz različitih izvora. U Republici Hrvatskoj u 2010. godini živjelo je 529 103 osoba s invaliditetom od čega je bilo 316 557 muških (59,8%) i 212 546 žena (40,2%) te su na taj način osobe s invaliditetom činile oko 11,9% ukupnog stanovništva. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 286 523 (54,2%), bio je u radno aktivnoj dobi, 19-64 godina. Moguće je uočiti da je invaliditet prisutan u svim dobnim skupinama a u 7% udjelu prisutan je bio i u dječjoj dobi, 0-19 godina. Najveći broj osoba s invaliditetom imao je prebivalište u Gradu Zagrebu i Splitsko dalmatinskoj županiji. U te dvije županije živjelo oko 29,7% od ukupnog broja osoba s invaliditetom, no ukoliko se razmotri koliki je udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije dolazimo do podatka da je najveći udio bio u Krapinsko zagorskoj s time da je najviša prevalencija u dječjoj dobi bila u Međimurskoj županiji, u radno aktivnoj dobi u Krapinsko zagorskoj dok u dobi iznad 65 godina najveća prevalencija bila je u Splitsko dalmatinskoj županiji. U siječnju 2012. godine publicirani su, na službenim stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, najnoviji parametri o osobama s invaliditetom. U Hrvatskoj, stanje na dan 12.01.2012., živi 518 081 osoba s invaliditetom od čega su 311 995 muški (60,2%) i 206 086 žene (39,8%) te na taj način osobe s invaliditetom čine oko 12,1% ukupnog stanovništva RH. Najveći broj osoba s invaliditetom, njih 284 505 (54,9%), je u radno aktivnoj dobi, 19-64 godina, dok je u dobnj skupini 65+ 195 380 (37,7%) osoba (tablica 1). Iz tablice 1. moguće je uočiti da je invaliditet prisutan i u dječjoj dobi, 0-19 godina, i to u udjelu od 7,4%. Najveći broj osoba s invaliditetom ima prebivalište u Gradu Zagrebu i Splitsko dalmatinskoj županiji. U te dvije županije živi oko 29,7% od ukupnog broja osoba s invaliditetom (Tablica 42.), no ukoliko se razmotri koliki je udio osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije dolazimo do podatka da je najveći udio u Krapinsko zagorskoj s time da je najviša prevalencija u dječjoj dobi u Međimurskoj županiji, u radno aktivnoj dobi u Krapinsko zagorskoj dok u dobi iznad 65 godina najveća prevalencija je u Splitsko dalmatinskoj županiji. Ukoliko se uspoređi ovaj izvještaj s onim za 2010. godinu moguće je uočiti pad broja registriranih živih osoba s invaliditetom. Ovakvo kretanje je posljedica boljeg registriranja osobnih identifikatora (JMBG,OIB) čime je smanjena greška pri jednoznačnom povezivanju te registriranju smrti kod osoba s invaliditetom.

Tablica 73. Prikaz broja osoba s invaliditetom prema spolu, županijama prebivališta te dobnim skupinama

ŽUPANIJA PREBIVALIŠTA	Dobne skupine						Ukupno
	0-19		20-64		65+		
	m	ž	m	ž	m	ž	
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	901	607	5280	2686	2792	3688	15954
BRODSKO-POSAVSKA	875	562	8305	2400	3003	2960	18105
DUBROVAČKO- NERETVANSKA	557	381	4845	2077	2068	1539	11467
GRAD ZAGREB	5492	3275	27018	19790	15998	19907	91480
ISTARSKA	751	476	4938	2697	2673	2410	13945
KARLOVAČKA	446	283	5883	2345	3136	4193	16286
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	945	592	4131	2194	1807	2121	11790
KRAPINSKO-ZAGORSKA	1026	576	6949	4393	3853	4090	20887
LIČKO-SENJSKA	194	133	2628	841	1633	1183	6612
MEĐIMURSKA	1029	733	3481	2319	1762	2194	11518
OSJEČKO-BARANJSKA	1605	1144	14964	5742	5536	5736	34727
POŽEŠKO-SLAVONSKA	378	256	4380	1658	2067	1827	10566

PRIMORSKO-GORANSKA	527	368	8183	4846	5397	6680	26001
SISAČKO-MOSLAVAČKA	733	420	8974	3190	4087	3666	21070
SPLITSKO-DALMATINSKA	2889	1848	23135	12378	11623	11022	62895
ŠIBENSKO-KNINSKA	267	186	5988	2118	3413	3195	15167
VARAŽDINSKA	782	528	7169	4590	3955	5133	22157
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	334	243	4507	1533	1590	1812	10019
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	898	615	8888	3093	3335	3084	19913
ZADARSKA	723	385	6755	2339	3532	2629	16363
ZAGREBAČKA	1882	1109	11977	6701	5567	4671	31907
Nespecificirano	152	90	12323	3874	9081	3732	29252
Ukupno	23386	14810	190701	93804	97908	97472	518081

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar osoba s invaliditetom

- Napomena: 1. obradu podataka moguća je i po petogodišnjim dobnim skupinama
2. Nespecificirano – županija prebivališta nije navedena ili mjesto prebivališta nije u službenom šifarniku naselja

Tablica 74. Prikaz udjela osoba s invaliditetom u ukupnom stanovništvu županije te u pojedinim dobnim skupinama - prevalencija invaliditeta na 100 stanovnika

Županija prebivališta	Prevalencija invaliditeta (%)	Prevalencij invaliditeta u dobnjoj skupini 0-19 (%)	Prevalencija invaliditeta u dobnjoj skupini 20-64 (%)	Prevalencija invaliditeta u dobnjoj skupini 65+ (%)
KRAPINSKO-ZAGORSKA	15,7	4,8	13,3	33,9
ŠIBENSKO-KNINSKA	13,9	1,7	12,6	30,1
SPLITSKO-DALMATINSKA	13,8	4,0	12,8	34,2
POŽEŠKO-SLAVONSKA	13,5	2,8	12,3	28,8
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	13,3	4,7	10,2	28,2
LIČKO-SENJSKA	13	2,9	11,6	23,1
KARLOVAČKA	12,7	2,5	9,9	25,9
VARAŽDINSKA	12,6	2,9	10,6	32,2
SISAČKO-MOSLAVAČKA	12,2	2,8	11,1	23,1
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	11,8	2,5	11,1	22,6
GRAD ZAGREB	11,5	5,1	9,6	30,1
OSJEČKO-BARANJSKA	11,4	3,4	10,4	22,8
BRODSKO-POSAVSKA	11,4	3	10,5	22,3
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	11,1	2,8	10	21,7
KOPRIVNIČKO-KRIZEVAČKA	10,2	5,2	8,5	19,1
MEĐIMURSKA	10,1	5,7	8,1	24,5

ZAGREBAČKA	10	4	9,9	23,8
ZADARSKA	9,6	2 7	9,6	24,2
DUBROVAČKO- NERETVANSKA	9,3	3	9,6	18,4
PRIMORSKO-GORANSKA	8,8	1,4	6,8	24,4
ISTARSKA	6,7	2,7	6	15,8
Republika Hrvatska	12,1	3,6	10,7	28,2

Izvor podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar osoba s invaliditetom

Napomena:

- za izračun ukupne prevalencije u RH i po županijama korišteni su podaci iz tablice 1. ovoga biltena te rezultata Popis stanovništva iz 2011. god.;
- za izračun prevalencije po dobnim skupinama korišteni su podaci iz tablice 1. ovog biltena te rezultati popisa stanovništva iz 2001. godine s obzirom da trenutni službeni rezultati Popisa stanovništva iz 2011. ne sadrže raspodjelu po dobnim skupinama.

Program promicanja dojenja

Sukladno Nacionalnom planu aktivnosti za prava i interese djece od 2006.-2012. godine, osnovano je Nacionalno povjerenstvo za promicanje dojenja, a u tijeku je provedba projekta „Rodilišta-prijatelji djece“. Uvjet za stjecanje naziva je ispunjavanje 10 koraka do uspješnog dojenja. Navedeni program je unaprijedio 3 značajna područja: dojenje, humanizaciju boravka majke i djeteta od početka života i stvaranje uvjeta za rooming-in, bolji higijensko-prostorni uvjeti u rodilištima.

Stanje u hrvatskim rodilištima u provođenju programa „Rodilišta-prijatelji djece“ na dan 01. prosinca 2011.g. od 31 rodilišta 21 ima naziv «Rodilište-prijatelj djece»: Vukovar, Rijeka, Sv Duh –Zagreb, Dubrovnik, Sinj, Gospić, Koprivnica, Pula, Čakovec, , Zabok, Slavonski Brod, Zadar, Varaždin, Karlovac, Vinkovci, Osijek, Virovitica, Split , Pakrac, Ogulin i Metković. U cilju standardizacije trudničkih tečajeva ministarstvo u suradnji s UNICEF-om pristupilo je izradi priručnika za edukaciju voditelja trudničkih tečajeva. Održan je i trudnički tečaj za voditelje. Pokrenut je program "Savjetovališta za djecu-prijatelji dojenja", u sklopu kojeg se već treću godinu za redom održava edukacija za timove primarne zdravstvene zaštite i patronažnu službu, te je 2011. godine prvih 8 timova pristupilo ocjeni i dobilo naslov "Savjetovalište za djecu-prijatelj dojenja".

U 2011. godini 76.2% dojenčadi u dobi od 0-2 mjeseca pregledano na sistematskim pregledima je hranjeno isključivo majčinim mlijekom („exclusive breastfeeding“), dok poslije prva tri mjeseca života taj postotak pada i u skupini dojenčadi od 6-11 mjeseci iznosi 54,2%.

Prevenција prekomjerne tjelesne mase

Prema rezultatima Hrvatske zdravstvene ankete (2003), zabrinjavajući trend porasta prekomjerne tjelesne mase i pretilosti prisutan je i u Hrvatskoj, gdje je njena prevalencija poprimila epidemijske razmjere. Rezultati pokazuju da prekomjernu tjelesnu masu ima preko 60% muškaraca i 50% žena, što Hrvatsku svrstava u skupinu zemalja s vrlo visokom prevalencijom prekomjerne tjelesne težine. U Hrvatskoj je podjednaki udio muškaraca i žena pretilo (oko 20%), a više od 40% odraslih ima visceralni tip debljine (opseg struka ≥ 102 cm

kod muškaraca odnosno ≥ 88 cm kod žena, WHO kriteriji). Abdominalni tip pretilosti, kod koje postojeće visceralno masno tkivo predstavlja vrlo aktivan endokrini „organ“, je posebno karakteriziran povećanim rizikom razvoja inzulinske rezistencije, kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, kao i povećane opće, ali specifične smrtnosti uslijed kardiovaskularnih i malignih bolesti. Prema podacima praćenja stanja uhranjenosti djece u dobi od 7 do 14 godina u razdoblju od 2005. do 2009. godine 26,4 % školske djece imalo je prekomjernu tjelesnu masu, od čega 15,2 % djece je imalo povećanu tjelesnu masu, a 11,2 % djece je bilo debelo.

Budući da debljina, osim što je i sama bolest, predstavlja i faktor rizika za razvoj cijelog niza kroničnih nezaraznih bolesti, smanjenje i prevencija prekomjerene tjelesne mase i pretilosti je jedan od vodećih javnozdravstvenih prioriteta u Hrvatskoj. U tom smislu Vlada Republike Hrvatske usvojila je 2010. godine Akcijski plan za prevenciju i smanjenje prekomjerne tjelesne težine i pretilosti 2010-2012., koji bi dugoročno trebao doprinijeti smanjenju pobola i prijevremene smrti vezane uz prekomjernu tjelesnu masu i pretilost i pratećeg komorbiditeta, kao i troškova liječenja istih. Akcijski plan ima za cilj usvajanje pravilnih prehrambenih navika i navike redovite tjelesne aktivnosti u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja. Akcijskim planom utvrđeni su glavni i specifični ciljevi i mjere, obzirom na tri ciljane populacijske skupine: djeca, odrasli i osobe starije dobi. Sukladno predviđenim aktivnostima akcijskog plana, u Hrvatskoj su već izrađene Nacionalne smjernice za prehranu djece u predškolskim ustanovama i Nacionalne smjernice za prehranu osoba starije dobi, a u 2011. započela je izrada Nacionalnih smjernica za prehranu učenika u osnovnim školama koje će biti pomoćni alat za implementaciju Normativa za prehranu učenika u osnovnim školama koje donosi Ministar zdravlja. U pojedinim županijskim zavodima za javno zdravstvo i nevladinim udrugama osnovana su savjetovališta za smanjenje i prevenciju prekomjerne tjelesne mase i debljine kao samostalna savjetovališta (uglavnom za odrasle) ili već postojeća polivalentna savjetovališta u sklopu službe školske medicine (za djecu školske dobi). Također, na županijskoj i lokalnoj razini postoji niz projekata uglavnom financiranih od strane lokalne samouprave s ciljem edukacije stanovništva i podizanja razine svijesti o debljini kao zdravstvenom problemu i važnosti pravilne prehrane i redovite i dostatne tjelesne aktivnosti u postizanju i održavanju poželjne tjelesne mase. Tiskan je niz popratnog edukativnog materijala u obliku brošura i letaka, a redovito se kontaktiraju lokalni i nacionalni mediji (TV, radio, tisak) kao važno sredstvo javnog informiranja za edukaciju i promicanje pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti. Također, prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, u tijeku je izrada prijedloga nacionalnih smjernica za reguliranje oglašavanja hrane i bezalkoholnih napitaka usmjerenih prema djeci i mladima. U 2011. godini održano je predavanje o javnozdravstvenom značaju prekomjernog unosa soli u sklopu stručnog skupa pekarske prehrambene industrije, na kojem su prezentirane tri vrste kruha s 30% manje soli. Važnost aktivnosti prevencije debljine naglašena je i u Strateškom planu razvoja javnog zdravstva koji je izrađen 2012. godine.

Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba sa šećernom bolešću

Šećerna bolest jedan je od najznačajnijih javnozdravstvenih problema suvremenog društva i procjenjuje se da u Hrvatskoj oko 300 000 osoba ima šećernu bolest; ona je jedan od 10 vodećih uzroka smeti i vrlo važan rizični čimbenik u razvoju kardiovaskularnih bolesti, te onesposobljavanja i invaliditeta kao posljedica njenih komplikacija. Radi unaprjeđenja zdravstvene zaštite te praćenja epidemioloških i kliničkih pokazatelja na nacionalnoj razini osnovan je *CroDiab registar*, sustav razvijen na temelju svjetskih indikatora kvalitete, koji ubrzava svakodnevni rad liječnika u skrbi osoba sa šećernom bolesti, smanjuje broj nepotrebno ponavljanih pretraga i pregleda, poboljšava kvalitetu dokumentacije a

istovremeno je sredstvo prikupljanja podataka za nacionalni registar. Rezoluciju o šećernoj bolesti usvojio je Hrvatski sabor na sjednici 17. lipnja 2011. godine uvažavajući sve europske i svjetske preporuke te aktualnu epidemiološku situaciju na zasadima „Hrvatskog modela“ nacionalnog programa za šećernu bolest i inicijativu članova povjerenstva za provedbu nacionalnog programa te djelatnika Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac, KB Merkur.

U rezoluciji se naglašava važnost šećerne bolesti i opterećenje koje ona predstavlja za društvo, a od svih nadležnih institucija, gospodarskih subjekata, medija i udruga zahtijeva se aktivnije uključivanje u prevenciju, rano otkrivanje liječenje i rehabilitaciju u okviru njihovih mogućnosti i dostupnih izvora na način koji im omogućava njihova primarna djelatnost. Rezolucija tako postaje kruna svih dosadašnjih aktivnosti ali i putokaz svih budućih javnozdravstvenih aktivnosti u području šećerne bolesti.

4. Zakonodavstvo Republike Hrvatske obzirom na članak 13. Europske socijalne povelje

Republika Hrvatska Ustavom se opredijelila kao socijalna država u kojoj se nekim kategorijama stanovništva daje posebna zaštita, osobito slabima, nemoćnima, nezbrinutima i nezaposlenim osobama, kojima se osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potreba, a posebnu skrb država posvećuje zaštiti osoba s invaliditetom i njihovu uključivanju u društveni život, djeci bez roditelja i onima za koje se roditelji ne brinu.

Potreba da se raspoloživim sredstvima zadovolje sve složenije i brojnije potrebe korisnika, te da se sustav socijalne skrbi uskladi s ukupnim započetim reformama i promjenama u području socijalne politike razlog je što su, u razdoblju od 1. siječnja 2008. do ožujka 2012. godine, donesena dva Zakona o socijalnoj skrbi.

Od prošlog Izvješća doneseni su i izmijenjeni sljedeći propisi:

Zakoni

1. Zakon o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, broj 57/11);
2. Zakon o djelatnosti socijalnog rada („Narodne novine“, broj 124/11);
3. Zakon o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti („Narodne novine“, broj 124/11);
4. Zakon o ustrojstvu i djelokrugu ministarstava i drugih središnjih tijela državne uprave („Narodne novine“, br. 150/11 i 22/12);
5. Zakon o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, broj 33/12).

Tijekom kratke primjene Zakona o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, broj 57/11), koji se primjenjivao od 2. lipnja 2011. godine do ožujka 2012. godine, uočene su poteškoće koje su se prvenstveno odnosile na centralizaciju sustava i organizaciju rada Zavoda za socijalnu skrb i podružnica što je dodatno pojašnjeno vezano uz članak 13. stavak 3. Europske socijalne povelje. Stoga je, nakon tek osam mjeseci primjene, u ožujku 2012. godine donesen novi Zakon o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, broj 33/12).

Ovaj Zakon uvažava nove spoznaje i metode u radu s korisnikom, a istim su na bolji način riješeni problemi koji su uočeni tijekom primjene Zakona o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011. godine. Zakonom su bolje uređena načela u sustavu socijalne skrbi, na jasniji način su uređena prava korisnika i postupak za njihovo priznavanje, uključujući i pravo na socijalne usluge, poboljšani su postupci za pružanje usluga i uređen je način provođenja upravnog i inspeksijskog nadzora.

4. ČLANAK 13. - PRAVO NA SOCIJALNU I MEDICINSKU POMOĆ

Radi osiguranja učinkovitog ostvarivanja prava na socijalnu i medicinsku pomoć ugovorne stranke se obvezuju:

1. osigurati da svatko tko nema dovoljno prihoda i tko ih nije u mogućnosti ostvariti vlastitim naporima ili ih dobiti iz nekog drugog izvora, posebice u obliku davanja temeljem sustava socijalne sigurnosti, može dobiti odgovarajuću pomoć i, u slučaju bolesti, njegu koju iziskuje njegovo stanje;

2. jamčiti da osobama koje se koriste takvom pomoći zbog toga neće biti smanjena politička ili socijalna prava;

3. osigurati da svatko može od nadležnih javnih ili privatnih službi dobiti svaki savjet i svaku osobnu pomoć nužnu kako bi se spriječila, uklonila ili ublažila osobna ili obiteljska ugroženost;

4. primjenjivati odredbe stavaka 1., 2. i 3. ovoga članka kako na svoje državljane tako i na državljane drugih ugovornih stranaka koji zakonito borave na njihovom teritoriju, sukladno obvezama koje imaju temeljem Europske konvencije o socijalnoj i medicinskoj pomoći, potpisane u Parizu 11. prosinca 1953.

