

Javnozdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj i načelo funkcionalne integracije

Kendjel, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:115808>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



PRAVNI FAKULTET SVEUČILIŠTA U ZAGREBU
STUDIJSKI CENTAR ZA JAVNU UPRAVU I JAVNE FINACIJE
STRUČNI STUDIJ JAVNE UPRAVE
Katedra za upravnu znanost

**JAVNOZDRAVSTVENI SUSTAV U REPUBLICI HRVATSKOJ
I NAČELO FUNKCIONALNE INTEGRACIJE**

Ivana Kendjel

Završni rad

Mentor: prof. dr. sc. Vedran Đulabić

Zagreb, lipanj 2023.

Izjava o izvornosti

Ja, Ivana Kendjel, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima od onih navedenih u radu.

Ivana Kendjel

SAŽETAK: Tema završnog rada je zdravstvo kao djelatnost od općeg društvenog interesa podvrgnuta posebnom pravnom režimu javnih službi. Analizom stanja i trendova u području zdravstva prikazana su glavna obilježja javnozdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Izložen je kratak pregled pravnoga i strateškog okvira navođenjem ključnih zakona, strategija razvoja i reformi koji oblikuju zdravstvenu politiku. U radu se analizira organizacija sustava zdravstva kao i njegov ekonomski aspekt s naglaskom na financijsku održivost sustava. Ocjena trenutnog stanja javnog zdravstva dana je na osnovu analize objavljenih javnozdravstvenih pokazatelja, podataka o dostupnosti i kvaliteti zdravstvene zaštite te stanja zdravstvene infrastrukture i ljudskih resursa. Cilj je rada odgovoriti na pitanje koji su to temeljni zahtjevi koji se postavljaju pred sustav javnog zdravstva i je li načelo funkcionalne integracije, kao jedna od mjera na kojoj se temelje nacionalne strategije, ključ za ostvarenje tih zahtjeva.

KLJUČNE RIJEČI: javne službe, zdravstveni sustav, zdravstvena zaštita, pacijent, zdravstvena reforma, funkcionalna integracija

SUMMARY: The topic of the final thesis is healthcare as an activity of general social interest subject to a special legal regime of public services. The main features of the public health system of the Republic of Croatia are presented through the analysis of the state and trends in the field of healthcare. A brief overview of the legal and strategic framework is presented, citing key laws, development strategies and reforms that shape health policy. The thesis analyzes the organization of the healthcare system as well as its economic aspect with an emphasis on the financial sustainability of the system. The assessment of the current state of public health is based on the analysis of published public health indicators, data on the availability and quality of health care, and the state of health infrastructure and human resources. The aim of the thesis is to answer the question of what are the basic requirements that are set before the public health system and whether the principle of functional integration, as one of the measures on which national strategies are based, is the key to achieve these requirements.

KEYWORDS: public services, health system, health care, patient, health reform, functional integration

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. JAVNE SLUŽBE	1
2.1. Zdravstvo – socijalna služba od općeg interesa.....	3
3. OBILJEŽJA JAVNOZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HRVATSKOJ	4
3.1. Zakonski i strateški okvir	4
3.1.1. Nacionalno zakonodavstvo	5
3.1.2. Međunarodni ugovori.....	7
3.2. Organizacija zdravstvenog sustava.....	8
3.2.1. Razine zdravstvene skrbi	9
3.2.2. Sudionici, upravljanje i nadležnosti	10
3.2.3. Teritorijalno ustrojstvo.....	15
3.3. Financiranje javnog zdravstva.....	18
3.3.1. Modeli i načini financiranja	19
3.3.2. Struktura prihoda i rashoda	20
3.3.3. Model obračuna troškova.....	22
3.3.4. Fiskalna održivost	24
4. OCJENA POSTOJEĆEG STANJA U JAVNOM ZDRAVSTVU.....	27
4.1. Javnozdravstveni pokazatelji.....	28
4.2. Dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite.....	30
4.3. Zdravstvena infrastruktura i ljudski resursi	32
5. FUNKCIONALNA INTEGRACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA.....	37
5.1. Načelo funkcionalne integracije i načelo supsidijarnosti	39
5.2. Funkcionalna integracija bolnica po regijama.....	40
5.3. Funkcionalna integracija bolnica u Karlovačkoj županiji	42
5.4. Učinci funkcionalne integracije.....	45
6. ZAKLJUČAK	48
POPIS TABLICA.....	50
POPIS SLIKA	50
POPIS KRATICA	51
LITERATURA.....	52

1. UVOD

U svakodnevnom životu često možemo čuti izreku da „zdrav čovjek ima tisuću želja, a bolestan samo jednu“.¹ Ona govori u prilog činjenici da je zdravlje važno za osobno, ali i društveno blagostanje. Upravo iz tog razloga zdravstvena djelatnost podvrgnuta je pod poseban pravni režim javnih službi kako bi se osigurao opći pristup i socijalna prava građana. S druge strane, sustavi zdravstvene zaštite skupi su i složeni, i nema te države koja svojim stanovnicima može osigurati sve ono što suvremena medicina danas omogućava. Izazov je svake države, pa tako i Hrvatske, osigurati osnovna načela zdravstvene zaštite: dostupnost, kvalitetu, kontinuiranost, sveobuhvatnost (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 33/23, čl. 13, dalje u tekstu: ZZZ). Na ostvarenje ovih načela utječe sve izraženije starenje stanovništva koje dovodi do porasta potražnje za zdravstvenom skrbi. Troškovi suvremenih tehnologija i inovativnih lijekova dodatno opterećuju zdravstveni proračun, u pojedinim područjima zdravstvene skrbi nedostaje zdravstvenih djelatnika, a sve to za posljedicu ima nejednake ishode u liječenju i očekivanom trajanju života.