Ustavne odredbe vezane za ovaj članak Europske socijalne povelje, nisu se mijenjale u Republici Hrvatskoj u izvještajnom razdoblju.

U razdoblju od 1. siječnja 2008. do 31. prosinca 2011. godine sustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj obilježen je promjenama i pomacima prema aktivnoj socijalnoj državi, pri čemu je potrebno isticati i podupirati socijalnu koheziju, te pomoći i zaštititi ranjive članove zajednice, u partnerstvu sa svim pružateljima socijalnih usluga.

Navedeno razdoblje obilježila je ekonomska i financijska kriza, koja je snažno utjecala na strateški pristup u području socijalne zaštite i socijalnog uključivanja. Tijekom protekle tri godine naponi Vlade Republike Hrvatske uglavnom su bili usmjereni na to da se ublaže negativne posljedice pada BDP-a te da se zadrži dosadašnja razina socijalnih prava posebice za najranjivije skupine izvan tržišta rada.

Krajem 2011. godine došlo je do organizacijskih i ustrojstvenih izmjena ministarstava. Hrvatski sabor je na sjednici 22. prosinca 2011. godine donio Zakon o ustrojstvu i djelokrugu ministarstava i drugih središnjih tijela državne uprave („Narodne novine“, br. 150/11, 22/12). Sukladno organizacijskim promjenama Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti i Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi prestali su s radom, a poslove su preuzeli Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo branitelja i Ministarstvo zdravlja. Uprava za obitelj i Uprava za međugeneracijsku solidarnost iz sastava ranijeg Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti kao i Uprava za socijalnu skrb Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi nastavile su s radom u novom organizacijskom sastavu Ministarstva socijalne politike i mladih.

U studenom 2011. godine doneseni su Zakon o djelatnosti socijalnog rada („Narodne novine“, broj 124/11) i Zakon o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti („Narodne novine“, broj 124/11). Cilj donošenja ovih zakona bio je uređivanje sadržaja i načina djelovanja, standarda obrazovanja te uvjeta za obavljanje ovih djelatnosti.

Navedenim zakonima propisuje se osnivanje komora kao samostalnih strukovnih organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima.

Svrha osnivanja komora jest reguliranje standarda profiliranih struka, te promicanje, zastupanje i usklađivanje interesa stručnih radnika, kako onih zaposlenih u djelatnosti socijalne skrbi, tako i onih koji su zaposleni u drugim sustavima kao što su zdravstvo, pravosuđe, gospodarstvo i civilni sektor. Također, jedan od ciljeva osnivanja komora jest i nadzor nad savjesnim, odgovornim i stručnim radom stručnih radnika pojedinih profesija

Strategija razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2011.-2016.

Tijekom 2010. Usvojena je Strategija razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj 2011.-2016. Strategija sadrži prioritete razvoja sustava socijalne skrbi, kao i mjere koje se planiraju provesti kako bi se ostvarili ciljevi Strategije. Prioritetni ciljevi razvoja su: povećanje učinkovitosti sustava socijalne pomoći, decentralizacija socijalne skrbi, povećanje dostupnosti i pristupa socijalnih usluga (deinstitucionalizacija i prevencija institucionalizacije), informatizacija socijalne skrbi, unaprjeđenje suradnje s organizacijama civilnog društva, osnaživanje lokalnih zajednica u procesu socijalnog planiranja usluga, izgradnja standarda za praćenje i vrednovanje pružanja socijalnih usluga, unaprjeđenje suradnje između različitih razina i tijela vlasti.

Prvi napori u pravcu razvoja sustava socijalne skrbi učinjeni su provedbom Projekta razvoja sustava socijalne skrbi financiranog sredstvima Svjetske Banke, te potpisivanjem Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju.

Projekt razvoja sustava socijalne skrbi

Projekt razvoja sustava socijalne skrbi provodio se u razdoblju od 2006. do 2009. godine sa ciljem modernizacije sustava i njegova daljnjeg usklađivanja s kriterijima i standardima važećim u zemljama Europske unije. Projekt je uključivao provedbu aktivnosti radi poboljšanja u pružanju socijalnih usluga putem razvoja socijalnih programa i nove organizacije rada u centrima za socijalnu skrb, osnaživanja informacijskog i upravljačkog sustava socijalne skrbi, te poboljšanja infrastrukture u ustanovama socijalne skrbi u svrhu podizanja kvalitete življenja korisnika.

Projekt razvoja sustava socijalne skrbi odvijao se kroz tri komponente.

I. komponenta (poboljšanje u pružanju socijalnih usluga)

U okviru I. komponente završene su sve planirane projektne aktivnosti s 30. rujna 2009. godine, nakon čega se nastavilo s implementacijom reforme.

1. *Standardi kvalitete socijalnih usluga u djelatnosti socijalne skrbi* izrađeni su u okviru Projekta socijalne skrbi i doneseni odlukom ministra zdravstva i socijalne skrbi 7. prosinca 2009. godine. Standardi opisuju kako trebaju izgledati kvalitetne socijalne usluge i predstavljaju polaznu osnovu za mjerenje kvalitete socijalnih usluga. U procesu razvoja standarda Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi je, uz osiguranu tehničku pomoć, uključilo različite dionike u konzultativni proces, provelo pilot projekt uvođenja standarda kvalitete kod šest pružatelja socijalnih usluga, te prikupilo mišljenja i prijedloge stručnjaka zaposlenih u centrima za socijalnu skrb, domovima socijalne skrbi i nevladinim organizacijama. Standardi kvalitete revidirani su tijekom provedenih edukacija stručnih radnika pružatelja socijalnih usluga u kojima su testirani standardi u studenom 2008., te travnju i svibnju 2009. godine. Do konačnog nacrt standarda došlo se kroz aktivan rad

šest različitih pružatelja socijalnih usluga (dom socijalne skrbi, centar za socijalnu skrb i organizacije civilnog društva). Održano je i više radionica obuke pružatelja usluga te završna konferencija o standardima kvalitete na kojoj je sudjelovalo oko 200 dionika. Standardi kvalitete čine važan dio sustava kvalitete, čime se osigurava: trajna i predvidljiva kvaliteta usluga; profesionalno djelovanje sustava usluga; trajno poboljšavanje kvalitete usluga; zadovoljstvo i povjerenje u kvalitetu usluga; odgovornost pružatelja usluga prema naručiteljima i korisnicima usluga, kao i široj društvenoj zajednici.

Tijekom 2011. godine, sukladno Smjernicama za uvođenje standarda kvalitete socijalnih usluga, nastavljeno je uvođenje standarda u svim ustanovama socijalne skrbi kojima je osnivač Republika Hrvatska. Budući da standardi kvalitete usluga, koji se uvode u sustav socijalne skrbi, naglašavaju usmjerenost na potrebe korisnika i predstavljaju polaznu osnovu za mjerenje kvalitete socijalnih usluga, čime se nadalje omogućuje precizna i transparentna evaluacija svakog pojedinog pružatelja usluga, sa svakim od gore navedenih pružatelja usluga, a riječ je o 80 centara za socijalnu skrb s 27 podružnica i 11 ureda te 72 doma socijalne skrbi, održane su radionice na kojima se vršila analiza Izvješća o samoprocjeni. Također, izvršena je priprema za edukaciju Timova za kvalitetu drugih pružatelja usluga kojima nije osnivač Republika Hrvatska.

2. Promjene u organizaciji rada centra za socijalnu skrb

Ideja reforme sustava socijalne skrbi podrazumijeva stvaranje sustava koji u svojem središtu ima korisnike, koji je usmjeren na postizanje rezultata i koji će biti prilagođen korisnicima. U tom je smislu Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi dana 7. prosinca 2009. godine donijelo odluku o uvođenju nove organizacije rada centra za socijalnu skrb i podružnice – Ured sve na jednom mjestu, a novi model uveden je u 19 centara za socijalnu skrb.

Koncept "ureda sve na jednom mjestu" podrazumijeva strukturnu i kvalitativnu promjenu načina rada formiranjem prijemnog ureda kako bi se osigurao kvalitetni prvi kontakt s korisnikom, te izvršila inicijalna procjena potreba korisnika. Poslovi novčanih naknada odvajaju se od usluga socijalne skrbi, pa se tako socijalna skrb organizira u sklopu tri stručne cjeline (odjel za novčane naknade, odjel za djecu, mladež i obitelj, te odjel za odrasle osobe). Socijalni radnici u centrima za socijalnu skrb preuzeli su ulogu voditelja plana („case manager“) odgovornog za oblikovanje i dogovaranje najboljih usluga i naknada na koje korisnik ima pravo. U izradi i praćenju ostvarivanja individualnog plana aktivno sudjeluje korisnik, njegova obitelj i stručni radnici drugih profila, a plan bi se trebao revidirati u skladu s promjenama specifičnih potreba i okolnosti korisnika kako bi se osiguralo kvalitetno „vođenje slučaja“, koje podrazumijeva dobru procjenu potreba korisnika, a potom izradu plana promjena. Tijekom 2011. godine za sve centre za socijalnu skrb organizirane su edukativne radionice na kojima su stručnjaci u centrima za socijalnu skrb obučavani za primjenu ovih metoda stručnog rada. Istodobno se centri za socijalnu skrb usklađuju sa standardima kvalitete u socijalnim uslugama, čije usklađivanje je ušlo u zadnju godinu uvođenja.

3. Socijalno planiranje

U skladu s Vladinom politikom za prevenciju, deinstitucionalizaciju, reintegraciju i uključivanje Ministarstvo je tijekom 2009. godine započelo sa uvođenjem socijalnog planiranja. Cilj je pružiti pomoć u razvoju alata (mehanizma) koji bi pomogli jedinicama lokalne i područne uprave i centrima za socijalnu skrb u planiranju pružanja socijalnih usluga.

Do rujna 2009. godine, u tijeku trajanja Projekta razvoja sustava socijalne skrbi, izrađeni su socijalni planovi za tri pilot županije (Vukovarsko-srijemska, Zadarska, Splitsko - dalmatinska). U razdoblju nastavka s implementacijom reforme, izrađeni su socijalni planovi za još 7 županija (Zagrebačka, Koprivničko-križevačka, Virovitičko-podravska, Šibensko-kninska, Ličko-senjska, Sisačko-moslavačka i Karlovačka županija).

Izrađeni Socijalni planovi obuhvaćaju detaljnu analizu kapaciteta, dostupnost mreže socijalnih usluga i specifične ciljeve razvoja institucionalnih i izvaninstitucionalnih socijalnih usluga, s posebnim naglaskom na usluge za skupine u većem riziku od socijalne isključenosti

4. Program za inovacije i učenje

dio je Projekta razvoja sustava socijalne skrbi čiji je cilj poticati i pružati potporu financijski isplativim visokokvalitetnim uslugama koje su usmjerene na prevenciju institucionalizacije, deinsitucionalizaciju i reintegraciju korisnika u lokalnu zajednicu, te razvijati izvaninstitucionalne oblike socijalnih usluga u lokalnoj zajednici. U okviru programa za inovacije i učenje iz zajma je utrošeno 3,7 milijuna EUR iz 34 darovnice dodijeljene ustanovama socijalne skrbi i nevladinim organizacijama za pokretanje i uvođenje inovativnih programa s područja socijalne skrbi. Svi projekti uspješno su provedeni do 30. rujna 2009. godine. Nakon završetka financiranja voditelji projekata očekuju da će lokalna zajednica ili drugi donatori financirati projekte u nekoj mjeri. Neki su od njih već imali Sporazume o partnerstvu vezane uz financiranje, a drugi su se usmeno dogovorili sa lokalnim vlastima o financiranju iz lokalnih proračuna. Projekti su bili vidljivi u lokalnim zajednicama i prepoznati su kao vrijedni i korisni u zadovoljavanju potreba lokalne zajednice. Financiranje od strane tadašnjeg Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Svjetske Banke se pokazalo kao dobra referenca za nastavak financiranja od strane različitih donatora. Neki projekti će nastaviti svoje aktivnosti, ali u manjem opsegu ovisno o raspoloživim resursima. Nijedan projekt neće zaustaviti sve aktivnosti nakon završetka financiranja od strane Programa, ali neki od njih će nastaviti svoje aktivnosti u značajno smanjenom opsegu u odnosu na ono što je dogovoreno Sporazumima o partnerstvu zbog trenutne ekonomske situacije i problemima u pojedinim financijski slabijim lokalnim zajednicama. Svi ovi inovativni modeli prepoznati kroz Program za inovacije i učenje pokazali su se kao korisni i usmjereni ciljevima i trebali bi se primjenjivati po čitavoj Hrvatskoj

II. komponenta (informatizacija sustava)

Tijekom 2009. godine u okviru Projekta razvoja sustava socijalne skrbi izrađen je i preuzet informatički sustav SocSkrb koji je implementiran u centrima za socijalnu skrb u tri pilot županije. Djelatnici centara započeli su s unošenjem podataka o korisnicima, a tijekom rada utvrđuju se i otklanjaju pogreške te se radi na unapređenju sustava. Ujedno je provedena edukacija zaposlenika 36 ustanova socijalne skrbi u pilot županijama (344 radnika). Izrađen je softver za informatičko povezivanje s drugim sustavima – e-Razmjena kao i projekt „Usklađivanje postojećih i prijedlog novih statističkih izvješća Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi“. Završen je natječaj za nabavu i instalaciju računalne opreme i sustavne programske podrške za proširenje informacijskog sustava na nacionalnoj razini.

Kroz projekt "Projektni dizajn, usmjeravanje i koordinacija informatičkog upravljačkog sustava za informatičko povezivanje s drugim institucijama izvan sustava socijalne skrbi" izrađeno je informatičko rješenje koje će osigurati razmjenu podataka iz sustava socijalne skrbi s drugim sustavima koji su i do sada sudjelovali u dostavljanju ili zaprimanju različitih

podataka i dokumenata o korisnicima sustava socijalne skrbi. Informatičkim povezivanjem unaprijedile bi se financijske i administrativne kontrole, umanjila bi se mogućnost višestrukih isplata socijalnih naknada ili drugih pogrešaka.

Radi implementacije cijelog sustava i uspostavljanja njegove pune funkcionalnosti, kao i održavanja te upravljanja sustavom tijekom srpnja i kolovoza 2011. pokrenuti su postupci nabave te aktivnosti radi provedbe edukacije za sve radnike ustanova socijalne skrbi izvan pilot županija te usklađivanja aplikacije s promjenama zbog stupanja na snagu novog Zakona o socijalnoj skrbi.

Za provedene aktivnosti II. komponente projekta ukupno je utrošeno 405.260 USD iz darovnice Švedske agencije za međunarodni razvoj (SIDA), te 2.501.770,48 EUR iz zajma Svjetske banke za Projekt razvoja sustava socijalne skrbi. Ugovorene obveze za aktivnosti u tijeku iznose ukupno 1.476.822,13 EUR iz sredstava zajma, a za planirane aktivnosti osigurano je 2.500.000 EUR sredstava zajma Svjetske banke.

III. komponenta (poboljšanje infrastrukture)

Cilj ove komponente bio je osigurati infrastrukturu u centrima za socijalnu skrb u skladu s administrativnom reorganizacijom tih institucija, te poboljšati uvjete života korisnika u domovima socijalne skrbi.

Kroz ovu komponentu provedena je edukacija radnika Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi u području vođenja postupaka nabave i financijskog upravljanja u projektima financiranim zajmovima Svjetske banke, provedena je rekonstrukcija i adaptacija u domovima socijalne skrbi na 45 lokacija širom Republike Hrvatske s prvenstvenim ciljem poboljšanja uvjeta života korisnika i osigurani su uvjeti za rad u 14 centara za socijalnu skrb:

- izgrađeno je 9 novih centara za socijalnu skrb (Osijek, Koprivnica, Vinkovci, Čakovec, Krk, Daruvar, Novska, Našice i Krapina);
- rekonstruirana su i dograđena 4 centra za socijalnu skrb (Velika Gorica, Dugo Selo, Đurđevac i Garešnica), te je obnovljen Centar za socijalnu skrb Rijeka.

Za navedeno su predviđena ukupna sredstva u iznosu od 33,36 milijuna eura, od čega Međunarodna banka za obnovu i razvoj financira 22,8 milijuna eura.

Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske (JIM)

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, kao koordinator pretpristupnih aktivnosti suradnje Republike Hrvatske s Europskom unijom u području socijalnog uključivanja, izradilo je Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske (Joint Inclusion Memorandum/JIM). JIM su zajednički potpisali Vlada Republike Hrvatske i Europska komisija 5. ožujka 2007. godine.

U skladu s potpisanim dokumentom Republika Hrvatska je obvezna podnositi izvješće o provedbi JIM-a Europskoj komisiji i partnerima jednom godišnje.

Nakon potpisivanja Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske 5. ožujka 2007. godine Hrvatska je ušla u fazu provedbe mjera predviđenih JIM-om i njihova praćenja. S obzirom da je potrebno kontinuirano prilagođavati mjere novim okolnostima i izazovima, Hrvatska je tijekom 2009. godine završila izradu novog Nacionalnog provedbenog plana za razdoblje od 2009. do 2010., koji je uzeo u obzir izazove iz prethodnog provedbenog plana, ali i mjere koje nisu uključene u raniji provedbeni plan.

U Zagrebu je 31. ožujka 2009. godine održana treća konferencija nakon potpisivanja JIM-a, koja je imala za cilj predstaviti novi Nacionalni provedbeni plan za razdoblje 2009.-2010., omogućiti razmjenu mišljenja o provedbi mjera i aktivnostima sadržanim u JIM-u i provedbenom planu, raspraviti ključne predstojeće reformske izazove i probleme koji otežavaju uspješno vertikalno i horizontalno upravljanje procesima koji su važni s aspekta provedbe JIM-a. Sredinom 2009. godine pripremljeno je drugo Izvješće o provedbi JIM-a i Nacionalnog provedbenog plana 2007.-2008. Europska komisija je dostavila evaluacijsko izvješće o provedbi mjera za razdoblje od početka 2008. do ožujka 2009. U tom su evaluacijskom izvješću naznačeni napreci ostvareni u pojedinim područjima socijalnog uključivanja te su također istaknuti daljnji izazovi kao što su: ubrzanje procesa deinstitucionalizacije i decentralizacije, zaštita starijih osoba bez mirovinskih primanja, zapošljavanje i socijalno uključivanje etničkih manjina, promicanje cjeloživotnog učenja, zaštita ranjivih skupina od utjecaja ekonomske krize, cjelovito praćenje poduzetih mjera. Polazeći od evaluacijskog izvješća i smjernica za pripremu izvješća za 2009. godinu, pristupilo se pripremi Izvješća o provedbi Zajedničkog memoranduma o socijalnom uključivanju Republike Hrvatske u 2009. godini. To znači da je struktura ovog Izvješća usuglašena sa zahtjevima i smjernicama EK. Izvješće se sastoji od dva glavna dijela te statističkih i drugih priloga. U prvom je dijelu napravljen pregled socijalne, ekonomske i demografske situacije, prezentiran cjeloviti strateški pristup u bavljenju izazovima siromaštva i socijalne isključenosti tijekom 2009. te je ocrtan okvir strateškog pristupa u razdoblju od 2010. do 2011. godine. Drugi dio sadrži informacije o provedbi prioriteta i mjera prihvaćenih u JIM-u i Nacionalnom provedbenom planu 2009.-2010.

U lipnju 2011. godine izrađeno je i dostavljeno Europskoj komisiji Izvješće o provedbi JIM-a za 2010. godinu. Poseban osvrt dan je na socijalne posljedice i mjere za ublažavanje utjecaja gospodarske i financijske krize. Unutar svake mjere JIM-a dan je osvrt na svaku ciljanu skupinu, dana je usporedba napretka provedbe mjera u promatranom razdoblju u odnosu na prethodne godine s poveznicom na početak procesa 2006. godine, vidljiva je poveznica između procesa IPA-e, te Zajedničkog memoranduma o prioritetima politike zapošljavanja /JAP-a/. U veljači 2011. godine prihvaćen je treći Nacionalni provedbeni plan za socijalno uključivanje za razdoblje od 2011. – 2012. godine. Provedbeni plan sadrži mjere koje se kontinuirano provode od samog donošenja JIM-a, tj. od 2007. godine, te nove mjere radi potrebe prilagođavanja novim okolnostima i praćenja nove Strategije Europske unije *Europa 2020* koju karakterizira pametan, održiv i uključujući rast, koji će rezultirati visokom razinom zaposlenosti, produktivnosti i socijalne kohezije. Nacionalni provedbeni plan za socijalno uključivanje 2011.-2012. godine obuhvaća prioritetne aktivnosti koje se planiraju provesti, ciljane skupine na koje su aktivnosti usmjerene, pokazatelje temeljem kojih će se mjeriti stupanj realizacije aktivnosti, nadležna državna tijela i institucije (organizacije) odgovorne za provedbu aktivnosti te izvore financiranja navedenih aktivnosti. Tijekom 2012. godine izrađeno je peto Izvješće o provedbi mjera JIM-a u 2011. godini. U procesu JIM-a održane su 3 JIM konferencije i dvije zajedničke JIM/JAP konferencije, na kojima je sudjelovao veliki broj različitih dionika u svrhu razmjene gledišta i identificiranja najboljih rješenja o pojedinim pitanjima.

Program gospodarskog oporavka

Sukladno Planu provedbenih aktivnosti Programa gospodarskog oporavka koji je usvojila Vlada Republike Hrvatske prihvaćene su mjere pod točkom 10. Sustav socijalnog osiguranja sa ciljem osiguranja dugoročne održivosti sustava u uvjetima starenja stanovništva te

povećanja učinkovitosti socijalnih transfera njihovim usmjeravanjem isključivo onima kojima su neophodni.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi nositelj je mjere "Analiza sustava socijalnih naknada, ujednačavanje naknada koje se dodjeljuju po istoj osnovi i puna primjena OIB-a kao instrumenta usmjeravanja mjera socijalne politike".

U okviru ove mjere Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi je u prosincu 2010. godine, u koordinaciji s drugim državnim tijelima, napravilo analizu svih socijalnih naknada sa ciljem ujednačavanja prava koja se ostvaruju na istoj osnovi te ažuriralo popis svih socijalnih naknada. Također, izrađen je prijedlog racionalizacije socijalnih naknada, definiranje jedinstvenog pojma obitelji (kućanstvo), utvrđivanje jedinstvene metodologije određivanja imovinskog cenzusa i prijedlog visine cenzusa za ostvarivanje socijalnih naknada; prijedlog izmjene pojedinih zakonskih propisa te izradilo prijedlog administrativne racionalizacije sustava u smjeru uspostavljanja jedinstvenog mjesta za isplatu socijalnih naknada.

Uvođenje upravljanja zbirkama podataka

Sa ciljem planiranja, praćenja stanja te za znanstvenoistraživačke i statističke svrhe na području socijalne skrbi (čl. 180. Zakona o socijalnoj skrbi) uvodi se upravljanje zbirkama podataka koje obuhvaćaju cjelokupni nacionalni sustav socijalne skrbi.

Ministarstvo nadležno za poslove socijalne skrbi postaje voditelj centralne zbirke podataka o novčanim naknadama i socijalnim uslugama, a podatke iz te zbirke može razmjenjivati s drugim tijelima samo pod uvjetima propisanim zakonom.

Ministarstvo je nadležno za održavanje, korištenje, osiguravanje sigurnosnih uvjeta i nadzor baze podataka i cjelokupnog IT sustava SocSkrb, te pružanje informatičke podrške sustavu socijalne skrbi.

Podaci se prikupljaju neposredno od korisnika i članova njegove obitelji te iz drugih službenih zbirki podataka, koje u Republici Hrvatskoj vode za to ovlaštena tijela.

Za prikupljanje, obradu, pohranjivanje, posredovanje i korištenje podataka koje sadrže zbirke podataka te za zaštitu informacijske privatnosti pojedinca primjenjuju se odredbe Zakona o zaštiti osobnih podataka („narodne novine“, broj 103/03, 118/06 i 41/08).

4.1. Stavak 1. - ODGOVARAJUĆA POMOĆ ZA SVAKU OSOBU U POTREBI

Cjelokupni sustav socijalne sigurnosti obilježen je značajnim promjenama u području obiteljske politike, obrazovanja, zapošljavanja, mirovinskog osiguranja, te zdravstva i zdravstvenog osiguranja. U tom sustavu socijalna skrb čini posljednju socijalno-zaštitnu mrežu sa svrhom zbrinjavanja i uključivanja u društvo socijalno najugroženije populacije, odnosno socijalno osjetljivih skupina.

Sustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj propisan je Zakonom o socijalnoj skrbi ("Narodne novine" br. 33/12), koji se primjenjuje od 24. ožujka 2012. godine. Isti je donesen budući da je praćenjem učinka prethodnog Zakona o socijalnoj skrbi (Narodne novine“, broj 57/11), utvrđeno da je isti doveo do centralizacije sustava, iako se reformom sustava socijalne skrbi trebalo ići ka decentralizaciji sustava.

Novi Zakon o socijalnoj skrbi uvažava nove spoznaje i metode u radu s korisnikom, a istim su na bolji način riješeni problemi koji su uočeni tijekom primjene prethodnog zakona iz lipnja 2011. godine.

Zakonom su bolje uređena načela u sustavu socijalne skrbi, na jasniji način su uređena prava korisnika i postupak za njihovo priznavanje, uključujući i pravo na socijalne usluge, poboljšani su postupci za pružanje usluga, ponovo je uređen način provođenja upravnog i inspekcijskog nadzora, sukladno odredbama Zakona o sustavu državne uprave („Narodne novine“, broj 150/11).

Ovim Zakonom socijalne usluge će se pružati na temelju javnog natječaja za popunjavanje mreže socijalnih usluga, a ne putem koncesija kako je to bilo uređeno prethodnim Zakonom. Novim Zakonom o socijalnoj skrbi stvaraju se preduvjeti za daljnju reformu sustava socijalne skrbi kao važnom dijelu javnog sektora na sljedećim načelima:

- osiguravanju i racionalizaciji sredstava i raspodjeli prema temeljnim načelima ostvarivanja prava korisnika u sustavu socijalne skrbi (supsidijarnosti, pravičnosti, pravovremenosti, zabrane diskriminacije, dostupnosti i slobode izbora, individualizacije i najboljeg interesa korisnika, uključivanja korisnika u zajednicu, poštivanja ljudskih prava i integriteta korisnika)
- stvaranju uvjeta za financiranje i razvoj mreže usluga u lokalnoj zajednici temeljenih na potrebama korisnika razvojem socijalnog planiranja,
- vezivanju osnovice za pomoć za uzdržavanje uz relativnu liniju siromaštva,
- poticanju zapošljavanja radno sposobnih osoba korisnika pomoći za uzdržavanje organiziranjem javnih radova i jasnim definiranjem suradnje,
- skraćivanju postupka za ostvarivanje socijalnih usluga,
- partnerstvu u pružanju usluga socijalne skrbi,
- obvezi stručnog usavršavanja i napredovanja stručnih radnika,
- uvođenju jedinstvene zbirke podataka o korisnicima prava na novčane naknade i socijalne usluge,
- sveobuhvatnom kontinuiranom upravnom i inspekcijskom nadzoru radi praćenja postizanja kvalitete pruženih usluga, zakonitosti rada i zadovoljstva korisnika.

Zakonom o socijalnoj skrbi osigurava se minimalni životni standard najugroženijeg dijela stanovništva te primjereno zadovoljavanje osobnih i obiteljskih potreba socijalno osjetljivih skupina s posebnim naglaskom na smjernice Europske unije u području socijalnog uključivanja.

Sredstva za financiranje djelatnosti socijalne skrbi osiguravaju se pretežno iz državnog proračuna, i to oko 96%, dok se ostalih 4% osigurava iz prihoda za posebne namjene sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi i Pravilniku o sudjelovanju i načinu plaćanja korisnika i drugih obveznika uzdržavanja u troškovima smještaja izvan vlastite obitelji („Narodne novine“, broj 112/98 i 5/02). Prihod za posebne namjene ostvaruje se od sredstava kojima korisnik i obveznik uzdržavanja sudjeluju u plaćanju cijene skrbi izvan vlastite obitelji. U financiranju socijalne skrbi manjim dijelom sudjeluju i jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave.

Tablica 75. Sredstva socijalne skrbi

IZVORI SREDSTAVA	2008.		2009.		2010.	
	iznos	%	iznos	%	iznos	%
1. Državni proračun						
Ukupno (1.1. do 1.4.)	2.624.862.514	96,1	2.876.424.081	96,3	2.746.416.008	95,8
1.1. Pomoći i naknade u socijalnoj skrbi	1.600.376.441	58,6	1.820.299.413	60,9	1.798.184.094	62,7
1.2. Bruto plaća i druga primanja zaposlenika javnih ustanova socijalne skrbi (centara za socijalnu skrb i domova za socijalnu skrb)	655.818.872	24,0	679.845.044	22,8	675.935.078	62,7
1.3. Materijalni troškovi i drugi izdaci državnih domova socijalne skrbi	251.549.122	9,2	256.400.245	8,6	255.904.821	8,9
1.4. Izdaci za nabavu, izgradnju i investicijsko održavanje kapitalnih sredstava	117.118.078	4,3	119.879.379	4,0	16.392.015	0,6
2. Vlastiti prihodi javnih ustanova socijalne skrbi	105.744.600	3,9	110.229.244	3,7	119.401.993	4,2
3. SVEGA (1.+2.)	2.730.607.114	100,0	2.986.653.325	100,0	2.865.818.001	100,0

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi

Korisnici socijalne skrbi su samci i obitelji koji nemaju dovoljno sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba, trudnica ili roditelj s djetetom do godine dana života bez obiteljske potpore i odgovarajućih uvjeta života, dijete s invaliditetom ili psihički bolesno dijete i dijete prema kojem je ili bi trebala biti primijenjena mjera obiteljsko-pravne ili kazneno-pravne zaštite, osoba koja je u nevolji zbog poremećenih odnosa u obitelji ili drugih oblika društveno neprihvatljivog ponašanja, te odrasla osoba kojoj je radi invalidnosti, starosti, psihičke bolesti, trajnih promjena u zdravstvenom stanju, ovisnosti ili drugih razloga potrebna pomoć. Zakonom o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011. godine prvi puta se uvodi i pojam beskućnik pod kojim se podrazumijeva osoba koja nema stanovanja niti sredstva kojima bi mogla namiriti potrebu stanovanja te je privremeno smještena u prihvatilištu ili boravi na javnim ili drugim mjestima koja nisu namijenjena za stanovanje.

U nastavku je tablica koja prikazuje osnovne karakteristike korisnika pomoći za uzdržavanje u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb). Budući da je Ministarstvo Godišnje statističko izvješće o korisnicima i pomoćima u socijalnoj skrbi u Republici Hrvatskoj za 2011. godinu, obvezno izraditi do rujna 2012. godine, nismo u mogućnosti dati cjeloviti prikaz korisnika za 2011. godinu.

Tablica 76. Korisnici pomoći za uzdržavanje (%)

	2008.	2009.	2010.
Udio korisnika u ukupnom stanovništvu RH	2,1	2,1	2,3
Prema spolu korisnika			
M	49,9	50,49	50,26
Ž	50,1	49,50	49,73
Prema osobnim značajkama			
Samac	23,58	23,37	22,90
Odrasla osoba-član obitelji	76,41	76,62	77,09
Prema dobi korisnika			
Do 7 g.	11,95	11,80	12,98
7-15	16,22	16,26	16,20
15-18	6,22	6,17	6,14
18-30	9,40	9,89	9,68
30-40	12,08	12,14	12,30
40-50	14,52	14,62	14,50
50-60	12,14	12,24	11,77
60-75	12,41	12,12	12,10
75 i više	5,02	4,71	4,28
Prema radnom statusu korisnika			
Nezaposlen	43,33	41,94	42,23
Zaposlen	0,49	0,47	0,48
Obavlja samostalnu djelatnost	0,03	0,03	0,02
Umirovljenik	1,27	1,50	1,34
Poljodjelac	0,87	1,15	0,81
Djeca i mladež u redovnom školovanju	30,16	32,28	32,42
Odrasla potpuno radno nesposobna osoba	18,11	14,97	17,15
Ostali	5,70	4,45	5,50
Prema duljini primanja pomoći			
Do 6 mj.	8,74	9,70	11,49
Od 6 mj. – 1 g.	10,55	10,19	11,06
1-2 g.	16,50	18,99	18,39
2-5 g.	25,69	24,27	24,42
5-10 g.	25,89	24,06	22,66
10 i više	12,59	12,76	11,95
Prema obrazovanju nositelja pomoći (samac ili glava obitelji)*			
Bez škole	15,91	12,59	12,52
Nezavršena osnovna škola	24,32	25,47	25,40
Osnovna škola (NSS)	31,41	33,23	33,92
Srednja stručna sprema (SSS)	26,36	26,82	26,54
Viša stručna sprema (VŠS)	1,09	1,12	1,58
Visoka stručna sprema i više (VSS)	0,88	0,75	0,81

* "Nositelj" pomoći jest onaj koji podnosi zahtjev i dobiva pomoć za sebe i obitelj, dok pojam "korisnika" obuhvaća tražitelje pomoći i sve članove obitelji koji koriste dobivenu pomoć.

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi

Prava u sustavu socijalne skrbi

Prava u sustavu socijalne skrbi su: pomoć za uzdržavanje, pomoć za podmirenje troškova stanovanja, jednokratna pomoć, potpore za obrazovanje, osobna invalidnina, doplatka za pomoć i njegu, status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja, naknada do zaposlenja, inkluzivni dodatak te socijalne usluge.

1. Pomoć za uzdržavanje

Pomoć za uzdržavanje mogu ostvariti osobe koje nemaju sredstava za uzdržavanje u visini propisanoj Zakonom, a nisu ih u mogućnosti ostvariti prodajom imovine, davanjem u zakup ili najam imovine koja ne služi njoj niti članovima njene obitelji za podmirenje osnovnih životnih potreba. Propisano je da je radno sposobna nezaposlena osoba uredno prijavljena nadležnoj službi za zapošljavanje i da ne odbije ponuđeni posao.

Visina pomoći ovisi o posebnostima svake obitelji kao što su: broj članova obitelji, starosna dob, nesposobnost za rad, trudnoća i samohranost, a utvrđuje se u postotku od osnovice za socijalna davanja. Ovo je pravo namijenjeno korisniku za osiguranje podmirenja najosnovnijih životnih potreba (pri tome se obično smatra prehrana, te druge najosnovnije osobne potrebe). Polazi se od pretpostavke da je svatko dužan brinuti za zadovoljavanje svojih životnih potreba i potreba osoba koje je po zakonu ili drugoj pravnoj osnovi dužan uzdržavati, te da je dužan svojim radom, prihodima i imovinom pridonositi sprečavanju vlastite socijalne ugroženosti, kao i članova svoje obitelji, posebice djece i drugih članova koji se ne mogu sami o sebi brinuti. U smislu odredbi Zakona smatra se da osoba može sama sebe uzdržavati ako prihode može ostvariti prodajom imovine ili davanjem u zakup ili najam imovine koja ne služi njoj ili članovima njezine obitelji za podmirenje osnovnih životnih potreba. Stambenim prostorom kojim se zadovoljavaju osnovne stambene potrebe smatra se stan ili kuća veličine 35 m² korisne površine za jednu osobu, a za osobe s invaliditetom 20% veći (42 m²), uvećane za 10 m² za svaku daljnju osobu, s mogućim odstupanjem do 10 m².

Osnovica na temelju koje utvrđuje iznos pomoći za uzdržavanje utvrđuje Vlada Republike Hrvatske u iznosu koji ne može biti manji od 22,5% mjesečnog iznosa relativne linije siromaštva za samačko kućanstvo. Mjesečni iznos relativne linije siromaštva za samačko kućanstvo utvrđuje se u visini jedne dvanaestine godišnjeg iznosa relativne linije siromaštva, koji objavljuje Državni zavoda za statistiku.

Zakonom o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011. godine je izmijenjena je Ekvivalentna ljestvica tako da na pravedniji način osigurava pomoć samcima. Također, osnovica kojom se utvrđuje visina prava vezana je uz relativnu liniju siromaštva.

Iznos pomoći za uzdržavanje utvrđuje se u postotku od osnovice i za radno sposobnog samca utvrđen je iznos od 120% osnovice tj. 600,00 kn. Za radno sposobnu osobu koja živi u obitelji visina stalne pomoći iznosi 80%, osnovice odnosno 400,00 kn. Nadalje, ovisno o dobi članova obitelji, za dijete do 7 g. 80% osnovice - 400,00 kn, dijete od 7 – 15 g. 90% osnovice - 450,00 kn, dijete od 15 – 18g. odnosno do završetka redovnog školovanja – 100% osnovice - 500,00 kn.

Pomoć za uzdržavanje povećava se za određeni % osnovice ako je korisnik - potpuno radno nesposobna osoba koja živi sama 50% osnovice ili 250,00 kn, - potpuno radno nesposobna osoba koja živi u obitelji 30% osnovice ili 150,00 kn, - trudnica nakon 12 tjedana trudnoće i roditelja do 2 mjeseca nakon poroda 50%, osnovice ili 250,00 kn, - dijete samohranog roditelja 25% osnovice ili 125 kn.

Radno sposobna osoba koja prima pomoć za uzdržavanje i drugu materijalnu pomoć ima pravo i obvezu sudjelovati u aktivnostima koje omogućavaju njezinu socijalnu uključenost. Za vrijeme korištenja prava na pomoć za uzdržavanje nezaposlena radno sposobna osoba ili djelomično radno sposobna osoba dužna je prihvatiti zaposlenje u skladu s propisima o zapošljavanju i planom aktivnosti korisnika.

U Republici Hrvatskoj pomoć za uzdržavanje, kao najznačajniju pomoć u suzbijanju siromaštva, prima 104.179 osoba (podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine). Udio korisnika pomoći za uzdržavanje u ukupnom broju stanovništva Republike Hrvatske u prosincu 2011. godine iznosio je 2,3 %, što je veći udio u odnosu na razdoblje od 2008. do 2010. godine. Pomoć za uzdržavanje u 2008. godini ostvarile su 92.819 osoba, u 2009. godini 94.849 osoba, a u 2010. godini 102.668 osoba.