Polazeći od ovih činjenica, namjera je ovoga završnog rada dati kratak pregled obilježja javnog zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj (u daljnjem tekstu: RH). Cilj je, barem djelomično, prikazati njegov zakonski i strateški okvir, način na koji je organiziran, uzimajući u obzir njegov javni značaj, teritorijalno ustrojstvo, razine zdravstvene skrbi te načine i modele njegova financiranja, kao i njegov utjecaj na održivost javnih financija. Rad se bavi ocjenom postojećega stanja u sustavu zdravstva analizom javnozdravstvenih pokazatelja, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite, zdravstvene infrastrukture i ljudskih resursa. Istraživačko pitanje usmjereno je na proces funkcionalne integracije, kao jedne od reformskih mjera za poboljšanje sustava, a cilj je utvrditi je li proces funkcionalne integracije bolničkih zdravstvenih ustanova ostvario opće i specifične ciljeve utvrđene u strateškim dokumentima.

2. JAVNE SLUŽBE

Javna uprava kao „skup upravnih organizacija koje obavljaju javne poslove“ dijeli se na tri segmenta: državnu upravu, lokalnu i regionalnu samoupravu i javne službe (Koprić et al., 2014.: 1). Zajedničko im je to što sve „obavljaju poslove u javnom interesu, sve su regulirane pravnim pravilima javnog prava, sve se financiraju iz javnih sredstava te su podložne nadzoru

¹ Anton Pavlović Čehov

javne vlasti na državnoj, regionalnoj i lokalnoj razini, kao i općem političkom nadzoru javnosti i svih građana u zajednici“ (Koprić et al., 2014.: 3)

Pojam javnih službi razvio se u drugoj polovici 19. stoljeća kroz praksu francuskog upravnog suda, a u teoriji doprinos razvoju koncepta javni službi dao je i Leon Duguit sa svojim sljedbenicima (Koprić et al., 2014.: 216). Javne službe, odnosno službe od općeg interesa kako se nazivaju u suvremenoj javnoj upravi, obuhvaćaju različite djelatnosti od javnog interesa zbog čega je na državi odgovornost za njihovu organizaciju i kontinuirano funkcioniranje. Hoće li neka djelatnost imati karakter javne službe odluka je države koja ujedno regulira njihovo obavljanje, provodi opći nadzor i propisuje obveze koje moraju ispunjavati kao što su: univerzalnost, kontinuitet, kvaliteta, priuštivost te zaštita korisnika i potrošača (Koprić et al., 2014.: 228, 232).

Dvije su dominantne tradicije u shvaćanju javnih službi, anglo-saksonska u kojoj je naglasak na tržišnom modelu obavljanja javnih službi i kontinentalna koja ograničava djelovanje tržišta i teži osiguravanju prava građana (Đulabić, 2006.: 139, url). Bez obzira na smjer njihova razvoja, javne službe su izložene promjenama pod utjecajem općih trendova liberalizacije, deregulacije, privatizacije, komercijalizacije i remunicipalizacije (Koprić et al., 2014.: 222-223).

Različite su klasifikacije javnih službi, a ona suvremena, nastala utjecajem institucija EU, podjela je na:

- službe od općeg interesa (SOI) - gospodarske i negospodarske djelatnosti
- službe od općeg gospodarskog interesa (SOGI) - gospodarske aktivnosti; kao posebna potkategorija izdvajaju se tzv. mrežne djelatnosti
- socijalne službe od općeg interesa (SSOI) - sustav zdravstvene zaštite, obvezni i dopunski sustavi socijalne sigurnosti, socijalne usluge pojedincima (obuhvaćene su gospodarske i negospodarske socijalne djelatnosti). (Koprić et al., 2014.: 235-236).

Podjelu na gospodarske i negospodarske službe, oblikovala je Europska komisija izdavanjem priopćenja i drugih stručnih dokumenata (Priopćenja Europske komisije iz 1996. i 2001., Zelena knjiga o službama od općeg interesa iz 2003., Bijela knjiga o službama od općeg interesa iz 2004., Priopćenje o socijalnim službama od općeg interesa iz 2006., Priopćenje o službama od općeg interesa i socijalnim službama od općeg interesa iz 2007., Protokol 26. o

službama od općeg interesa), a dodatno je definirana i kroz praksu Suda pravde EU (Koprić et al., 2014.: 234). „EU prepoznaje važnost službi od općeg interesa za realizaciju društvene, gospodarske i teritorijalne kohezije i za izgradnju tzv. europskog modela društva.“ (Đulabić, 2021.: 24, url).

2.1. Zdravstvo – socijalna služba od općeg interesa

Republika Hrvatska Ustavom je određena kao socijalna država, a zdravstvo kao „djelatnost od posebnog interesa koja se obavlja kao javna služba“, određena je člankom 28. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. U članku 43. navedenog zakona propisano je: „Zdravstvena djelatnost kao javna služba obavlja se u okviru mreže javne zdravstvene službe i izvan mreže javne zdravstvene službe“ (ZZZ, NN 100/18, čl. 28. i 43.). „Na taj je način otvorena mogućnost da svi subjekti u zdravstvu, javni i privatni, budu sudionici obavljanja zdravstvene djelatnosti kao javne službe“ (Đulabić, 2023.: 8).

Iako se zdravstvena djelatnost može, i u određenom dijelu se i obavlja na tržišnoj osnovi, karakteristike specifične za socijalne službe, izuzimaju je od poimanja kao gospodarske djelatnosti:

- ostvarivanje socijalnih prava i socijalnih vrijednosti (društvena solidarnost, pravednost, milosrđe, skrb za ugrožene)
- orijentacija na potrebe pojedinca
- korištenje ne smije ovisiti o materijalnom statusu korisnika
- financiranje iz javnih sredstava
- financijska participacija korisnika nije protučinidba za uslugu
- odgovornost tijela javne vlasti za njihovo obavljanje (Đulabić, 2006.: 156-157, url).

Zbog činjenice javnog interesa, zdravstvene djelatnosti obavljaju se u ustanovama čije je osnivanje i ustrojstvo određeno Zakonom o ustanovama.² Nadležnost za organiziranje i provođenje zdravstvene zaštite podijeljena je između države, koja osigurava uvjete i sredstva, i jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave koje neposredno ostvaruju zdravstvenu zaštitu na svom području (ZZZ, NN 100/18, čl. 6. i 10.). Država osniva zdravstvene ustanove na tercijarnoj razini, a županije ustanove na primarnoj i sekundarnoj razini. Osnivači imenuju upravna vijeća ustanova dok je odgovornost za funkcioniranje i investiranje u ustanove

² Zakon o ustanovama ; Narodne novine br. 76/1993, 29/1997, 47/1999, 35/2008, 127/2019, 151/2022

podijeljena između osnivača i Ministarstva. Zbog procesa globalizacije, liberalizacije i privatizacije, uz javni, sve je zastupljeniji i privatni sektor u pružanju zdravstvenih usluga. Ova dva sustava se nadopunjavaju, no ono što predstavlja problem je činjenica da se isprepliću, posebno kada je u pitanju rad liječnika koji istovremeno rade u oba sektora (Đulabić, 2023.: 13).

3. OBILJEŽJA JAVNOZDRAVSTVENOG SUSTAVA U HRVATSKOJ

Javno zdravstvo „djelatnost je kojoj je cilj sprječavanje bolesti, produljenje života i promicanje zdravlja u okviru organiziranih društvenih aktivnosti” (Acheson, 1988.).³ Njegova je glavna zadaća društvena skrb za zdravlje koja se provodi na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitosti pristupa te na načelima supsidijarnosti i funkcionalne integracije (ZZZ, NN 100/18, 33/23, čl. 13.). Temeljni zahtjevi na koje sustav javnog zdravstva mora odgovoriti jesu: pružanje opće zdravstvene zaštite i skrbi za pacijente, zadovoljenje sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama uzrokovane demografskim starenjem stanovništva i sve većim očekivanjima pacijenata, poboljšanje učinkovitosti i djelatnosti sustava uz istodobno smanjenje visoke razine javnoga duga (Vehovec ur., 2014.).

3.1. Zakonski i strateški okvir

Zakonskim i podzakonskim aktima iz područja zdravstva, hrvatski zdravstveni sustav usklađen je s europskim standardima tako da su zadržane specifičnosti sustava i stečena socijalna prava građana. Načela zajamčena Ustavom oživotvoruju se zakonima i podzakonskim aktima u obliku pravilnika i kodeksa. Hrvatska je i potpisnica međunarodnih konvencija i ugovora kojima se uređuju prava i obveze korisnika i pružatelja zdravstvene zaštite.

³ Svjetska zdravstvena organizacija, *Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe*, str. 12. Preuzeto s: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/152683/e95877.pdf. (10. listopada 2022. g.)

3.1.1. Nacionalno zakonodavstvo

Nacionalno zakonodavstvo, uz Ustav kao najviši i temeljni akt, čini niz zakona i podzakonskih akata koji uređuju pojedina područja djelovanja sustava te pravilnici i odluke kojima se definiraju standardi i normativi za provođenje zdravstvene zaštite. Isto tako, njima se utvrđuje i mreža javnozdravstvene djelatnosti. Za oblikovanje sustava važne su ustavne odredbe kojima se određuje da je Hrvatska socijalna država (čl. 1.), odredbe o pravu na život (čl. 21.), zabrani bilo kakvog zlostavljanja ili podvrgavanja liječenju ili istraživanju bez privole (čl. 23.), zaposlenima i članovima njihovih obitelji jamči se pravo na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje uređeno zakonom i kolektivnim ugovorom (čl. 57.), svakomu se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (čl. 59.) i pravo na zdrav život i okoliš uz posvećivanje osobite skrbi zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša (čl. 70.). U članku 16. i članku 50. propisana je mogućnost ograničenja sloboda, prava i vlasništva u cilju zaštite zdravlja, čime je zdravlje ljudi i njegova zaštita stavljena iznad ostalih prava i sloboda (Ustav RH, NN /90, 135/97, 113/00, 28/01, 76/10, 5/14).