Tablica 77. Pomoć za uzdržavanje

	2008.	2009.	2010.
1. ukupno pomoći (samcima i obiteljima)	42.541	43.246	46.246
2. ukupno obuhvaćenih osoba	92.819	94.849	102.668

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

- 2. Pravo na pomoć za podmirenje troškova stanovanja** namijenjeno je za pokriće troškova najamnine, komunalne naknade, električne energije, plina, grijanja, vode i odvodnje. Spomenuta pomoć može se odobriti samcu ili obitelji ako njihov mjesečni prihod u posljednja tri mjeseca u kojem je podnesen zahtjev ili pokrenut postupak po službenoj dužnosti, ne prelazi visinu iznosa pomoći za uzdržavanje propisanih Zakonom o socijalnoj skrbi. Pomoć za podmirenje troškova stanovanja odobrava jedinica lokalne samouprave mjesečno, do iznosa polovice sredstava pomoći za uzdržavanje samca ili obitelji propisanih Zakonom. U okviru tog prava korisniku koji se grije na drva može se odobriti jednom godišnje 3m² drva ili odobriti novčani iznos za podmirenje tog troška (sredstva za navedeno osiguravaju se na razini jedinica područne (regionalne) samouprave.

Tablica 78. Pomoć za podmirenje troškova stanovanja

	2008.	2009.	2010.
Pomoć za podmirenje troškova stanovanja (samcima i obiteljima)	32.575	27.456	29.038
Pomoć za ogrjev (samcima i obiteljima)	46.889	41.538	41.602

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

- 3. Pravo na doplatak za pomoć i njegu** - ovisno o promjenama u zdravstvenom stanju korisnici mogu ostvariti ovo pravo u smanjenom opsegu - 70% osnovice, tj. 350,00 kn ili punom opsegu 100% osnovice ili 500,00 kn. Doplatak za pomoć i njegu novčana je potpora namijenjena osobi koja ne može udovoljiti osnovnim životnim potrebama uslijed čega joj je prijeko potrebna pomoć i njega druge osobe u organiziranju prehrane, pripremi i uzimanju obroka, nabavci namirnica, čišćenju i

pospremanju stana, oblačenju i svlačenju, održavanju osobne higijene kao i u obavljanju drugih osnovnih životnih potreba.

Osoba ima pravo na doplatu za pomoć i njegu ako nema sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju, te ako prosječni prihod samca ne prelazi iznos od 250 % za ostvarivanje prava iz socijalne skrbi (1.250,00 kn), odnosno ako prosječni mjesečni prihod članova obitelji ne prelazi iznos od 200% osnovice (1.000,00 kn).

Doplatu za pomoć i njegu odobrava se u punom ili smanjenom iznosu, ovisno o tome postoji li prijetnja potreba pomoći i njege druge osobe u punom ili smanjenom opsegu. Prijetnja potreba stalne pomoći i njege druge osobe u punom opsegu postoji kod osoba s težim invaliditetom, kod osoba s težim trajnim promjenama u zdravstvenom stanju te kod slijepih, gluhih i gluhoslijepih osoba koje nisu osposobljene za samostalan život i rad.

Pravo na doplatu za pomoć i njegu u smanjenom ima slijepa, gluha i gluhoslijepa osoba koja je osposobljena za samostalan život i rad i osoba potpuno lišena poslovne sposobnosti.

Težinu oštećenja utvrđuje tijelo vještačenja u skladu s mjerilima propisanim Pravilnikom o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima («Narodne novine», broj: 64/02, 105/07 i 145/11). Kao mjerilo za utvrđivanje težine oštećenja ili trajne promjene u zdravstvenom stanju nije navedena sama dijagnoza, već teškoće koje su nastale kao posljedica određenog stanja ili bolesti.

U Republici Hrvatskoj doplatu za pomoć i njegu prima 79.654 osobe (podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine). Od navedenoga broja 53.898 osoba prima spomenuto pravo u punom iznosu dok 25.756 osoba pravo na doplatu za pomoć i njegu prima u smanjenom iznosu. U nastavku je tablica koja prikazuje broj korisnika prava na doplatu za pomoć i njegu u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb).

Tablica 79. Doplatu za pomoć i njegu

	2008.	2009.	2010.
1. u punom iznosu (100% osnovice)	51.720	54.067	55.529
2. u smanjenom iznosu (70% osnovice)	25.152	25.564	25.844
UKUPNO (1.+2.)	76.872	79.631	81.373

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

4. Potpore za obrazovanje

Zakonom o socijalnoj skrbi propisane su e potpore za obrazovanje i to:

4.1. Potpora za troškove smještaja u učeničkom domu

Polazniku srednje škole, čija obitelj ostvaruje pravo na pomoć za uzdržavanje, centar za socijalnu skrb priznaje pravo na troškove smještaja u učeničkom domu. Pravo se priznaje obitelji ukoliko prosječni mjesečni prihod po članu obitelji ne prelazi iznos od 150% osnovice za socijalna davanja (750,00 kn), odnosno ukoliko je polaznik srednje škole dijete iz

jednoroditeljske obitelji i prihod ne prelazi iznos od 250% osnovice (1.250,00 kn). Također, pravo na troškove smještaja u učeničkom domu priznaje se i djetetu s teškoćama u razvoju te djetetu smještenom u udomiteljsku obitelj ukoliko školu pohađa izvan mjesta prebivališta udomitelja a ne može mu se osigurati školovanje u mjestu prebivališta.

4.2. Potpora za troškove prijevoza

Pravo na novčanu potporu za pokriće troškova prijevoza do svojeg prebivališta ima osoba s invaliditetom i dijete s teškoćama u razvoju koji pohađaju nastavu radi stjecanja srednjoškolskog obrazovanja po posebnom programu ili osposobljavanja za samozbrinjavanje izvan mjesta svoga prebivališta.

4.3. Potpora za školske udžbenike

Korisniku prava na pomoć za uzdržavanje i korisniku prava na smještaj u udomiteljsku obitelj, koji je učenik osnovne ili srednje škole, jednom godišnje centar za socijalnu skrb odobriti će jednokratnu novčanu potporu za nabavku obveznih školskih udžbenika u vrijednosti 50% vrijednosti od odabranih novih školskih udžbenika i pripadajućih nastavnih sredstava za određeni razred.

4.4. Potpora za redovno studiranje

Neovisno o imovinskom stanju i prihodima korisnika, korisniku prava na stalni smještaj priznaje se pravo na mjesečnu potporu u visini četverostrukog iznosa osnovice (2.000,00 kn). Danom izvršnosti rješenja o priznavanju potpore za redovno studiranje, korisniku prestaje pravo na stalni smještaj. Prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine potpore za obrazovanje koristile su 13.888 osoba od čega je najveći broj osoba koristilo potporu za školske udžbenike (8.938 osoba) te potpore za troškove prijevoza (4.469 osoba).

5. Osobna invalidnina

Pravo na osobnu invalidninu ima osoba s teškim invaliditetom ili drugim teškim trajnim promjenama u zdravstvenom stanju u svrhu zadovoljavanja životnih potreba za uključivanjem u svakodnevni život zajednice.

Zakonom o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011. godine izmijenjene su odredbe vezane uz ostvarivanje prava na osobnu invalidninu koje su bile propisane o socijalnoj skrbi Zakona o socijalnoj skrbi ("Narodne novine" br. 73/97, 27/01, 59/01, 82/01, 103/03, 44/06 i 79/07), kojom se osobna invalidnina priznaje samo ukoliko je takvo oštećenje ili bolest nastala prije 18. godine života. Od lipnja 2011. godine ostvarivanje prava na osobnu invalidninu nije ograničeno dobi korisnika.

Osobna invalidnina iznosi mjesečno 250% osnovice (1.250,00 kn) za osobu koja nema vlastiti prihod niti imovinu propisnu Zakonom o socijalnoj skrbi. Ukoliko osoba ostvaruje prihod po bilo kojoj osnovi, osobna invalidnina se utvrđuje kao razlika između ostvarenog prihoda i iznosa osobne invalidnine i prosječnog prihoda ostvarenog u prethodna tri mjeseca.

Ako roditelj korisnika osobne invalidnine koristi roditeljski dopust, rad s polovicom punog radnog vremena, dopust ili rad s polovicom punog radnog vremena radi pojačane njege djeteta s težim smetnjama u razvoju ili mirovanje radnog odnosa do treće godine života djeteta, a dijete boravi 4 i više sati dnevno u predškolskoj, školskoj ili zdravstvenoj ustanovi, domu socijalne skrbi ili kod drugog pružatelja usluga boravka, osobna invalidnina se isplaćuje u iznosu od 125% osnovice, odnosno 625,00 kn.

U Republici Hrvatskoj osobnu invalidninu prima 18.948 osobe (podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine). Od navedenoga broja 18.383 osobe prima

spomenuto pravo u punom iznosu dok 565 osoba pravo na osobnu invalidninu prima u smanjenom iznosu.

U nastavku je tablica koja prikazuje broj korisnika prava na osobnu invalidninu u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb).

Tablica 80. Osobna invalidnina

	2008.	2009.	2010.
1. u punom iznosu (250% osnovice)	14.910	15.782	16.220
2. u smanjenom iznosu (125% osnovice)	743	550	560
UKUPNO (1.+2.)	15.653	16.332	16.780

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
(podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

6. Naknada do zaposlenja

Pravo na naknadu do zaposlenja u iznosu od 70% osnovice (350,00 kn) ima dijete s teškoćama u razvoju, odnosno osoba s invaliditetom kojoj je tjelesno, mentalno, intelektualno ili osjetilno oštećenje utvrđeno nakon završetka osnovnoškolskog, srednjoškolskog ili visokoškolskog obrazovanja, a najranije s navršenih 15 godina života.

Odluku o priznavanju prava na naknadu do zaposlenja donosi centar za socijalnu skrb, a sredstva osigurava Fond za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom. Ovo pravo prestaje danom zaposlenja korisnika, a pravo se može ponovno priznati ako zaposlenje prestane neovisno o volji korisnika i on ne ostvaruje naknadu za vrijeme nezaposlenosti prema drugim propisima. Korisnik ovog prava ne može istodobno ostvarivati pravo na doplatak za pomoć i njegu.

U nastavku je tablica koja prikazuje broj korisnika prava na naknadu do zaposlenja u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb).

Tablica 81. Naknada do zaposlenja

	2008.	2009.	2010.
1. u punom iznosu (250% osnovice)	14.910	15.782	16.220
2. u smanjenom iznosu (125% osnovice)	743	550	560
UKUPNO (1.+2.)	15.653	16.332	16.780

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
(podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

7. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja

Pravo na status roditelja njegovatelja, temeljem čega se ostvaruje naknada plaće u iznosu od 5 osnovica, odnosno 2.500,00 kuna, priznaje centar za socijalnu skrb jednom od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju, odnosno osobe s invaliditetom, koje je potpuno ovisno o pomoći i njezi druge osobe tako da mu je zbog održavanja života potrebno pružanje specifične njege izvođenjem medicinsko-tehničkih zahvata.

Ovo pravo priznaje se i jednom od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju, odnosno osobe s invaliditetom, koja je u potpunosti nepokretna i uz pomoć ortopedskih pomagala te roditelju djeteta s teškoćama u razvoju ili osobe s invaliditetom s više vrsta teških oštećenja (tjelesni, mentalnih, intelektualnih ili osjetilnih), zbog kojih je potpuno ovisno o pomoći i njezi druge osobe a boravi manje od 4 sata dnevno u predškolskoj, školskoj, obrazovnoj ili zdravstvenoj ustanovi, domu socijalne skrbi.

Novina kod ovog prava uvedena je u lipnju 2011. godine prema kojoj se, ukoliko dijete s teškoćama u razvoju ili odrasla osoba nema roditelja ili niti jedan od roditelja ne živi s djetetom i o njemu ne brine ili živi s djetetom ali nije u mogućnosti pružiti mu potrebnu njegu, ovo pravo može se priznati jednom od članova obitelji. Također pravo se može, umjesto roditelja, priznati i bračnom ili izvanbračnom drugu roditelja s kojim dijete ili odrasla osoba živi.

Osoba koja ostvaruje ovo pravo ne može ostvariti prava na obvezna osiguranja po drugoj osnovi, budući da se osoba sa statusom roditelja njegovatelja smatra zaposlenom osobom prema posebnom propisu. O ovom pravu odlučuje centar za socijalnu skrb uz suglasnost ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi.

U Republici Hrvatskoj pravo na status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja ostvarile su 2.704 osobe (podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine). Od navedenoga broja u statusu njegovatelja bilo je 2.531 roditelj te 173 člana obitelji.

U nastavku je tablica koja prikazuje broj korisnika prava na status roditelja njegovatelja u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb).

Tablica 82. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja

	2008.	2009.	2010.
Status roditelja njegovatelja	1.398	1.873	2.187

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
(podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

8. Jednokratna pomoć je pravo na novčanu pomoć ili pomoć u naravi koju centar za socijalnu skrb priznaje samcu ili obitelji koji zbog trenutačnih materijalnih teškoća nisu u mogućnosti podmiriti neke osnovne životne potrebe, a koje su nastale zbog rođenja djeteta, školovanje djeteta, bolest ili smrt člana obitelji, elementarne nepogode isl.

Novina propisana Zakonom o socijalnoj skrbi iz ožujka 2012. godine je da ukupni iznos jednokratnih pomoći ne može iznositi više od pet osnovica za socijalna davanja (2.500,00 kn) godišnje.

Ukoliko je iznos potrebne pomoći veći od peterostrukog iznosa osnovice, tj. 2.500,00 kuna, centar za socijalnu skrb mora pribaviti suglasnost ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi. Ova se pomoć odobrava u novcu ili u naravi.

U Republici Hrvatskoj odobrenih jednokratnih pomoći s danom 31. prosinca 2011. godine bilo je 73.847. (podaci Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za prosinac 2011. godine). Od navedenoga 65.985 jednokratnih pomoći bilo je u novcu, a 7.862 u naravi.

U nastavku je tablica koja prikazuje broj odobrenih jednokratnih pomoći u razdoblju od 2008.-2010. godine prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb). Posljedice ekonomske krize utjecale su na znatno povećanje zahtjeva za odobrenje jednokratne pomoći u 2010. Godinu.

Tablica 83. Jednokratna pomoć

Jednokratna pomoć	2008.	2009.	2010.
U novcu	73.432	77.411	89.038
U naravi	2.767	3.944	4.025
UKUPNO (1.+2.)	76.199	81.355	93.063

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

9. Inkluzivni dodatak

Kao najvažnija nova novčana potpora Zakonom o socijalnoj skrbi, s odgodom primjene, uvodi se inkluzivni dodatak, koji je namijenjen osobama s invaliditetom radi stvaranja uvjeta za izjednačavanje mogućnosti pri uključivanju u svakodnevni život. Uvjeti, područja i način procjene razine potrebne potpore osobama s invaliditetom, iznos novčane potpore te druga pitanja povezana s inkluzivnim dodatkom, uredit će se posebnim zakonom čija je izrada u tijeku.

Inkluzivni bi dodatak ostvarivala osoba s utvrđenim trajnim tjelesnim, mentalnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njezino puno i djelotvorno sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima, zbog čega postoji potreba za određenom razinom potpore u obavljanju aktivnosti radi uključivanja u svakodnevni život. Razina potpore utvrđivala bi se temeljem procjene funkcionalnih sposobnosti osobe (prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja), a inkluzivni bi se dodatak dodjeljivao u različitim iznosima, ovisno o stupnju procijenjene potrebe. Razina potpore procjenjivala bi se po područjima kojima se mogu sveobuhvatno utvrditi potrebe osobe ovisno o njezinim specifičnim obilježjima. Područja procjene odnose se na potpore samozbrinjavanju i neovisnosti, psihosocijalnom funkcioniranju, transferu i mobilnosti, radnim i okupacijskim aktivnostima, sadržajima socijalizacije i slobodnog vremena, te funkcioniranju osobe s obzirom na okoliš. Na taj bi se način uvažavale različitosti u funkcionalnim sposobnostima osoba koje imaju isto oštećenje, što bi rezultiralo i razlikom u iznosu novčane naknade.

10. Socijalne usluge

Jedan od osnovnih ciljeva reforme sustava socijalne skrbi usmjeren prema deinstitutionalizaciji, odnosno pružanju usluga izvaninstitucijskih oblika skrbi, postići će se uvođenjem novog sustava od 10 osnovnih socijalnih usluga te mogućnosti korištenja više vrsta usluga u istom vremenskom razdoblju.

Naglasak je stavljen na prioritarno priznavanje izvaninstitucijskih usluga uz zabranu smještaja djeteta mlađeg od sedam godina u dom socijalne skrbi, već se dijete, u slučaju potrebe, upućuje na smještaj u srodničku ili udomiteljsku obitelj.

Zakonom o socijalnoj skrbi propisano je 10 socijalnih usluga koje obuhvaćaju sve aktivnosti, mjere i programe namijenjene sprječavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca, obitelji, skupina i zajednica te poboljšanje kvalitete njihovog života u zajednici.

Socijalne usluge su:

1. prva socijalna usluga (informiranje, prepoznavanje i početna procjena potreba),
2. usluga savjetovanja i pomaganja,
3. usluga obiteljske medijacije,
4. usluga pomoći i njege u kući,
5. usluga stručne pomoći u obitelji (patronaža),
6. usluga rane intervencije,
7. usluga pomoći pri uključivanju u programe odgoja i obrazovanja (integracija)
8. usluga boravka,
9. usluga smještaja
10. usluga stručne potpore u obavljanju poslova i zapošljavanju.

Usluge socijalne skrbi pružaju se u skladu sa standardima kvalitete socijalnih usluga i smjernicama za njihovo uvođenje.

4.2. Stavak 2. - PRAVO NA SOCIJALNU I MEDICINSKU POMOĆ

Člankom 3. Ustava Republike Hrvatske propisane su najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske, između kojih su sloboda, **jednakost, nacionalna ravnopravnost i ravnopravnost spolova**, socijalna pravda i poštivanje prava čovjeka. Ustav u članku 14. zabranjuje diskriminaciju proglašavajući da svatko u Republici Hrvatskoj ima prava i slobode neovisno o svojoj rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama.

Zakonom o suzbijanju diskriminacije („Narodne novine“, broj 85/08) osigurana je zaštita i promicanje jednakosti kao najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske, stvorene su pretpostavke za ostvarivanje jednakih mogućnosti i uređena je zaštita od diskriminacije na osnovi rase ili etničke pripadnosti ili boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja, nacionalnog ili socijalnog podrijetla, imovnog stanja, članstva u sindikatu, obrazovanja, društvenog položaja, bračnog ili obiteljskog statusa, dobi, zdravstvenog stanja, invaliditeta, genetskog naslijeđa, rodnog identiteta, izražavanja ili spolne orijentacije. Navedeni se Zakon primjenjuje na postupanje svih državnih tijela, tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravne osobe s javnim ovlastima te na postupanje svih pravnih i fizičkih osoba, osobito u područjima:

Člankom 125. Kaznenog zakona („Narodne novine“, broj 12/11), određuje se kažnjavanje onog tko na temelju razlike u rasi, etničkom vjeri, jeziku, političkom ili drugom uvjerenju, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama, spolu, boji kože, nacionalnosti ili etničkom podrijetlu, krši temeljna ljudska prava i slobode priznate od međunarodne zajednice.