Temeljni je propis organizacije zdravstvenog sustava **Zakon o zdravstvenoj zaštiti** kojim se uređuju “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” (ZZZ, NN 100/18, čl. 1.). U članku 5. i 6. Zakona propisano je da je svaka osoba „obvezna brinuti se o očuvanju i unaprjeđenju svoga zdravlja“ te da je dužnost države i jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave (decentralizirana funkcija) stvoriti uvjete za provođenje zdravstvene zaštite, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva (ZZZ, NN 100/18, 33/23).

Zdravstveno osiguranje i zdravstvena zaštita stanovnika na „načelima solidarnosti, uzajamnosti i jednakosti“ (ZZZ, NN 100/18, čl. 1.) uređeni su **Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju**⁴ i **Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju**⁵. Navedenim zakonima u cijelosti su definirana prava i obveze osiguranih osoba, prava na zdravstvenu zaštitu u drugim državama te prava i obveze HZZO-a i ostalih provoditelja zdravstvene zaštite.

⁴ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine broj 80/2013., 137/2013., 15/2018., 98/2019., 26/2021., 46/2022., 33/2023.

⁵ Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine broj 85/2006., 150/2008., 71/2010., 53/2020., 120/2021., 23/2023.

Zakon koji regulira prava pacijenata, kao korisnika zdravstvenih usluga, **Zakon o zaštiti prava pacijenata**, prvi je put donesen 2004. godine, i njime se propisuje i jamči način zaštite i promicanja tih prava: „Svatom 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.“ (Zakon o zaštiti prava pacijenata, NN 169/04, čl. 2., dalje u tekstu: ZZPP). Njime je definirano i tko se smatra pacijentom: „svaka osoba, bolesna ili zdrava“ (ZZPP, NN 169/04, čl. 1.). Zakon je usklađen s Deklaracijom o promicanju prava pacijenata u Europi i utvrđuje devet osnovnih prava pacijenata.

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, kao što i sam naziv zakona kaže, nastoji osigurati kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga, uspostavom sustava praćenja i mjerenja definiranih pokazatelja sa svrhom osiguranja sigurnosti pacijenata i smanjenja rizika u procesu liječenja. Njime su propisani uvjeti i način provedbe akreditacije zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava i privatnih zdravstvenih radnika. Također propisuje postupak i nadležnosti u području procjene zdravstvenih tehnologija (Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, NN 118/08, čl. 1.).

Za sigurnost stanovništva posebno su značajni Zakon o lijekovima, Zakon o medicinskim proizvodima, Zakon o zaštiti pučanstva od zarazni bolesti, Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu (Drakulić, 2019.: 5).

Temeljni su propisi o financiranju zdravstvenog sustava **Zakon o doprinosima**⁶ i **Zakon o osiguranju**⁷. Važno je spomenuti i zakone o komorama koje djeluju u području zdravstva te uredbe, pravilnike i odluke koje donosi Vlada RH, ministar nadležan za zdravstvo (dalje u tekstu: Ministar), Upravno vijeće i povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (za istaknuti: Kodeks medicinske etike i deontologije, Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog (terapijskog postupka)). U području zdravstva primjenjuju se i opća pravila (lex generalis) sadržana u drugim propisima kao što je npr. Zakon o obveznim odnosima, Zakon o osiguranju, Kazneni zakon, kojima se popunjavanju tzv. pravne praznine koje nisu uređene posebnim zakonom.

⁶ Zakon o doprinosima, Narodne novine broj 84/2008., 152/2008., 94/2009., 18/2011., 22/2012., 144/2012., 148/2013., 41/2014., 143/2014., 115/2016., 106/2018., 33/2023.

⁷ Zakon o osiguranju, Narodne novine br. 30/2015., 112/2018., 63/2020., 133/2020., 151/2022.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti propisuje obvezu države da planira i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite (ZZZ, NN 100/18, čl. 7.) te u skladu s time Ministar, na temelju mišljenja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnih komora i Hrvatske liječničke komore, donosi Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske (u daljnjem tekstu: Plan) u kojem su sadržane sve zadaće i ciljevi s mjerama razvoja te nositeljima i rokovima za njihovo ostvarenje. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. i Provedbeni program Ministarstva zdravstva za razdoblje od 2021. do 2024. podupiru provedbu Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. g. (NRS RH) koja u okviru strateškog cilja 5. *Zdrav, aktivan i kvalitetan život kao prioritet javnih politika*, određuje kvalitetnu i dostupnu zdravstvenu zaštitu i skrb, zdravlje i aktivan život, dostojanstveno starenje, socijalnu solidarnost i odgovornost, zaštitu dostojanstva branitelja i stradalnika Domovinskog rata i članova njihovih obitelji (NRS RH do 2030 g., NN 13/21). Plan je osnova za donošenje **Mreže javne zdravstvene službe** (dalje u tekstu: Mreža) kojom se za područje RH i područja jedinica područne (regionalne) samouprave određuje potreban broj „zdravstvenih ustanova, 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“ (Mreža, NN 101/12, 31/13, 113/15, 20/18, 100/18, uvodne odredbe, st. 2.).

3.1.2. Međunarodni ugovori

Iako, kao članica Europske unije (u daljnjem tekstu: EU), Hrvatska ima samostalnost u regulaciji zdravstvenog sustava, u zakonodavstvo su ugrađene i europske direktive važne za slobodu kretanja pacijenata, medicinskog osoblja, lijekova, medicinskih tehnologija i pružanja zdravstvenih usluga. U tom smislu posebno značenje imaju Uredba br. 883/04 Europskog parlamenta i Vijeća od 29. travnja 2004. g. o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti i Direktiva 2011/24/EU Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. g. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj skrbi. Važnu ulogu imaju i međunarodni ugovori te konvencije Međunarodne organizacije rada (Konvencija 102 o najnižim standardima socijalne sigurnosti, Konvencija 121 o davanjima za slučaj nesreće na poslu i profesionalnih bolesti, Konvencija 130 o davanjima u okviru zdravstvene zaštite i u slučaju bolesti i dr.). Međunarodni ugovor od posebne važnosti je Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva

ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla, u RH potvrđena Zakonom iz 2003. godine s dva prateća protokola, koja obvezuje države potpisnice na poštivanje standarda koje zagovara, a to su prije svega dobrobit i interes ljudskih bića koji su iznad interesa društva i znanosti, pravo na informirani pristanak, pravo na jednaki pristup, kvalitetu zdravstvene zaštite te profesionalne standarde.⁸

3.2. Organizacija zdravstvenog sustava

U RH organizacija zdravstvenog sustava isključiva je zadaća države unatoč sve izraženijem trendu privatizacije u pružanju zdravstvenih usluga. O značaju organizacije sustava govori njegova veličina i složenost. Njime se koriste svi stanovnici, obuhvaća sve pravne osobe povezane sa zdravljem, zapošljava više od 75 000 radnika, mjesečni prihodi za zdravstvenu zaštitu dosežu iznos od 2,7 milijarde kuna. Specifičnosti sustava uzrok su njegovih neprestanih promjena. Organizira se na osnovu Plana koji donosi Ministar uz prethodno mišljenje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, komora iz područja zdravstva i Hrvatskog liječničkog zbora. Organizacija sustava treba osigurati ostvarenje načela: sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite, kontinuiranosti i dostupnosti zdravstvene zaštite, cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite, specijaliziranog pristupa, supsidijarnosti u pružanju zdravstvenih usluga te funkcionalne integracije zdravstvenih ustanova (Plan zdravstvene zaštite RH, NN 19/20, čl 3.). Da bi takav masivan sustav nesmetano funkcionirao potrebno je da je izgrađen na „osposobljenim i motiviranim zdravstvenim radnicima, dobro održavanoj infrastrukturi, te pouzdanoj opskrbi lijekovima i tehnologijama, a poduprt je adekvatnim financiranjem, snažnim zdravstvenim osiguranjem, te politikama utemeljenim na dokazima.“ (Džakula et al., 2018.: 10).

⁸ Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju, Narodne novine br. 13/2003.

3.2.1. Razine zdravstvene skrbi

Zdravstvena skrb klasificira se na više načina, a najčešća je podjela ona koja je sadržana u odredbama članka 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti:

1. Primarna zdravstvena skrb
2. Sekundarna zdravstvena skrb
3. Tercijarna zdravstvena skrb
4. Javnozdravstvena djelatnost (Gutić i Barić, 2019.: 25).

Primarnu zdravstvenu skrb provode domovi zdravlja, ordinacije opće (obiteljske medicine) te privatne ordinacije koji pružaju usluge preventive, liječenja i rehabilitacije pacijenata. U primarnu skrb ulaze: djelatnost skrbi za dojenčad, djecu i mlade, djelatnost hitne medicine, djelatnost zaštite žena, stomatološka skrb, medicina rada, skrb za mentalno zdravlje, patronaža, dijagnostičke djelatnosti, epidemiologija, ljekarništvo te palijativna skrb. (Gutić i Barić, 2019.: 26).