Također, Zakonom o socijalnoj skrbi propisana su temeljna načela na kojima se provodi sustav socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj.

Temeljem *Načela poštivanja ljudskih prava i integriteta korisnika*, člankom 13. Zakona o socijalnoj skrbi propisano je da korisnik ima pravo na socijalnu skrb uz poštivanje njegovih ljudskih prava, fizičkog i psihičkog integritet, sigurnosti i uvažavanje etičkih, kulturnih i vjerskih uvjerenja. Sukladno *Načelu zabrane diskriminacije* odredbom članka 14. Zakona, zabranjena je neizravna i izravna diskriminacija korisnika socijalne skrbi.

Upit odbora

- U svojim posljednjim zaključcima (Zaključci XVIII, Hrvatska, str. 173), odbor je zatražio od Hrvatske da ukaže na postojanje bilo kakvih drugih pravnih instrumenata koji uključuju pozitivne garancije prava osoba koje primaju pomoć da pri tome ne pate kroz oblike bilo kakvog smanjivanja političkih ili socijalnih prava, kao što su pravo glasa i pravo da budu birani. Prošlo izvješće nije sadržavalo podatke na postavljeni upit od strane Odbora. Kako bi se utvrdila usklađenost Republike Hrvatske s člankom 13. stavkom 2. Europske socijalne povelje, Odbor ovim putem ponavlja svoje pitanje.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijskoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom. Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen. Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Dostupnost zdravstvene zaštite na svom području jedinica područne (regionalne) samouprave osigurava organiziranjem zdravstvene zaštite u ustanovama čiji je osnivač, davanjem koncesija za obavljanje javne zdravstvene službe, koordiniranjem njihovog rada te sudjelovanjem u osiguravanju sredstava za provođenje zdravstvene zaštite na svom području. Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unapređenje zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom. Načelo specijaliziranog pristupa osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.

Prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata pacijentom se smatra svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije. Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova. Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima humanosti i dostupnosti. Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se: – osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića, – osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta, – zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja. Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku

mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske.

Zakonom o suzbijanju diskriminacije („Narodne novine“ broj 85/08) osigurana je zaštita i promicanje jednakosti kao najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske, stvaraju se pretpostavke za ostvarivanje jednakih mogućnosti i uređuje zaštita od diskriminacije na osnovi rase ili etničke pripadnosti ili boje kože, spola, jezika, vjere, političkog ili drugog uvjerenja, nacionalnog ili socijalnog podrijetla, imovnog stanja, članstva u sindikatu, obrazovanja, društvenog položaja, bračnog ili obiteljskog statusa, dobi, zdravstvenog stanja, invaliditeta, genetskog naslijeđa, rodnog identiteta, izražavanja ili spolne orijentacije. Diskriminacijom se smatra stavljanje u nepovoljniji položaj bilo koje osobe, kao i osobe povezane s njom rodbinskim ili drugim vezama. Diskriminacijom se smatra i stavljanje neke osobe u nepovoljniji položaj na temelju pogrešne predodžbe o postojanju osnove za diskriminaciju. Ovaj se Zakon primjenjuje na postupanje svih državnih tijela, tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravne osobe s javnim ovlastima te na postupanje svih pravnih i fizičkih osoba, osobito u područjima: rada i radnih uvjeta; mogućnosti obavljanja samostalne ili nesamostalne djelatnosti, uključujući kriterije za odabir i uvjete pri zapošljavanju te napredovanju; pristup svim vrstama profesionalnog usmjeravanja, stručnog osposobljavanja i usavršavanja te prekvalifikacije, obrazovanja, znanosti i športa, socijalne sigurnosti, uključujući i područje socijalne skrbi, mirovinskog i zdravstvenog osiguranja te osiguranja za slučaj nezaposlenosti, zdravstvene zaštite, pravosuđa i uprave, stanovanja, javnog informiranja i medija, pristupa dobrima i uslugama te pružanju istih, članstva i djelovanja u sindikatima, organizacijama civilnoga društva, političkim strankama ili bilo kojim drugim organizacijama, te sudjelovanja u kulturnom i umjetničkom stvaralaštvu.

4.3. Stavak 3. – MOGUĆNOST DOBIVANJA SAVJETA I OSOBNE POMOĆI

Djelatnost socijalne skrbi obavljaju ustanove socijalne skrbi, udruge, vjerske zajednice i druge pravne osobe, fizičke osobe kao profesionalnu djelatnost i udomiteljske obitelji.

Ustanove socijalne skrbi su: centri za socijalnu skrb, domovi socijalne skrbi, centri za pomoć i njegu i obiteljski centri.

Centar za socijalnu skrb

O pravima iz socijalne skrbi odlučuju centri za socijalnu skrb koje kao javne ustanove osniva Republika Hrvatska rješenjem ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi. Centar za socijalnu skrb osniva se za područje jedne ili više općina ili gradova na području iste županije, odnosno Grada Zagreba.

Zakonom o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011. godine propisano je osnivanje 21 Zavoda za socijalnu skrb s 79 podružnica i 22 ureda. Spomenutim zakonom propisano je ustrojavanje zavoda za socijalnu skrb u županijama i podružnica sa ciljem racionalizacije po principu jedinstvenog upravnog mjesta, a dotadašnji centri za socijalnu skrb (80 centara za socijalnu skrb, 27 podružnica i 11 ureda), postali su podružnice, uz napomenu da je dio bivših centara za socijalnu skrb izgubio status podružnice na način da su postali sjedište Zavoda za socijalnu skrb.

Takvim ustrojem, sukladno utvrđenim nadležnostima podružnice centra za socijalnu skrb i Zavoda za socijalnu skrb, korisnicima su neke usluge postale nedostupne ili znatno skuplje, u

većini Zavoda nisu stvoreni preduvjeti za isplate novčanih naknada na način koji zadovoljava potrebe korisnika.

S obzirom na postavljeni ustroj i dislociranost podružnica bila je otežana i usporena komunikacija podružnica sa Zavodom glede nadležnosti koje se odnose na zapošljavanje i druga prava iz radnih odnosa svih radnika Zavoda.

Također, bilo je otežano redovno funkcioniranje podružnica glede materijalnih troškova potrebnih za redovno funkcioniranje čime se gubilo vrijeme, brzina u postupanju i pravodobnost u obilascima korisnika.

Primjenom navedenog Zakona o socijalnoj skrbi izostao je kontinuitet sustavnog djelovanja u cilju daljnje implementacije Projekta razvoja sustava socijalne skrbi s obzirom da je umjesto decentralizacije došlo do konkretne centralizacije, a obavljanje javne službe postalo je nedjelotvorno i nedostupnije građanima. Izostao je također i Zakonom predviđen cilj, a to je stvaranje novog, racionalnijeg i djelotvornijeg sustava socijalne skrbi usmjerenog prema socijalno najugroženijim građanima i socijalno osjetljivim skupinama usklađenog s kriterijima i standardima važećim u zemljama Europske unije.

Stoga je, nakon tek osam mjeseci primjene, u ožujku 2012. godine donesen novi Zakon o socijalnoj skrbi („Narodne novine“, broj 33/12).

Novim se zakonom propisuje ponovno osnivanje centara za socijalnu skrb kao javnih ustanova za područje jedne ili više općina ili gradova na području iste županije, odnosno za područje Grada Zagreba.

Ovlasti centra za socijalnu skrb

Centar za socijalnu skrb rješava u prvom stupnju o pravima iz socijalne skrbi, obiteljsko-pravne i kazneno pravne zaštite, i drugim pravima u skladu s posebnim zakonom; provodi ovrhu svojih rješenja; vodi propisane očevidnike; izdaje uvjerenja i druge potvrde; daje podatke o obiteljskim prilikama te mišljenja i prijedloge u sudskim postupcima koji se odnose na obiteljskopravnu i kaznenopravnu zaštitu; sudjeluje kao stranka ili umješlač pred sudom i drugim državnim tijelima kada se radi o zaštiti osobnih interesa djece i drugih, izdaje dozvole za obavljanje udomiteljstva i obavlja nadzor nad udomiteljskim obiteljima, provodi odgojne mjere nad djecom s poremećajima u ponašanju i vodi evidenciju posvojitelja. Osim javnih poslova centar za socijalnu skrb obavlja i druge stručne poslove navedene u članku 18. stavak 3. Zakona o socijalnoj skrbi.

Centrom za socijalnu skrb upravlja upravno vijeće koje obavlja poslove u skladu s odredbama Zakona o ustanovama. Centar za socijalnu skrb vodi ravnatelj koji imenuje upravno vijeće na temelju javnog natječaja uz prethodnu suglasnost ministra nadležnog za poslove socijalne skrbi. Centar za socijalnu skrb ima stručno vijeće kojeg čine svi stručni radnici centra.

Stručni radnici centra za socijalnu skrb

Stručne poslove u centrima za socijalnu skrb obavljaju socijalni radnik, psiholog, pravnik, socijalni pedagog i edukacijski rehabilitator s položenim stručnim ispitom (čl. 197. Zakona o socijalnoj skrbi). Stručni radnici centra za socijalnu skrb dužni su svoje poslove obavljati sukladno pravilima struke te poštivati osobnost korisnika, njegovo dostojanstvo, nepovredivost njegovog osobnog i obiteljskog života. Nadalje, stručni radnici su dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju o osobnom i obiteljskom životu korisnika (čl. 198. Zakona o socijalnoj skrbi). Čuvanje profesionalne tajne obvezuje i druge radnike ustanova socijalne skrbi i drugih pružatelja usluga.

Stručni radnici u djelatnosti socijalne skrbi imaju pravo i dužnost trajno se stručno usavršavati i osposobljavati kroz programe koje je odobrilo ministarstvo nadležno za poslove socijalne skrbi (čl. 202. Zakona o socijalnoj skrbi).

Ne može se primiti u radni odnos na rukovodeće poslove u djelatnosti socijalne skrbi kao niti na poslove stručnog radnika niti te poslove može obavljati osoba koja je pravomoćno osuđena na kazneno djelo protiv spolne slobode, kaznena djela protiv spolnog zlostavljanja ili iskorištavanja djeteta, protiv braka, obitelji i mladeži, protiv službene dužnosti, protiv imovine, protiv sigurnosti platnog prometa i poslovanja, protiv vjerodostojnosti isprava, protiv vrijednosti zaštićenih međunarodnim pravom i za kaznena djela protiv Republike Hrvatske (članak 205. Zakona o socijalnoj skrbi).

U nastavku dajemo prikaz broja i strukture zaposlenih u centrima za socijalnu skrb prema podacima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi.

Tablica 84.

	2008.	2009.	2010.
I Stručni radnici			
Socijalni radnik VSS	686	708,5	726,5
Socijalni radnik VŠS	273	254	240
Pravnik	219,5	217,5	225,5
Upravni pravnik	35	34	33
Psiholog	143	149	153
Defektolog	34,5	24,5	25,6
Socijalni pedagog	40	46	44,5
Sociolog	4	4	4
Ostali	18,5	16	9
Ukupno	1.453,5	1.453,5	1.462
II Ravnatelj centra za socijalnu skrb, predstojnik podružnice, voditelj ureda	111,5	114	115
III Drugi			
Administrativni radnici	221	210	202
Financijsko-računovodstveni radnici	216	213,5	213
Tehnički radnici (vozač, telefonist, čistačica, majstor-domar)	113,5	114	109,5
Ukupno	550,5	537,5	524,5
SVUKUPNO (I+II+III)	2.115,5	2.105	2.101,5

Izvor: Godišnje izvješće Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
(podaci prikupljeni temeljem obrade podataka prikupljenih od centara za socijalnu skrb)

Postupak za ostvarivanje prava iz socijalne skrbi

Postupak za priznavanje prava propisanih Zakonom o socijalnoj skrbi centar za socijalnu skrb pokreće na zahtjev stranke i po službenoj dužnosti. Centar je dužan, tijekom postupka za priznavanje prava izraditi individualni plan skrbi temeljen na procjeni potreba, utvrditi svrhu koja se planom želi postići te poduzeti mjere da se osoba u nepovoljnom stanju osposobi za brigu o sebi i članovima obitelji. Pri izradi individualnog plana Centar je dužan surađivati s osobom koja se obratila za pomoć i članovima njezine obitelji (čl. 190. Zakona o socijalnoj skrbi). Postupak za ostvarivanje prava iz socijalne skrbi je žuran, a centar za socijalnu skrb

dužan je donijeti rješenje i dostaviti ga stranci najkasnije u roku od 15 dana od dana pokretanja postupka.

Ukoliko je potrebno provoditi posebni ispitni postupak, centar za socijalnu skrb dužan je donijeti rješenje u roku od 30 dana od dana podnošenja urednog zahtjeva ili pokretanja postupka po službenoj dužnosti (čl. 191. Zakona o socijalnoj skrbi).

O žalbama izjavljenim protiv pojedinačnih upravnih akata koje donose centri odlučuje ministarstvo nadležno za poslove socijalne skrbi. Protiv prvostupajskih i drugostupajskih odluka ministarstva moguće je podnijeti tužbu Upravnom sudu Republike Hrvatske.

S obzirom da se u postupku rješavanja o pravima iz socijalne skrbi primjenjuju odredbe Zakona o općem upravnom postupku i metode stručnog rada, svaki građani se može obratiti službenoj osobi u centru za socijalnu skrb koji je mjesno nadležan, i dobiti informacije o pravima iz socijalne skrbi te uvjetima koje je potrebno ispunjavati radi ostvarivanja prava. Također, ukoliko službena osoba, s obzirom na postojeće činjenično stanje sazna ili ocijeni da određeni građanin ima osnove za ostvarivanje nekog prava upozoriti će je na to kao i na posljedice njezinih radnji ili propuštanja u postupku, a brinuti će se i da neznanje odnosno neukost stranke ne budu na štetu prava koja im po zakonu pripadaju (članak 7. Zakona o općem upravnom postupku).

Kvaliteta usluga u ustanovama socijalne skrbi prati se provođenjem unutarnjeg nadzora u ustanovama socijalne skrbi, te upravnog, inspeksijskog i stručnog nadzora koji obavlja ministarstvo nadležno za poslove socijalne skrbi. Nadzor nad radom udomiteljskih obitelji obavlja centar za socijalnu skrb.

Usluge koje pružaju centri za socijalnu skrb besplatne su za korisnika. Troškove postupka u svezi s ostvarivanjem prava iz socijalne skrbi za koja se sredstva osiguravaju u državnom proračunu snosi ministarstvo nadležno za poslove socijalne skrbi. Za sve korisnike sustava socijalne skrbi u državnom su proračunu osigurana potrebna financijska sredstva.

4.4. Stavak 4. – PRAVO NA HITNU MEDICINSKU POMOĆ DRŽAVLJANA DRUGIH UGOVORNIH STRANAKA

Sukladno odredbi članka 29. Zakona o socijalnoj skrbi stranci i osobe bez državljanstva sa stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj imaju pravo na socijalnu skrb kao i hrvatski državljani.

Stranci i osobe bez državljanstva s privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, stranci pod supsidijarnom zaštitom, stranci s utvrđenim statusom žrtve trgovanja ljudima, azilanti i članovi njihove obitelji koji zakonito borave u Republici Hrvatskoj, imaju pravo na socijalnu skrb u slučajevima i pod uvjetima propisanim Zakonom o socijalnoj skrbi i posebnim zakonom.

Na temelju Zakona o azilu („Narodne novine“, broj 79/07 i 88/10) donesen je Pravilnik o visini novčane pomoći tražiteljima azila, azilantima, strancima pod privremenom zaštitom i strancima pod supsidijarnom zaštitom („Narodne novine“ 39/08). Navedenim pravilnikom propisano je da se visina novčane pomoći utvrđuje u postotku od osnovice za ostvarivanje prava po osnovi socijalne skrbi. U skladu s navedenim propisom azilant i stranac pod supsidijarnom zaštitom koji ne ostvaruje prihode, ne posjeduju imovinu, odnosno vlastita sredstva, te nema uzdržavatelja, može ostvariti prava iz socijalne skrbi sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi, dakle kao i hrvatski državljanin.

Druge osobe koje nisu obuhvaćene odredbom članka 29. Zakona, mogu privremeno ostvariti prava u sustavu socijalne skrbi pod uvjetima propisanim Zakonom, ako to zahtijevaju životne okolnosti u kojima se našla.

Strancu i osobi bez državljanstva koja nema prebivalište u Republici Hrvatskoj, kada im je ugrožen život i zdravlje, priznaje se pravo na privremeni smještaj (čl. 103. Zakona o socijalnoj skrbi).

Tijekom privremenog smještaja u kriznim situacijama korisnicima se osigurava privremeno stanovanje, prehrana, njega, nabava prijeko potrebne odjeće i obuće, naknada troškova prijevoza u mjesto prebivališta u vlastitu ili udomiteljsku obitelj, dom socijalne skrbi ili drugu ustanovu i usluge stručne potpore za socijalno uključivanje, te druge usluge ovisno o utvrđenim potrebama korisnika.

Također, sukladno odredbi članka 55. Zakona, navedenim osobama može se odobriti jednokratna pomoć.

5. Članak 14. - PRAVO KORIŠTENJA USLUGA SOCIJALNIH SLUŽBI

Radi osiguranja učinkovitog ostvarivanja prava korištenja usluga socijalnih službi, ugovorne stranke se obvezuju:

- 1. promicati ili organizirati službe koje će primjenom metoda socijalnog rada pridonijeti dobrobiti i razvoju pojedinaca i skupina u zajednici, kao i njihovoj prilagodbi socijalnoj sredini;*
- 2. ohrabrivati sudjelovanje pojedinaca te dobrovoljnih ili drugih organizacija u stvaranju i održavanju takvih službi.*

Ustavne odredbe vezane za ovaj članak Europske socijalne povelje, nisu se mijenjale u Republici Hrvatskoj u izvještajnom razdoblju.

5.1 STAVAK 1. – PROMICANJE ILI ORGANIZIRANJE SOCIJALNIH SLUŽBI

Djelatnost socijalne skrbi u skladu sa Zakonom o socijalnoj skrbi obavljaju ustanove socijalne skrbi, vjerske zajednice, udruge i druge pravne osobe, udomiteljske obitelji, obiteljski domovi i fizičke osobe kao profesionalnu djelatnost.

Ustanove socijalne skrbi su: centar za socijalnu skrb, dom socijalne skrbi, centar za pomoć i njegu i obiteljski centar.

Centar za socijalnu skrb

Djelatnost centra za socijalnu skrb opisana je uz članak 13.

Obiteljski centar

Sukladno Zakonu o izmjenama i dopunama Zakona o socijalnoj skrbi (»Narodne novine«, broj 44/06) obiteljski centar u okviru svoje djelatnosti obavlja poslove savjetodavnog i preventivnog rada i druge stručne poslove koji se odnose na brak i međusobne odnose roditelja i djece, uzdržavanje i druge okolnosti u obitelji koje traže stručnu potporu i pomoć, poticanje i razvoj programa rada u zajednici, volonterskog rada i rada udruga građana koje su potpora roditeljima, obitelji, djeci, mladeži i drugim socijalno osjetljivim skupinama stanovništva, te poticanje i provedbu programskih aktivnosti namijenjenih edukaciji i promidžbi obiteljskih vrijednosti.