Sekundarna zdravstvena skrb obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (specijalistički pregledi i dijagnostika na osnovu uputnice liječnika opće medicine) te stacionarno liječenje i zbrinjavanje pacijenata. Na sekundarnoj razini postoji više načina liječenja ovisno o trajanju i obimu zdravstvene skrbi koja se pruža pacijentima:

- specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita - zdravstvena zaštita koja se pruža u bolnicama kroz specijalističke preglede, dijagnostičke pretrage i terapijske usluge
- dnevna bolnica – pružanje zdravstvenih usluga uz dnevni boravak pacijenata, najduže 22 sata
- akutno liječenje – liječenje pacijenata u stacionaru na akutnim posteljama ili u jedinicama intenzivnog liječenja
- dugotrajno liječenje – stacionarno liječenje pacijenata koje traje dulje od trideset dana
- kronično liječenje – liječenje kroničnih pacijenata u pojedinim djelatnostima
- palijativna skrb – skrb za pacijente u posljednjim stadijima bolesti (Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020., NN 84/18, str. 13).

Zdravstvena skrb na tercijarnoj razini uključuje pružanje zahtjevnijih zdravstvenih usluga u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima. Ova razina obuhvaća i obrazovanje i edukaciju za potrebe visokoškolskih ustanova.

Javnozdravstvenu djelatnost (epidemiologija, mikrobiologija, školska medicina, ekologija, prevencija bolesti i ovisnosti), djelatnost transfuzijske medicine, djelatnost medicine rada/sporta, djelatnost toksikologije i antidopinga, djelatnost hitne medicine i telemedicine obavljaju državni zdravstveni zavodi, zdravstveni zavodi i zavodi jedinica područne (regionalne) samouprave (ZZZ, NN 100/18, 33/23, čl. 36.).

3.2.2. Sudionici, upravljanje i nadležnosti

Ulogu upravitelja zdravstvenim sustavom u RH ima **Ministarstvo zdravstva** čije su nadležnosti utvrđene u članku 20. Zakona o ustrojstvu i djelokrugu tijela državne uprave i uključuju neke od sljedećih upravnih i drugih poslova:

- poslovi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja; praćenje i unaprjeđivanje zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba stanovništva
- zaštita stanovništva od bolesti, neionizirajućih zračenja, zaštita od buke; kontrola ispravnosti hrane i predmeta opće upotrebe
- ograničavanje uporabe duhana i sl. proizvoda
- nadzor kemikalija, biocidnih proizvoda, vode za ljudsku potrošnju, genetski modificiranih organizama
- proizvodnja, promet i potrošnja droga, psihotropnih tvari i prekursora
- investiranje u zdravstvu
- osnivanje zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti; dodjela naziva zdravstvenim ustanovama: referentni centar, klinika, klinička bolnica i klinički bolnički centar
- upravni nadzor nad radom HZZO-a, Hrvatskog Crvenog križa, komora i drugih pravnih osoba s javnim ovlastima u zdravstvu
- nadzor nad radom zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika
- nadzor rada privatne prakse i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti
- odobravanje i nadzor nad provođenjem kliničkih ispitivanja, lijekova i medicinskih proizvoda; inspekcijski nadzor u području biomedicine i biovigilancija

- akreditacija i procjena zdravstvenih tehnologija
- donošenje strategija razvoja
- upravljanje i koordiniranje sustavom u kriznim situacijama
- priprema i provedba programa i projekata financiranih iz sredstava Europske unije, međunarodnih institucija i međunarodne pomoći
- upravljanje i raspolaganje dionicama i poslovnim udjelima trgovačkih društava koji čine državnu imovinu u vlasništvu Republike Hrvatske
- poslovi vezano za rad institucija i tijela Europske unije. (Zakon o ustrojstvu i djelokrugu tijela državne uprave, NN 85/20, čl. 20.).

Ministarstvo zdravstva ima ulogu izvršne vlasti, predlaže zakone, donosi podzakonske i provedbene akte, utvrđuje i provodi politike i reforme, određuje standarde.

Drugi je ključan dionik, u čijoj su nadležnosti poslovi u svezi s ostvarivanjem prava i obveza osiguranih osoba, **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** (dalje u tekstu: HZZO), javna ustanova čija su prava, obveze i odgovornosti utvrđene Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju i Statutom HZZO-a. Njime upravlja Upravno vijeće sastavljeno od devet članova koje imenuje Vlada RH, a zakonitost njegova rada u nadležnosti je Ministarstva zdravstva. Ustrojen je Direkcijom i četirima regionalnim uredima (Zagreb, Osijek, Split, Rijeka) koji upravljaju radom 16 područnih službi na ukupno 134 lokacije.⁹ Iako nema velik utjecaj na oblikovanje samoga sustava, koji je reguliran zakonima i pravilnicima, HZZO, kao ugovaratelj zdravstvenih usluga sa zdravstvenim ustanovama i privatnom praksom, ima ključnu ulogu u određivanju opsega usluga koje su pokrivenne obveznim ili dopunskim zdravstvenim osiguranjem, propisuje standard tih usluga te utvrđuje njihovu cijenu. U skladu sa svojim ovlastima, provodi kontrolu nad izvršavanjem ugovornih obveza i osigurava zaštitu prava osiguranih osoba, ugovornim subjektima plaća za izvršene zdravstvene usluge, a osiguranim osobama isplaćuje novčane naknade i troškove zdravstvene zaštite korištene u inozemstvu. Osigurava primjenu međunarodnih ugovora i daje ministru zdravstva mišljenje vezano za osnivanje i odobrenje rada zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika u privatnoj praksi.¹⁰

⁹ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Posjećeno 11. listopada 2022. g. na mrežnoj stranici HZZO-a: <https://hzzo.hr/o-nama>.

¹⁰ *Ibid.* <https://hzzo.hr/o-nama/pravni-okvir>.

Vodeća javnozdravstvena ustanova u zemlji je **Hrvatski zavod za javno zdravstvo** (u daljnjem tekstu: HZJZ) koji „obavlja djelatnosti epidemiologije zaraznih bolesti i kroničnih masovnih nezaraznih bolesti, javnog zdravstva, zdravstvenog prosvjeđivanja s promicanjem zdravlja i prevencije bolesti, zdravstvene ekologije, mikrobiologije, školske medicine, mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti.“¹¹ HZJZ provodi istraživanja iz područja zdravstva, prati, analizira i ocjenjuje zdravstveno stanje stanovništva te provodi zdravstveno-odgojne i druge aktivnosti u svrhu prevencije, promicanja i unaprjeđenja zdravlja. (ZZZ, NN 100/18, čl. 130.).

Zdravstveni sustav se vrlo često opisuje kao kompliciran zato što ga čini veliki broj zdravstvenih ustanova. Zakon o zdravstvenoj zaštiti u članku 70. propisuje da **zdravstvene ustanove** mogu biti u državnom vlasništvu (državni zdravstveni zavod, klinika kao samostalna ustanova, klinička bolnica i klinički bolnički centar) i u vlasništvu županija (opća bolnica, specijalna bolnica, dom zdravlja, zavod za hitnu medicinu, zavod za javno zdravstvo, poliklinika, ustanova za zdravstvenu njegu, ustanova za palijativnu skrb, lječilište, ljekarnička ustanova) (ZZZ, NN 100/18, 33/23, čl. 70.). Iako su zdravstvene ustanove na primarnoj razini (domovi zdravlja) u vlasništvu županija/Grada Zagreba, znatan broj ordinacija koji se nalazi u njima je u zakupu. U tablici 3.1. prikazane su zdravstvene ustanove i trgovačka društva u djelatnost zdravstva u RH bez obzira na vrstu vlasništva na dan 31. prosinca 2021. g.

Tablica 3.1. *Zdravstvene ustanove i trgovačka društva za zdr. djelatnost bez obzira na oblik vlasništva*

Zdravstvene ustanove	Broj ustanova
Klinički bolnički centar	5
Klinika	6
Klinička bolnica	3
Opća bolnica	22
Specijalna bolnica	35
Lječilište	7
Dom zdravlja	44
Zavod za javno zdravstvo	22
Ostali državni zavodi	2
Ustanova za hitnu pomoć	21
Ljekarna	184
Poliklinika	321
Ustanova za medicinu rada	4
Ustanova za njegu	141
Ustanova za zdravstvenu skrb	90

¹¹ Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Posjećeno 11. listopada 2022. g. na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/zavod/>.

Ustanova za palijativnu skrb	2
Trgovačko društvo za obavljanje zdrav. djelatnosti	735
Ukupno	1644

Izvor: HZJZ, Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. g.; obrada autorice¹²

Stručni nadzor na radom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatnih zdravstvenih radnika provode nadležne **komore** koje izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenja za rad, propisuju uvjete za dobivanje odobrenja, vode registre ovlaštenika, utvrđuju normative i cijene usluga, provode disciplinske postupke i stručni nadzor, usvajaju etičke kodekse, daju prethodna mišljenja na propise i dr.¹³ kao npr. Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora zdravstvenih radnika, Hrvatska komora dentalne medicine i dr.

Interese zaposlenih u hrvatskom zdravstvu predstavljaju **sindikati** koji pregovaraju s Vladom RH i sklapaju kolektivne ugovore. Oni rade na zaštiti i promicanju gospodarskih, socijalnih, kulturno-obrazovnih te drugih interesa svojih članova. Najistaknutiji među njima su: Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi hrvatske (SSZSSH), Hrvatski liječnički sindikat, Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara–medicinskih tehničara (HSSMS MT), Sindikat zdravstva hrvatske (SZH).

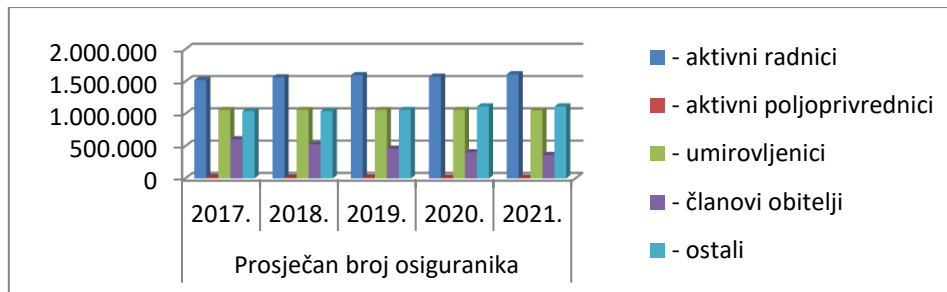
Najvažniji i nezaobilazan su dionik sustava **pacijenti** (korisnici usluga) koje Zakon određuje tako da je pacijent „svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.“ (ZZPP, NN 169/04, čl. 1.). Prema podacima o prosječnom broju osiguranika, po kategorijama osiguranika, u razdoblju od 2017. do 2021. g. vidljiv je trend smanjenja ukupnog broja osiguranika. Tijekom 2021. g. evidentiran je prosječan broj od 4 148 091 osiguranika, što predstavlja smanjenje od 2,27 % u odnosu na početno promatranu 2017. godinu kada je evidentiran prosječan broj od 4 244 232 osiguranika. U strukturi

¹² Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. g.* Dostupno na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>. Posjećeno 11. listopada 2022. g.