Zakonom o socijalnoj skrbi (»Narodne novine«, broj 57/11) proširena je djelatnost obiteljskih centara. Obiteljski centar u okviru svoje djelatnosti obavlja i poslove koje se odnose na: prvu savjetodavnu uslugu koja se odnosi na brak, roditeljstvo, obiteljske i partnerske odnose; savjetovanje roditelja čija su djeca zatečena u noćnom izlasku bez pratnje odrasle osobe

suprotno propisima o obiteljskim odnosima; organiziranje i provođenje edukacije posvojitelja; obiteljsku medijaciju. Obiteljski centri dobili su i dvije javne ovlasti: posredovanje prije sporazumnog pokretanja postupka razvoda braka i izvršavanje posebnih obveza maloljetnika u pretpripremnom postupku po odredbama posebnog zakona.

Trenutno aktivno djeluje 18 obiteljskih centara za područja Istarske, Koprivničko-križevačke, Primorsko-goranske, Splitsko-dalmatinske, Sisačko-moslavačke, Vukovarsko-srijemske, Zadarske, Bjelovarsko-bilogorske, Dubrovačko-neretvanske, Krapinsko-zagorske, Ličko-senjske, Varaždinske, Virovitičko-podravske, Osječko-baranjske, Karlovačke, Požeško-slavonske, Šibensko-kninske županije i Grada Zagreba. Također, osnovan je obiteljski centar za područje Međimurske županije (ukupno: 19 osnovanih).

Pružatelji socijalnih usluga

Domovi socijalne skrbi osnivaju se u skladu sa Zakonom o ustanovama i Zakonom o socijalnoj skrbi. Domom socijalne skrbi upravlja upravno vijeće koje imenuje osnivač.

Voditelj doma socijalne skrbi je ravnatelj kojeg na temelju javnog natječaja imenuje upravno vijeće. Ravnatelj doma organizira i vodi rad i poslovanje ustanove, predstavlja i zastupa ustanovu, poduzima sve pravne radnje u ime i za račun ustanove, zastupa ustanovu u svim postupcima pred sudovima, upravnim i drugim državnim tijelima, te pravnim osobama s javnim ovlastima i odgovoran je za zakonitost rada ustanove.

Pored navedenog, dom socijalne skrbi ima stručno vijeće koje čine svi stručni radnici. Stručno vijeće sudjeluje u utvrđivanju plana i programa rada doma, prati njegovo ostvarivanje, raspravlja i odlučuje o stručnim pitanjima, potiče i promiče stručni rad, te obavlja i druge stručne poslove utvrđene Zakonom o socijalnoj skrbi, aktom o osnivanju i statutom doma.

Struktura zaposlenih u domovima socijalne skrbi propisana je posebnim podzakonskim aktom - Pravilnikom o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi, načinu pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, uvjetima prostora, opreme i radnika doma socijalne skrbi, terapijske zajednice, vjerske zajednice, udruge i drugih pravnih osoba te centra za pomoć i njegu u kući ("Narodne novine", broj 64/09.).

Osobe starije životne dobi u Hrvatskoj pretežito žive u svojem domu i sa svojim obiteljima. Prema procjeni broja stanovnika Državnog zavoda za statistiku iz 2010. godine, u Hrvatskoj postoje smještajni kapaciteti za 2,75% stanovnika u odnosu na ukupni broj osoba starijih od 65 godina (ukupno 20.875 mjesta u odnosu na 757.400 stanovnika starijih od 65 godina). U odnosu na podatke od prije deset godina kada je manje od 2% osoba starijih od 65 godina u Hrvatskoj bilo u mogućnosti dobiti svoje mjesto u domu, vidljivo je da je došlo do povećanja ukupnih raspoloživih kapaciteta.

U politici skrbi o starijim osobama u cilju premošćivanja postojećih problema traže se nova rješenja u organiziranju i pružanju skrbi stanovnicima na području lokalne zajednice. Sukladno tim nastojanjima, Ministarstvo socijalne politike i mladih razvija i podupire izvaninstitucijske modele skrbi o starijim osobama, a osobito razvoj socijalnih usluga za starije osobe u njihovim domovima i lokalnim zajednicama radi što duljeg nastavka življenja u vlastitom okruženju, unapređenja kvalitete njihova života i aktivnog sudjelovanja starijih u životu zajednice.

Pružanje ovih usluga od značenja je za sve starije osobe, osobito za one koje žive na teže dostupnim područjima. Riječ je o samačkim kućanstvima čije obitelji uglavnom ne žive na tim područjima, pa nisu u mogućnosti na odgovarajući način brinuti o njima i pružiti im svakodnevnu pomoć u zadovoljavanju njihovih potreba. Skrb o starijim osobama u Hrvatskoj se ostvaruje putem institucijskih i izvaninstitucijskih oblika. Riječ je o mreži domova i djelatnosti za različite kategorije korisnika, centara za pomoć i njegu, te udomiteljskim obiteljima. U skladu sa Zakonom o socijalnoj skrbi (Narodne novine, broj 33/12), usluge socijalne skrbi pružaju državni domovi, decentralizirani domovi za starije i nemoćne osobe na županijskoj razini, vjerske zajednice i udruge, te druge domaće i strane pravne i fizičke osobe u kojima se osigurava smještaj korisnika. Uz 3 državna doma, u Hrvatskoj djeluje 45 županijskih domova i 91 dom drugih osnivača. Uz ove domove djeluje i 87 drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi bez osnivanja doma za starije i nemoćne osobe. U državnim i županijskim domovima, te domovima drugih osnivača, prema službenim statističkim pokazateljima Ministarstva, na dan 31. prosinca 2010. godine bilo je smješteno ukupno 14.919 osoba. Dom za starije i nemoćne osobe ovisno o vrsti smještaja pruža usluge stanovanja, prehrane, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju, njege, stručnog socijalnog rada i psihosocijalne rehabilitacije, radnih aktivnosti i korištenja slobodnog vremena. Pored navedenih usluga, domovi mogu pružati usluge dnevnog boravka i pomoći i njege u kući. U sklopu dnevnog boravaka pružaju se raznovrsne usluge namijenjene odraslim osobama koji žive same ili sa svojim obiteljima. Usluge pomoći i njege obuhvaćaju organiziranje prehrane, obavljanje kućanskih poslova, održavanje osobne higijene i zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba.

Domovi socijalne skrbi čiji je osnivač Republika Hrvatska financiraju se sredstvima državnog proračuna, te iz dijela prihoda kojim korisnici sudjeluju u troškovima skrbi izvan vlastite obitelji.

Domovi drugih osnivača financiraju se iz cijene za pružene usluge (ugovor koji se sklapa s korisnikom za pružene usluge, te na temelju ugovora koji dom sklapa s Republikom Hrvatskom za korisnike kojima se priznaje pravo na skrb izvan vlastite obitelji). Iznimno, domovi za starije i nemoćne osobe koji su decentralizirani financiraju se iz vlastitih prihoda (koje pretežito čine prihodi ostvareni od pruženih usluga), te sredstava temeljem Odluke o minimalnim financijskim standardima za decentralizirano financiranje domova za starije i nemoćne osobe i sredstava iz pomoći izravnjanja.

Pojedine usluge za starije i nemoćne osobe i provođenje određenih programa za ovu kategoriju osoba financira i jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave. Posljednjih godina različiti oblici skrbi izvaninstitucijskog karaktera dobivaju sve značajniju ulogu (obiteljski domovi, udomiteljstvo, dnevni boravak). Osnovna svrha obiteljskih domova jest da zbrinjavaju korisnike u obiteljskom okružju, odnosno da predstavnik obiteljskog doma i članovi obitelji koji žive zajedno s korisnicima, te drugi propisani radnici, korisnicima pružaju usluge. U Hrvatskoj djeluje 200 obiteljskih domova za starije i nemoćne osobe u kojima je na dan 31. prosinca 2010. godine bilo smješteno 2048 korisnika. Uz navedeno, prema Registru udomiteljskih obitelji koje vodi Ministarstvo, na dan 31. prosinca 2011. godine, u Hrvatskoj je bilo 805 registriranih udomiteljskih obitelji za starije i nemoćne osobe u kojima je bila smještena 1961 osoba. Novi Zakon o udomiteljstvu donesen je u srpnju 2011. godine (Narodne novine, br. 90/2011). Jedan od glavnih ciljeva donošenja Zakona je kvalitetniji i brži razvoj udomiteljstva i omogućavanje skrbi udovoljavanjem korisničkih skupina, za koje nije bilo razvijenih oblika kvalitetnog udomiteljstva. U okviru reforme sustava socijalne skrbi posebna pažnja posvećena je poticanju i razvijanju izvaninstitucionalnih usluga te unaprjeđenju udomiteljstva, a osobito smještaja djece u udomiteljsku obitelj. Ciljevi ovog Zakona usmjereni su na ujednačavanje kvalitete pružanja usluga udomiteljskih obitelji, specijaliziranje udomiteljskih obitelji za pojedine vrste korisnika, regionalno ujednačavanje

broja udomiteljskih obitelji, smanjivanje broja korisnika na smještaju u domovima socijalne skrbi, razvijanje standarda kvalitete usluga u udomiteljstvu, razvijanje dovoljnih kapaciteta za pružanje stručne potpore udomiteljskim obiteljima, preciznije definiranje prava i odgovornosti udomiteljskih obitelji, kao i odgovornosti nadležnih tijela. Zakon o udomiteljstvu predviđa različite vrste udomiteljstva i to prema statusu udomitelja: srodničko, nesrodničko i profesionalno udomiteljstvo te ovisno o potrebama korisnika: tradicionalno, specijalizirano, hitno i povremeno udomiteljstvo. Zakonom je omogućena i kombinacija različitih vrsta udomiteljstva te broja i vrste korisnika, koji uvijek moraju biti u interesu korisnika, ali i udomitelja koji ispunjava propisane uvjete. Iako se udomiteljstvo u Hrvatskoj može smatrati tradicionalnim oblikom skrbi, a udomiti se mogu gotove sve kategorije korisnika, takav je oblik skrbi najrašireniji za starije i nemoćne osobe. U odnosu na rasprostranjenost udomiteljstva velike su razlike među regijama, pri čemu bi se moglo reći da je veća socijalna prihvaćenost udomljavanja u sjevernom dijelu Hrvatske. Iznimno velika uloga udomitelja u životu smještene osobe pretpostavlja odgovarajuću pripremu obitelji prije smještaja, pravo na stručnu pomoć, kao i kontinuiranu potporu tijekom smještaja. Takva je potpora posebno važna u odnosu na činjenicu da su potrebe smještenih osoba sve složenije, te je edukacija udomitelja prije realizacije smještaja nužna. U posljednje vrijeme prisutan je veliki pritisak na smještajne kapacitete za starije koji su skupi i ne mogu pružiti usluge svim zainteresiranim građanima starije životne dobi. Ove okolnosti uvjetovale su potrebu razvoja izvaninstitucionalnih oblika skrbi za starije u suradnji s jedinicama lokalne i područne samouprave, koji se provode od 2004. godine kao programi međugeneracijske solidarnosti. Programi međugeneracijske solidarnosti usmjereni su pružanju socijalnih usluga starijim osobama u lokalnim zajednicama, a pružaju se neposredno u njihovim kućanstvima i u prostorijama "dnevni boravak" u kojima starije osobe borave dio dana. Programi se provode temeljem Ugovora o suradnji između Ministarstva socijalne politike i mladih i jedinica regionalne (područne) i/ili lokalne samouprave temeljem Javnog poziva. Područja ugovaranja Programa prioritetno su područja s visokim udjelom starijeg stanovništva i niskog kapaciteta za institucijski smještaj starijih osoba, odnosno područja slabo razvijene mreže izvaninstitucijskih usluga za starije osobe, kao i slabo naseljena i teško dostupna područja (npr. otoci), te područja posebne državne skrbi. Do 2012. godine ugovoren je 91 program usluga i boravka međugeneracijske solidarnosti na području 19 županija, u 160 lokalnih zajednica radi pružanja besplatnih socijalnih usluga za poboljšanje kvalitete življenja 15.550 starijih građana. U narednom razdoblju planirano je poboljšanje kvalitete pružanja usluga, te proširenje provedbe programa na izolirana zemljopisna područja.

Skrb o beskućnicima trenutačno provode jedinice lokalne samouprave koje ovisno o potrebama i mogućnostima imaju organizirana prenoćišta. Pitanjem beskućništva bave se i vjerske zajednice i organizacije civilnoga društva, ponajviše Caritas i Crveni križ. S obzirom na to da se radi o posebnoj društvenoj skupini koja je suočena s ekstremnim siromaštvom i socijalnom isključenosti, ova je korisnička skupina uvrštena u novi zakon o socijalnoj skrbi radi mogućnosti ostvarivanja pojedinih pomoći i usluga.

Po prvi puta pojam beskućnika u sustav socijalne skrbi uveden je u Zakonu o socijalnoj skrbi iz 2011. godine, s ciljem da se otvore nove mogućnosti za unapređenje skrbi za ovu socijalno osjetljivu skupinu. Pojam beskućnik određuje osobu koja nema mjesto stanovanja niti sredstava kojima bi mogla namiriti potrebu stanovanja te je privremeno smještena u prihvatilištu, ili boravi na javnim ili drugim mjestima koja nisu namijenjena za stanovanje. Zakonom je propisano da su veliki gradovi i gradovi sjedišta županija obvezni u svom proračunu osigurati sredstva za uslugu prehrane u pučkim kuhinjama, kao i pružanje usluga prihvatilišta za beskućnike na način propisan ovim Zakonom.

Prema evidenciji ovoga ministarstva koje putem centara za socijalnu skrb prikuplja izvješća o skloništima u RH, u 2011. godini u Republici Hrvatskoj postoji 9 skloništa za beskućnike u kojima je na dan 31. prosinca 2011. godine bilo evidentirano 294 beskućnika koji su koristili usluge u prenoćištima (prihvatilištima/skloništima). Na IV. Nacionalnom susretu o beskućnicima (listopad 2010. godine) bio je iznijet je podatak da u Hrvatskoj postoji oko 1000 beskućnika.

Što se tiče pitanja i politike azila u Republici Hrvatskoj, istima se bave nadležne institucije, Ministarstvo unutarnjih poslova, Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Ured za ljudska prava, neke organizacije civilnog društva te međunarodne organizacije. U koordinaciji Hrvatskog pravnog centra djeluje i neformalna Koordinacija za azil, čije su članice organizacije i institucije koje se usko bave ovim područjem u svom radu. Područje azila u Republici Hrvatskoj regulirano je Zakonom o azilu koji osim azila, regulira i institut supsidijarne zaštite. U djelokrug nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mladih, a temeljem Zakona o azilu („Narodne novine“, broj 79/07 i 88/10), azilantima i strancima pod supsidijarnom zaštitom pripadaju prava na zdravstvenu zaštitu, smještaj i pravo na socijalnu skrb sukladno propisima kojima se uređuje područje socijalne skrbi hrvatskih državljana.

Nesporna je činjenica da je područje integracije azilanata tek u razvoju, da Republika Hrvatska za sada nema neka značajna praktična iskustva u tom smislu i da, za sada, neka pitanja još nisu riješena na odgovarajući način. Budući da se sadržaj usluge smještaja koji se osigurava azilantima i strancima pod supsidijarnom zaštitom bitno razlikuje od sadržaja usluge smještaja koji se inače osigurava korisnicima u sustavu socijalne skrbi, bez dvojbe možemo zaključiti da se kroz pravo na smještaj u stvari rješava stambeno zbrinjavanje tih osoba kroz razdoblje od najduže dvije godine od dana izvršnosti odluke kojom se odobrava azil odnosno supsidijarna zaštita.

Ministarstvo socijalne politike i mladih nije nadležno za stambeno zbrinjavanje, stoga ne posjeduje stambeni fond kojim bi raspolagalo i u koji bi smještavalo osobe neriješenog stambenog pitanja kao i druge socijalno ugrožene, a radno sposobne osobe. Manjim dijelom stambeno je zbrinjavanje u nadležnosti jedinica lokalne samouprave te se može ostvariti kroz izgradnju „socijalnih stanova“ za potrebe onog dijela pučanstva koje nema nikakvih mogućnosti da svojim prihodima riješi to pitanje. O ovoj nadležnosti jedinica lokalne samouprave (općina i gradova), trebalo bi voditi računa prilikom kvalitetnog i dugoročnog stambenog zbrinjavanja azilanata i stranaca pod supsidijarnom zaštitom. Uvažavanjem navedenih okolnosti stvaraju se preduvjeti da azilanti po prestanku prava na smještaj temeljem Zakona o azilu i podzakonskog propisa, a kroz tada ostvareno pravo na pomoć za podmirenje troškova stanovanja od strane jedinice lokalne samouprave, možda mogu i nadalje ostati živjeti u već poznatom okruženju i u istom stanu temeljem osobno zaključenog ugovora o njegovom daljnjem najmu.

Osim osiguravanja prava na pomoć za podmirenje troškova stanovanja, azilant i stranac pod supsidijarnom zaštitom koji ne ostvaruje prihode, ne posjeduje imovinu, odnosno vlastita novčana sredstva te nema uzdržavatelja ima pravo na socijalnu skrb sukladno propisima kojima se uređuje područje socijalne skrbi hrvatskih građana.

Uvažavajući potrebu sustavnijeg pristupa u zaštiti od nasilja u obitelji te osiguravanja poduzimanja potrebnih mjera u Republici Hrvatskoj unazad nekoliko godina provedene su brojne aktivnosti, uključujući izradu i donošenje novih zakonskih propisa. U tom smislu

posebno valja istaknuti *Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji* („Narodne novine“ br. 137/09 i 60/10) koji propisuje svrhu Zakona, koja uključuje prevenciju, sankcioniranje i suzbijanje svih vrsta nasilja u obitelji, primjenu odgovarajućih mjera prema počinitelju te ublažavanje posljedica već počinjenog nasilja pružanjem zaštite i pomoći žrtvi nasilja. Nadalje, u definiciji nasilja u obitelji dodatno je razrađen pojam „ekonomsko nasilje“, proširena je definicija obitelji koja uključuje bivše bračne i izvanbračne partnere, djecu svakog od njih i njihovu zajedničku djecu, ukoliko su nakon prekida bračne ili izvanbračne zajednice povod predmetnog sukoba bili bivši bračni ili izvanbračni odnosi. Ujedno, novim Zakonom povišene su kazne za počinitelja nasilja u obitelji sukladno odredbama Prekršajnog zakona.

Novim *Kaznenim zakonom* („Narodne novine“ broj 125/11), koji na snagu stupa 1. siječnja 2013. godine, ukida se dosad propisano kazneno djelo *Nasilničko ponašanje u obitelji* (članak 215.a), ali je dodatno pojačana zaštita obitelji od nasilja budući se nasilje počinjeno prema članovima obitelji propisuje kao kvalificirani oblik niza kaznenih djela, primjerice ubojstva, svih oblika tjelesne ozljede, nametljivog ponašanja, spolnog odnošaja bez pristanka i drugo.

Kao posebno važan dokument ističe se i *Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji* koji sadrži niz precizno određenih mjera nadležnih tijela u njihovom postupanju, oblike, sadržaj i način suradnje tijela koja sudjeluju u otkrivanju i suzbijanju nasilja i pružanju pomoći i zaštite osobi izloženoj bilo kojem obliku ili modalitetu nasilja u obitelji (policija, centri za socijalnu skrb, zdravstvene i odgojno-obrazovne ustanove te pravosudna tijela). Protokol posebnu pažnju poklanja postupanju nadležnih tijela prema djeci žrtvama nasilja ili svjedocima počinjenog nasilja u obitelji.

Osim navedenih zakona kojima se propisuje posebna zaštita članova obitelji od nasilja posebice je za istaknuti *Nacionalna strategija zaštite od nasilja u obitelji*, koja se donosi na određeno vremensko razdoblje, a propisuje mjere usmjerene prevenciji pojave nasilja u obitelji te pružanja pomoći žrtvama uslijed već počinjenog nasilja.

Vezano uz osiguravanje smještaja žrtvama nasilja u obitelji, što čini jednu od važnijih mjera Nacionalne strategije, za istaknuti je da u Republici Hrvatskoj u 18 skloništa za žrtve nasilja smještaj žrtvama osiguravaju organizacije civilnog društva, vjerske zajednice i druge pravne osobe. *Zakonom o socijalnoj skrbi* („Narodne novine“, broj 33/12) pravnim i fizičkim osobama dana je mogućnost osnivanja skloništa za žrtve nasilja u obitelji. S pružateljima usluga za koje Ministarstvo socijalne politike i mladih rješenjem utvrdi da ispunjavaju propisane uvjete prostora, opreme i potrebnih stručnih i drugih radnika, može se sklopiti ugovor o međusobnoj suradnji, te se korisnici smještavaju rješenjem centra za socijalnu skrb. Temeljem navedenog modela Ministarstvo ima potpisane ugovore sa devet pravnih osoba koje obavljaju ovu djelatnost.

One se nalaze na području Bjelovarsko-bilogorske, Osječko-baranjske, Primorsko-goranske, Zadarske, Međimurske, Vukovarsko-srijemske, Šibensko-kninske, Varaždinske županije i Grada Zagreba. Usluge privremenog smještaja korisnicima se pružaju dok traje potreba, u pravilu do 6 mjeseci, a izuzetno do godinu dana. Za vrijeme smještaja korisnika osigurava se i usluga prehrane, brige o zdravlju, održavanje njege i osobne higijene te pružanje psihosocijalnog tretmana, a roditelj je dužan sam brinuti o zadovoljavanju svakodnevnih životnih potreba svog djeteta. U okviru djelatnosti koju obavlja ova vrsta doma, mogu se pružati i usluge savjetodavnog rada žrtvama obiteljskog nasilja kojima nisu osigurane usluge privremenog smještaja. Osim navedenog modela, i sedam autonomnih ženskih skloništa

pružaju smještaj žrtvama nasilja u obitelji i ostvaruju potporu Ministarstva socijalne politike i mladih, te gradova i županija na čijem području su osnovana. Ova skloništa djeluju na području Grada Zagreba, Karlovačke, Primorsko-goranske, Istarske, Brodsko-posavske i Sisačko-moslavačke županije, te žrtvama nasilja pružaju potrebnu savjetodavnu potporu, a u pripadajućim savjetovalištima pomoć se pruža svim osobama u potrebi koje istu zatraže.

Republika Hrvatska potpisnica je niza međunarodnih dokumenata koji reguliraju problem trgovanja ljudima, primjerice Konvencije Vijeća Europe o suzbijanju trgovanja ljudima, Konvencije o pravima djeteta i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima djeteta o prodaji djece, dječjoj prostituciji i dječjoj pornografiji, Deklaracije o suradnji država Jugoistočne Europe na području suzbijanja trgovanja ljudima, Briselske deklaracije i drugih.

Od nacionalnih propisa kojima se štite žrtve trgovanja ljudima za istaknuti je *Zakon o strancima* („Narodne novine“ broj 130/11) koji propisuje privremeni boravak iz humanitarnih razloga, pa tako i žrtvama trgovanja ljudima, a na snazi su i odredbe *Pravilnika o statusu i radu stranaca* i *Pravilnika o putnim ispravama za strance, vizama te o načinu postupanja prema strancima*, koji sadrže odredbe o humanitarnom boravku žrtava trgovanja ljudima i njihovu statusu u RH, *Protokol za identifikaciju, pomoć i zaštitu žrtava trgovanja ljudima koji podrazumijeva iniciranje pomoći i zaštite žrtvama trgovanja ljudima* te *Protokol o postupanju pri dobrovoljnom povratku žrtava trgovanja ljudima*. Nadalje, *Nacionalni plan za suzbijanje trgovanja ljudima 2012. – 2015. godine* kao nastavak već započetih aktivnosti na ovom području i predstavlja nadogradnju već uspostavljenog sustava suzbijanja trgovanja ljudima u Republici Hrvatskoj. U njega je ugrađeno iskustvo rada svih nadležnih institucija. U cilju unaprjeđenja sustava pružanja pomoći i zaštite žrtvama trgovanja ljudima 2008. godine potpisan je sporazum između ministarstva nadležnog za unutarnje poslove, ministarstva nadležnog za poslove socijalne skrbi, Hrvatskog Crvenog križa i Organizacije za integritet i prosperitet iz Splita. Tijekom proteklih godina u potpunosti su opremljena i stavljena u funkciju dva sigurna skloništa za žrtve trgovanja ljudima, za odrasle osobe u Rijeci te za maloljetne žrtve trgovanja ljudima u Splitu o kojima skrbi Ministarstvo socijalne politike i mladih. Osim toga, osigurano je pasivno i aktivno dežurstvo četiri županijska koordinatora i članova mobilnih timova u Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku, čija je obveza provedba i koordinacija aktivnosti iz nadležnosti socijalne skrbi u svakom pojedinom slučaju trgovanja djecom na području svake županije.

Pored osiguranog smještaja i pružanja pomoći i zaštite u skloništima u Rijeci i Splitu, sukladno propisima iz djelokruga socijalne skrbi, žrtvama trgovanja ljudima osiguran je i alternativni smještaj. Ovaj oblik pomoći primijenjen je prema žrtvi u onim okolnostima kad je procijenjeno da je on primjeren i u najboljem interesu te osobe. Alternativni oblik pomoći i zaštite osiguravao se u okviru postojećih stručnih i prostornih kapaciteta ustanova socijalne skrbi.

Poradi senzibilizacije javnosti za ovu problematiku te s ciljem prevencije trgovanja ljudima organizirane su brojne javne kampanje te je uspostavljena SOS telefonska linija (0800 7799) na kojoj je moguće zatražiti pomoć i dobiti sve informacije, odnosno ukazati na slučajeve za koje se sumnja da predstavljaju trgovanje ljudima.

Zloupotreba sredstava ovisnosti uređena je *Kaznenim zakonom* („Narodne novine“ br. 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11 i 125/11) koji propisuje kaznena djela zloupotrebe droga te neovlaštenog posjedovanja, proizvodnje i trgovanja drogama i *Zakonom o suzbijanju zloupotrebe droga* („Narodne novine“ br. 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09 i 84/11) koji uređuje sva ključna

pitanja vezana uz zlouporabu droga. Nadalje, na snazi su i odredbe *Nacionalne strategije za sprječavanje štetne uporabe alkohola i alkoholom uzrokovanih poremećaja, za razdoblje od 2011. do 2016. godine, Nacionalne strategije suzbijanja droga od 2006. do 2012. godine te Akcijskog plana suzbijanja zlouporabe droga 2009. – 2012. godine* koje propisuju poduzimanje potrebnih mjera u području suzbijanja ovisnosti te predstavljaju nadogradnju i daljnji razvoj već uspostavljenog sustava suzbijanja ovisnosti. U skrbi za ovisnike o alkoholu, drogama ili drugim opojnim sredstvima od velikog je značenja pružanje usluga psihosocijalne rehabilitacije u terapijskim zajednicama (u pravilu do dvije godine) onim osobama koje je moguće motivirati za potpuno odvikavanje (*drug-free* postupak) nakon medicinskog liječenja, istodobno razvijajući programe prevencije ovisnosti. Ministarstvo socijalne politike i mladih ima potpisane ugovore sa 5 pružatelja usluga socijalne skrbi, odnosno terapijskih zajednica za smještaj odraslih ovisnika za ukupno 208 korisnika na području Splitsko-dalmatinske, Osječko-baranjske i Krapinsko-zagorske županije te Grada Zagreba. Nadalje, Ministarstvo, putem centara za socijalnu skrb, sudjeluje u provedbi Projekta resocijalizacije ovisnika o drogama koji su završili neki od programa odvikavanja od ovisnosti i rehabilitacije u terapijskoj zajednici ili zatvorskom sustavu, te ovisnika koji su u izvanbolničkom tretmanu i duže vrijeme stabilno održavaju apstinenciju i pridržavaju se propisanog načina liječenja. Projekt traje od 2007. godine i ima za cilj iznalaženje zaposlenja i stručno osposobljavanje ovisnika za određena zanimanja kao preduvjet njihove uspješne afirmacije u društvu.

Republika Hrvatska kao članica Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe te potpisnica svih ključnih konvencija i standarda u području socijalne i ekonomske sigurnosti građana preuzela je obvezu zaštite i promicanja ljudskih prava osoba s invaliditetom, posebice u području izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom kako bi mogle ravnopravno sudjelovati u građanskim, političkim, ekonomskim, društvenim i kulturnim područjima života. Svoje opredjeljenje za puno ostvarivanje svih temeljenih ljudskih prava osoba s invaliditetom RH je potvrdila i potpisivanjem Konvencije o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda u ožujku 2007. godine, koju je potom ratificirao Hrvatski sabor 1. lipnja 2007. godine. Ustav RH izravno jamči posebnu skrb države u zaštiti osoba s invaliditetom i njihovu uključivanju u društveni život, a primjenom općih načela utvrđuje pravo na jednakost življenja kroz donošenje posebnih zakona. U 2010. godini u sustavu socijalne skrbi bilo je evidentirano ukupno 99.423 osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima - korisnika socijalne skrbi što u odnosu na ukupna broj stanovnika čini 2,3%.

U odnosu na procjenu WHO da udio osoba s osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima u ukupnoj populaciji (4 290 612) iznosi oko 10%, proizlazi da je od ukupnog broja osoba s invaliditetom u RH, u 2010. godini njih 0,23% bilo obuhvaćeno sustavom socijalne skrbi.

Trenutačno u Hrvatskoj postoji 51 pružatelj usluga za djecu s teškoćama u razvoju i odrasle osobe s osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima, i to 28 državnih i 12 nedržavnih domova, te 11 pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi. Od tog je broja 3 za osobe s oštećenjem vida, 3 za osobe s oštećenjem sluha, 4 za osobe s tjelesnim oštećenjem, 1 za osobe s mentalnim oštećenjem i psihičkim poremećajima, te 40 za osobe s mentalnim oštećenjem. U njima je različitim oblicima skrbi obuhvaćeno ukupno 6.066 osoba, od toga 2324 djece s teškoćama u razvoju i 3742 odrasle osobe s invaliditetom. Iako su neki domovi i druge pravne osobe registrirani isključivo za djecu ili pak isključivo za odrasle osobe, dio domova obavlja djelatnost za obje korisničke skupine, u pravilu u odvojenim objektima ili odvojenim stambenim cjelinama unutar doma. Od ukupnog broja djece njih 1012 na stalnom je ili tjednom smještaju, a 1312 djece obuhvaćeno je izvaninstitucijskim uslugama.

Razlozi za smještaj ove djece su različiti, a jedan od značajnijih jest nemogućnost da se dijete obuhvati školovanjem, odnosno rehabilitacijom na području na kojem živi. Od 1012 djece na stalnom ili tjednom smještaju njih 715 smješteno je radi školovanja, a kod njih 297 radi se o djeci s teškim oštećenjima koja u pravilu nemaju odgovarajuću roditeljsku skrb. To znači da je omjer smještene djece zbog školovanja u odnosu na djecu smještenu iz drugih razloga 71% prema 29%. Od 715 djece na školovanju, njih 434 (43% u odnosu na ukupni broj djece) pohađa osnovnu, a 281 (28% u odnosu na ukupni broj djece) srednju školu. Kako se sve veća važnost pridaje razvoju inkluzivnog obrazovanja, tako se i osnovnoškolsko obrazovanje za djecu s teškoćama u razvoju sve više provodi u lokalnoj zajednici. Što se pak srednjoškolskog obrazovanja tiče, ono nije dostupno u svakoj lokalnoj zajednici, već pojedine škole pokrivaju šira područja, pa tako neka djeca za vrijeme trajanja srednjoškolskog obrazovanja moraju biti smještena u učeničkim domovima. Stoga je cilj prvenstveno smanjenje broja djece s teškoćama u razvoju obuhvaćene osnovnoškolskim obrazovanjem.

Kada je riječ o odraslim osobama s osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima, od ukupno 3742 odrasle osobe u državnim i nedržavnim domovima, te drugim pravnim osobama, njih 2004 na stalnom je ili tjednom smještaju, dok je njih 1738 obuhvaćeno izvaninstitucijskim uslugama i organiziranim stanovanjem uz podršku. Dio osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima zahtijeva cjelodnevnu ili intenzivnu skrb, što valja uzeti u obzir prilikom planiranja specijalizacije određenih domova, kao i izvaninstitucijskih oblika smještaja. Ovoj skupini domova pripada i nedržavni dom koji skrbi o odraslim korisnicima kod kojih je istodobno prisutno mentalno oštećenje i psihički poremećaj. Riječ je o jedinoj ustanovi registriranoj za pružanje usluga skrbi izvan vlastite obitelji za osobe s takvom vrstom i stupnjem oštećenja. Ovaj dom zbrinjava korisnike iz cijele Hrvatske zbog specifične kombinacije dijagnoza, i to onih koje se manifestiraju kao poremećaji teže naravi. Naime, kod ovih se korisnika često radi o promjenama raspoloženja i uznemirenosti, te impulzivnom reagiranju koje se očituje u sniženoj toleranciji na frustracije, emocionalnoj nestabilnosti, kao i sklonosti naglim agresivnim ispadima kojima se izravno ugrožava imovina, vlastita sigurnost i sigurnost drugih osoba. Dom također skrbi o korisnicima koji su uz kombinaciju poremećaja skloni počinjenju kaznenih djela, zbog čega su neki od njih bili i na izdržavanju kazne zatvora, te ih se nakon toga nije moglo zbrinuti u okviru obitelji ili na neki drugi način.

Postoje tradicionalno velike regionalne razlike u razvijenosti udomiteljstva za osobe s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima. Udomiteljstvo je dobro razvijeno u Varaždinskoj, Bjelovarsko-bilogorskoj, Virovitičko-podravskoj, Osječko-baranjskoj, Zagrebačkoj i Zadarskoj županiji. Iznimno niski udjel udomiteljstva zamjetan je u Brodsko-posavskoj, Dubrovačko-neretvanskoj, Ličko-senjskoj, Požeško-slavonskoj i Primorsko-goranskoj županiji. Općenito se može reći da je broj udomiteljskih obitelji, kao i obiteljskih domova nedostatan u većini županija. Podaci o organiziranom stanovanju kao izvaninstitucijskom obliku smještaja, koji je kod odraslih osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima u proteklom razdoblju u porastu. U protekle tri godine došlo je do pada ukupnog obuhvata osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima u udomiteljstvu i obiteljskim domovima, i to za 3% (s 968 na 942 - pad za 26 korisnika). Djeca s teškoćama u razvoju čine 13% sve udomljene djece, dok je udio odraslih osoba s tjelesnim, intelektualnim ili osjetilnim oštećenjima 21% svih udomljenih odraslih osoba.

Postojećih 28 domova socijalne skrbi za odrasle osobe s mentalnim oštećenjima raspoređeno je u 18 županija, dok domova nema na području Brodsko-posavske i Karlovačke županije. Na području Ličko-senjske županije nalazi se podružnica jednog doma čije je sjedište u Varaždinskoj županiji. Najveći udio korisnika smješten je u domovima na području Krapinsko-zagorske, Varaždinske, Požeško-slavonske, Istarske i Osječko-baranjske županije.

Županije sa zanemarivim udjelom svih korisnika domova za psihički bolesne odrasle osobe su Dubrovačko-neretvanska i Šibensko-kninska županija. Najveća je koncentracija kapaciteta stalnog smještaja u sjevernoj Hrvatskoj, s naglaskom na Krapinsko-zagorsku i Varaždinsku županiju, gdje je smješteno čak 36% svih korisnika ovog oblika skrbi u Hrvatskoj. Svi domovi za odrasle osobe s mentalnim oštećenjima pretežno pružaju usluge dugotrajne intenzivne skrbi u okviru stalnog smještaja (42% svih korisnika u 2009. godini bilo je smješteno u jedinicama za pojačanu njegu), pri čemu su ove usluge znatno manje zastupljene u privatnim domovima (28% svih korisnika privatnih domova u odnosu na 45% svih korisnika državnih domova). Od ukupnog kapaciteta na državne se domove odnosi 79%, a u njima je 80% svih korisnika, što ukazuje na to da u skrbi o odraslim osobama s mentalnim oštećenjima i nadalje prevladava smještaj u okviru državnih domova. Gotovo svi privatni domovi imaju manji broj korisnika od prosjeka (do 100), a samo četiri doma imaju do 50 korisnika, što već samim kapacitetom pretpostavlja kvalitetniju skrb. Temeljem dostupnih podataka domovi za odrasle osobe s mentalnim oštećenjima pružaju iznimno mali opseg izvaninstitucijskih usluga, što je još izraženije kod nedržavnih domova. Naime, samo 5 od 28 domova pružaju i druge vrste usluga (osim stalnog smještaja) u jako malom opsegu. Usluge stručne podrške u obitelji (patronaža) uopće nisu dostupne, dok su s organiziranim stanovanjem uz podršku započela dva državna doma.

Osim podataka o uslugama namijenjenim osobama s invaliditetom, značajno je spomenuti da je, radi što bolje zaštite osoba s invaliditetom u sustavu socijalne skrbi, u važeće propise je u potpunosti ugrađena definicija osobe s invaliditetom propisana Konvencijom. Definiranje invaliditeta kao rezultata međudjelovanja osoba s oštećenjima i prepreka koje proizlaze iz stajališta njihove okoline te iz prepreka okoliša, a koje onemogućuju njihovo puno i djelotvorno sudjelovanje u društvu na izjednačenoj osnovi s drugima, rezultiralo je novim pristupom korisniku. Korisnik, zajedno sa stručnim radnikom, aktivno sudjeluje u izboru prava i usluga koje će koristiti, čime je naglasak stavljen na promicanje njegove neovisnosti i autonomije i poštivanje njegovih ljudskih, građanskih i socijalnih prava. Osim već učinjenih usklađivanja zakonske regulative, tijekom 2011. godine provedene su aktivnosti vezane uz uspostavljanje novog načina utvrđivanja invalidnosti (vještačenja) radi ostvarivanja pojedinih prava vezanih uz invalidnost.

Naime, u međunarodnim klasifikacijama SZO-a (Svjetske zdravstvene organizacije), stanja (bolesti, oštećenja, ozljede itd.) svrstane su prvenstveno u MKB-10 (skraćeni naziv priručnika za Međunarodnu klasifikaciju bolesti, deseto izmijenjeno i dopunjeno izdanje), koji osigurava etiološki okvir, a koji je sustav socijalne skrbi do sada koristio u postupku vještačenja. Funkcioniranje i invaliditet povezano sa zdravstvenim stanjima klasificirani koji su u MKF-u (ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health je klasifikacija koja je dobila u duhu hrvatskog jezika naziv Međunarodna klasifikacija funkcioniranja, invaliditeta i zdravlja, te kraticu MKF), koja bi bila osnova za novi način vještačenja, a temeljem koje bi se na primjereniji način u odnosu na definiciju po Konvenciji utvrđivala potrebna razina potpore (invalidnost).

Uvođenjem jedinstvene definicije osoba s invaliditetom na bazi ICF-a na razini RH koja bi vrijedila za sve sustave unaprijedila bi se kvaliteta prikupljanja podataka u Hrvatskom registru osoba s invaliditetom (HZJZ), korisnicima bi se olakšalo ostvarivanje njihovih prava na osnovu invalidnosti jer bi mogli jedan nalaz koristiti u svim sustavima, a uvođenjem jedinstvenog tijela vještačenja ujednačili bi se kriteriji u postupku vještačenja, te smanjili troškovi provođenja postupka vještačenja na način da jedno tijelo vještačenja radi za sve sustave.

Također, u cilju integracije osoba s invaliditetom u svakodnevni život donesen je Nacionalni plan deinstitucionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u RH za razdoblje od 2011. do 2018. godine koji predstavlja temelj za planiranje mreže domova i djelatnosti socijalne skrbi. Svrha je Nacionalnog plana smanjiti ulazak u institucije i povećati izlazak iz institucija u nove oblike skrbi, posebno stimulirajući obiteljsku reintegraciju (uz garanciju jedne ili više usluga podrške obitelji u lokalnoj zajednici), što bi trebalo biti usklađeno s prioritetima razvoja mreže usluga na lokalnoj razini vodeći pritom računa o regionalnoj ravnomjernosti. Temeljem Nacionalnog plana će se definirati prioritetna financijska ulaganja u razvoj mreže socijalnih usluga u JP(R)S, a sredstva se mogu osigurati iz državnog proračuna i proračuna JLS i JP(R)S, s posebnim naglaskom na mogućnost osiguranja sredstava iz pretpristupnih fondova EU, kao i sredstava iz strukturnih fondova EU, odnosno drugih instrumenata financiranja. Nacionalni plan uključuje okvirne kvantitativne i vremenske projekcije potrebnog smanjenja kapaciteta institucijske skrbi (stalni ili tjedni smještaj u domovima i drugim pravnim osobama), u odnosu na korisničke skupine, te planirane projekcije povećanja kapaciteta u izvaninstitucijskim oblicima smještaja, uz osiguranje što je moguće ravnomjernije dostupnosti usluga u svim regijama, odnosno županijama.

Iz priložene tablice vidljivo je da je danas najveći udio korisnika socijalne skrbi kojima je bilo nužno osigurati skrb izvan vlastite obitelji (smještaj) još uvijek smješten u institucije (oko 71% smještenih osoba), zbog čega je jedan od prioritetnih zadataka sustava socijalne skrbi razvijanje drugih oblika skrbi i potpora radi smanjenja broja osoba smještenih u ustanove, te osiguranja primjerenijeg načina življenja.

Tablica 85.

SMJEŠTAJ na dan 30. rujan 2011. (ukupno)	20.456
1. u udomiteljsku obitelj	
1.1. djeca i mladež	2.100
1.2. odrasla i starija osoba	3.165
Ukupno (1.1. + 1.2.)	5.265
2. u obiteljski dom	
2.1. djeca i mladež	62
2.2. odrasla i starija osoba	558
Ukupno (2.1. + 2.2.)	620
3. u dom socijalne skrbi	
3.1. djeca i mladež	3.905
3.2. odrasla i starija osoba	10.666
Ukupno (3.1. + 2.2.)	14.571

Također navodimo, je izradom nove zakonske regulative omogućeno osiguranje potrebne podrške i edukacije obitelji udomitelja kako bi se nosili sa sve većim izazovima i potrebama osoba smještenih u udomiteljske obitelji. Od ukupnog broja smještenih osoba danas ovakav oblik skrbi koristi oko 26% korisnika (Tablica).

Tablica 86.

UDOMITELJSTVO HRVATSKA 30. rujan 2011.		kapacitet	korisnici	broj udomitelja	slobodna mjesta	smješteni iznad kapaciteta
1	djeca - bez odgovarajuće roditeljske skrbi	1756	1369	987	433	46
2	djeca - bez roditelja	126	118	73	12	4
3	djeca - bez roditelja ili djeca koju roditelji zanemaruju	5	4	3	1	0
4	djeca - HIV pozitivna	3	3	2	0	0
5	djeca - iz socijalno ugroženih obitelji	68	54	43	16	2
6	djeca - koju roditelji zanemaruju ili zlorabe svoju roditeljsku dužnost	359	293	202	78	12
7	djeca - poremećaj u ponašanju	1	1	1	0	0
8	djeca - s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima	324	258	169	78	12
I	UKUPNO -djeca	2642	2100	1480	618	76
1	odrasla - osoba ovisna o alkoholu, drogi ili drugim opojnim sredstvima	13	13	4	0	0
2	odrasla - psihički bolesna osoba	839	772	264	75	8
3	odrasla - tjelesno ili mentalno oštećena osoba	429	407	301	26	4
4	odrasla - trudnica/rodilja s djetetom	2	2	1	0	0
5	starije i nemoćne osobe	2456	1971	801	497	12
II	UKUPNO -odrasle osobe	3739	3165	1371	598	24

Upiti Odbora

Članak 14. – Pravo na davanje u području socijalne skrbi, paragraf 2.- Sudjelovanje javnosti u uspostavi i održavanju usluga iz područja socijalne skrbi

Odbor je primio na znanje podatak iz izvješća Republike Hrvatske. Odbor je primio na znanje podatak o usvajanju Zakona o volontiranju (NN 58/07. od 6. lipnja 2007.), kojim se uređuju pravila i uvjeti vezano za aktivnosti volontera, zajedno s pravima i obvezama, kao i mjere za nadziranje njihovih aktivnosti. Osnovni naglasak rada volonterskih organizacija u suradnji s lokalnim vlastima i javnih službi je pružiti usluge na lokalnoj razini za starije osobe i osobe s invaliditetom (prvenstveno pomoć u kući, uključujući kućanske poslove, psihološko savjetovanje, skrb o djeci, obrazovne i kulturne programe i tečajeve jezika). Ove organizacije također surađuju s drugim neprofitnim organizacijama (kao što su zaklade i religijska udruženja) u pružanju usluga psihološkog savjetovanja, informiranja i savjetovanja vezano za socijalnu pomoć u okviru članka 13§3 Povelje, obiteljima s poteškoćama i drugim osjetljivim skupinama (kao što su djeca, ovisnici o drogama, žrtve nasilja i beskućnici). Uglavnom su regrutirane kroz natječaje te su im dodijeljena državna sredstva. U 2005., na ovaj način regrutirano je 13 volonterskih organizacija.

Odbor zanima koliki je ukupni iznos namijenjen ovim organizacijama. U 2007., osnovano je savjetodavno tijelo koje predstavlja volonterske organizacije, Nacionalni odbor za razvoj volonterskog rada. Glavni cilj Odbora je promovirati razvoj volonterskog sektora. Etički kodeks za rad volontera je trenutno u pripremi.

Odbor ponovno postavlja pitanje vezano za praćenje aktivnosti volonterskih organizacija.

Zaključak

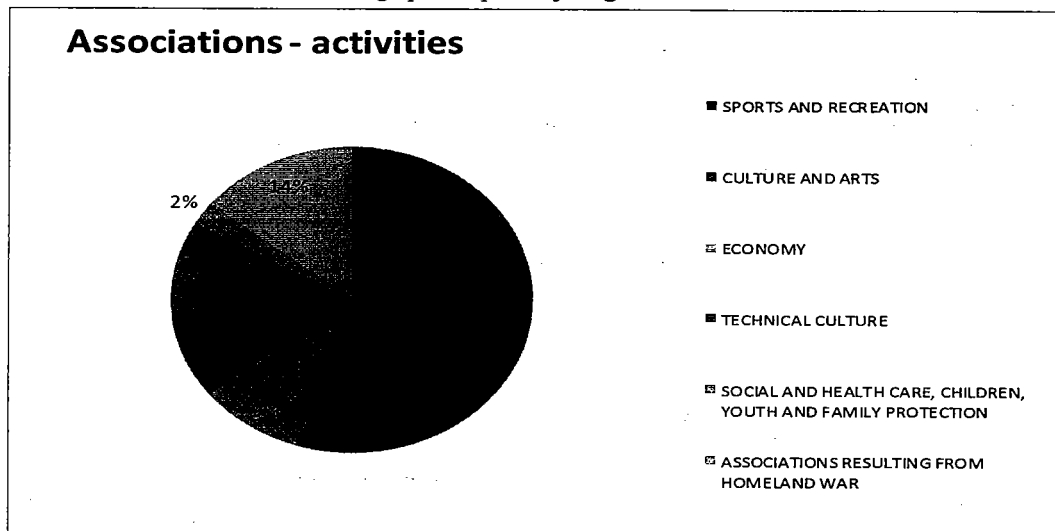
Ovisno o zatraženoj informaciji koja se očekuje, Odbor zaključuje da situacija u Hrvatskoj je u skladu s člankom 14§2 Povelje.

Vezano za broj organizacija civilnog društva u Hrvatskoj, prema podacima iz prosinca 2011., trenutno je registrirano 45 018 udruga, 179 zaklada, 12 fondova, 131 udruženja stranih građana, preko 600 privatnih institucija i više od 400 sindikata i udruga poslodavaca, zajedno s 52 religijske zajednice i 2014 pravnih osoba Katoličke crkve, i 428 pravnih osoba Pravoslavne crkve. Broj udruga je u stalnom porastu.

Prema Zakonu o udrugama (NN 88/2001), udruga je svaki oblik slobodnog i dobrovoljnog udruživanja više fizičkih, odnosno pravnih osoba, koje se, radi zaštite njihovih probitaka ili

zauzimanja za zaštitu ljudskih prava i sloboda, te ekološka, humanitarna, informacijska, kulturna, nacionalna, pronatalitetna, prosvjetna, socijalna, strukovna, športska, tehnička, zdravstvena, znanstvena ili druga uvjerenja i ciljeve, a bez namjere stjecanja dobiti, podvrgavaju pravilima koja uređuju ustroj i djelovanje toga oblika udruživanja.

Slika: Udruge prema području registriranih aktivnosti.



Izvor, Registar udruga, 2011.

Općenito, izvori javnog financiranja za organizacije civilnog društva u Hrvatskoj, može se podijeliti na državne izvore, izvore lokalne vlasti, zaklade ili fondove u vlasništvu države ili lokalnih vlasti, međunarodne donorske agencije i EU predpristupne fondove. Većina sredstava još uvijek je usmjerena na podršku inicijativa i organizacija u području kulture i sporta.

Tablica 87: Ukupan iznos alociranih financijskih sredstava za projekte i programe OCD-a iz državnog proračuna i igre na sreću.

	2008.	2009.	2010.	2011.
HRK	624.170.075,33	529.596.954,21	489.012.308,40	532.837.344,94
EUR	86.450.149	72.250.608	67.172.020	71.714.313

Izvor: Godišnje izvješće o financiranju projekata i programa OCD-a u 2011.

U skladu s Godišnjim izvješćem o financiranju projekata i programa OCD-a u 2011. potrošeno je 71.714.313 EUR-a iz državnog proračuna i igara na sreću za projekte i programe OCD-a (uključujući volonterske organizacije, mreže organizacija, vjerske zajednice).

Tablica 88: Iznosi alociranih financijskih sredstava za OCD projekte i programe, u skladu s područjem financiranja, Izvor: Godišnje izvješće o financiranju projekata i programa OCD-a u 2011.

Opće područje financiranja	%
Sport	25,4
Podrška osobama s invaliditetom i socijalno isključenim skupinama	21,3
Zaštita u promocijanje kulture, kulturnih i povijesnih nasljeđa i zaštite prirode	19,7
Sudjelovanje manjina u javnom životu Hrvatske Participation of minorities in Croatia's public life	9,1
Demokratizacija, razvoj civilnog društva i volontiranja, jačanje socijalne kohezije i i razvoj filantropije	7,8
Veterani rata	3,2

Tehnička kultura	2,5
Prevencija ovisništva i prevencija poremećaja u ponašanju djece i mladih	2,0
Zdravlje, zaštita psihološke-fizičke integracije i kvaliteta poboljšanja života	1,8
Turizam	1,3
Znanstvene udruge	1,2
Promoviranje i zaštita ljudskih prava	1,1
Gospodarske aktivnosti	0,9
Promoviranje kreativnosti i životnih vještina djece i poboljšanje za mlade	0,7
Zaštita okoliša i održivi razvoj	0,6
Međunarodna suradnja i integracija Hrvatske u EU	0,5
Podrška za mlade	0,3
Zaštita i spašavanje	0,3
Podrška za djecu	0,2
Strukovno osposobljavanje	0,09
Zaštita životinja	0,01
Ukupno:	100,0

Izvor: Godišnje izvješće o financiranju projekata i programa OCD-a u 2011.

Na regionalnoj razini¹ postoji također jasna tendencija pružanja značajne podrške sportskim udrugama, s gotovo 68% sredstava regionalnih vlasti namijenjenih ovoj grupi. Za usporedbu socijalna zaštita osoba s invaliditetom i osjetljivih skupina, treća najveća grupa primateljica u okviru OCD-a, primila je 17,9% nacionalnih sredstava, od čega svega 2,6% i 5,1% na regionalnoj razini, odnosno lokalnoj razini. Razina podrške demokratizaciji i razvoju civilnog društva dosegla je 33,6% milijuna kuna (oko 4,5 MEUR), dok je svega 0,5 tj.1% na nacionalnoj i lokalnoj razini namijenjeno pitanjima ljudskih prava.

Uz druge aktivnosti, organizacije civilnog društva pružaju različite socijalne usluge usmjerene na osobe u nepovoljnom položaju: pružanje zaklona/smještaja u malim stambenim objektima, rehabilitacijske aktivnosti i druga dodatna podrška koja se pruža kroz treninge usmjeravanja i mobilnosti, tečajeve čitanja i pisanja Brailloveog pisma, znakovni jezik, centre za dnevnu skrb, ili klubove za osobe s invaliditetom ili mentalno oboljele osobe, aktivnosti usmjerene na razvoj sposobnosti potrebnih na tržištu rada kao i druge aktivnosti potrebne za njihovo uspješno uključivanje u društvo, organizaciju skrbi u kući i pomoć osobama s invaliditetom, usluge alarmiranja (linije za skrb) – pomoć na daljinu putem telefona i posebnih alarma, usluge skrbi za djecu, prevencija poremećaja u ponašanju i programa za ovisnike, usluge savjetovanja, hospiciji i drugo.

Aktivnosti udruga prate se na nekoliko načina: članovi udruga mogu upozoriti Statutarna tijela udruga o nepravilnostima u provedbi Statuta udruge (ukoliko se upozorenje ne uzme u razmatranje unutar 30 dana od predaje pismenog upozorenja te se nije započelo raditi na otklanjanju istih, član može podnijeti žalbu županijskom sudu – u skladu s mjestom registracije udruge); administrativno praćenje provedbe Zakona o udrugama provodi Ministarstvo uprave Republike Hrvatske; inspekciju provode županijski uredi državne uprave, i Gradski ured za opće poslove Grada Zagreba; također, za one udruge koje se financiraju iz javnih izvora, trošenje namijenjenih sredstava prate tijela koja su im alocirala sredstva (tijela javne uprave koja su alocirala sredstva OCD-ovima putem javnih poziva za dostavu prijedloga iz državnog proračuna i igara na sreću, lokalne vlasti, Nacionalna zaklada za razvoj

¹ Podaci o financiranju na regionalnoj razini dostupni su za 2010. godinu, dok se podaci za 2011. trenutno analiziraju, očekuje se da će biti dostupni do srpnja 2012.

civilnog društva, kao i nacionalna tijela koja su nadležna za raspoređivanje EU sredstava – kao Središnja agencija za financiranje i ugovaranje projekata).

Također, Vladin ured za udruge je tijelo odgovorno za izradu i koordinaciju aktivnosti vezane za Nacionalnu strategiju za stvaranje poticajnog okruženja za razvoj civilnog društva. Navedena Strategija pruža temeljen smjernice za ciljeve koje želimo ostvariti do 2011. u svrhu poboljšanja postojećeg i stvaranja poticajnog okruženja za daljnji razvoj civilnog društva u Republici Hrvatskoj. Cilj strategije je stvoriti uvjete za razvoj zajednice u kojoj će građani i organizacije civilnog društva, u sinergiji s drugim sektorima, aktivno, zajednički i odgovorno, na temelju principa održivog razvoja i u cilju javnog dobra, sudjelovati u izgradnji društvenog boljitka i jednakih mogućnosti za sve. Prva Nacionalna strategija važit će za razdoblje od 2012.-2020. Status provedbe Nacionalne strategije izvještava se Vladi Republike Hrvatske svake godine i objavljuje na web stranici Ureda za udruge Vlade Republike Hrvatske.

Vezano za odredbe o socijalnim uslugama od strane organizacija civilnog društva, u Hrvatskoj, ovo područje uređuje Zakon o socijalnoj skrbi (NN 3372012) koji je donesen u ožujku 2012. (umjesto Zakona o socijalnoj skrbi iz lipnja 2011.). Posljednje dvije verzije Zakona o socijalnoj skrbi donesene su kako bi se prilagodio trenutni proces reforme sustava socijalne skrbi i izmjene u pristupu socijalne politike prema korisnicima općenito.

Općenito, postoji nedostatak pružatelja usluga zbog nedostatka kontinuirane financijske podrške za njihov razvoj. Država financira sektor civilnog društva u svrhu razvoja novih socijalnih usluga (proširena mreža usluga), međutim, zbog gospodarske krize, dostupno financiranje nije dovoljno – socijalne usluge nedovoljno su razvijene, posebice alternativne (neinstitucionalne) usluge, te postoji nedostatak posebice dnevne skrbi i skrbi i pomoći u kući. Potrebno je razviti usluge koje će bolje odgovarati potrebama različitih grupa korisnika (uključujući mogućnost izbora) i proširiti mrežu socijalnih usluga tako da bolje pokriju cijelo područje Republike Hrvatske. U svrhu bolje dostupnosti i kvalitete usluga, potrebno je snažnije decentralizirati i deinstitucionalizirati socijalne usluge. U cijeloj zemlji, posebice u malim gradovima i ruralnim područjima, postoji velika potreba za uslugama dnevne skrbi, prevencije, rehabilitacije i integracije, ali većina spomenutih usluga smještena je u velikim gradovima ili ne postoje. Također, u većem dijelu Hrvatske starateljska skrb je nerazvijena. Cilj je da korisnici prime usluge u svojim domovima i lokalnim zajednicama (usluge zajednice), na taj način kreirajući uvjete za integraciju i rehabilitaciju unutar zajednice. Kako bi se ostvario daljnji razvoj socijalnih usluga, državni, privatni sektor i organizacije civilnog društva morat će surađivati i osnovati partnerstva.