¹³ Hrvatska liječnička komora. *Statut Hrvatske liječničke komore*. Dostupno na mrežnoj stranici HLK: <https://www.hlk.hr/statut-hlk.aspx>. Posjećeno 20. listopada 2022. g.

osiguranika broj aktivnih radnika u 2021. g. povećan je za 5,96 %, a broj umirovljenika je smanjen za 0,71 % u odnosu na 2017. g. (slika 3.1.)¹⁴

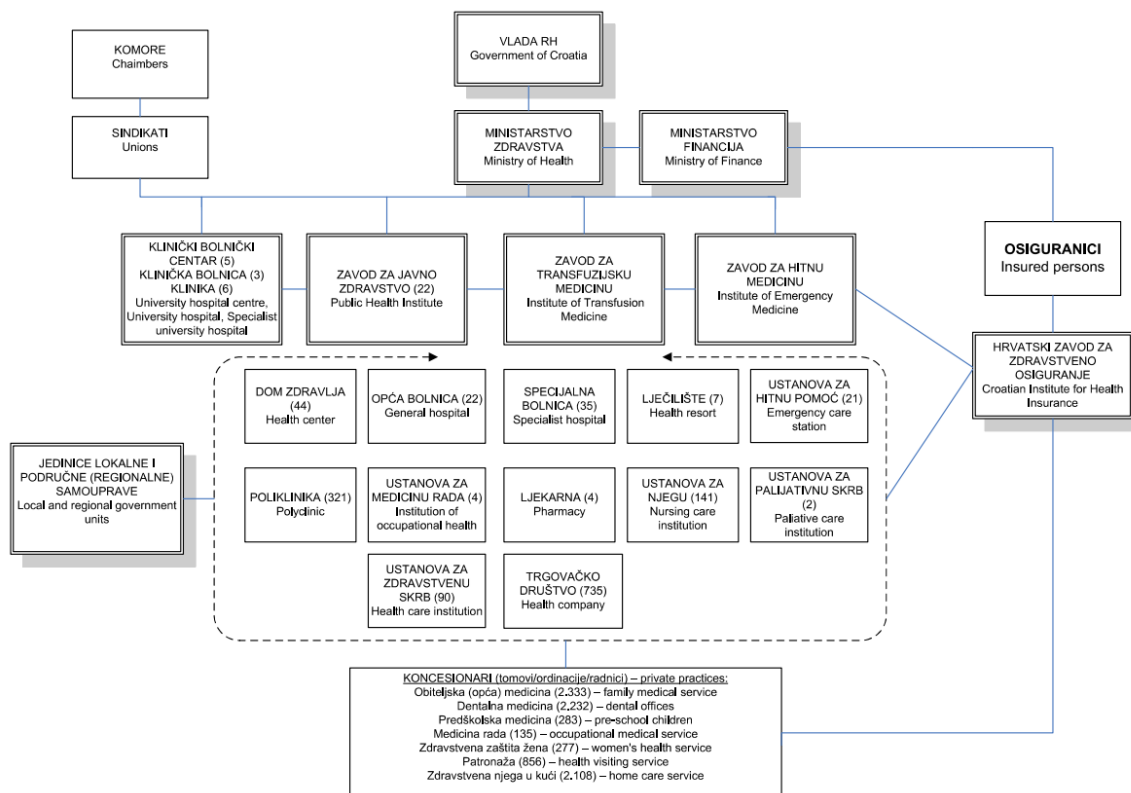
Slika 3.1. *Prosječan broj osiguranika*



Izvor: HZZO, Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. i 2021. g.; obrada autorice

Organizacijska struktura zdravstvenog sustava prikazana je na slici 3.2.:

Slika 3.2. *Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj*



Izvor: obrada autorice

¹⁴ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2019. i 2021. g.* Dostupno na mrežnoj stranici HZZO-a: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjescia>. Posjećeno 20. listopada 2022. g.

O sustavu zdravstva ne bi bilo moguće govoriti da u njemu ne postoje stručnjaci, **zdravstveni radnici**, koji posjeduju odgovarajuća znanja i vještine. Iako se već godinama govori o deficitu liječnika i medicinskih sestara, nema konkretnih podataka o tome koliko zdravstvenog kadra zaista manjka u RH. Stanje ljudskih resursa u zdravstvu obrađeno je u poglavlju 4.3.

3.2.3. Teritorijalno ustrojstvo

Teritorijalno ustrojstvo zdravstvenog sustava određuje Ministar, na temelju mišljenja HZZO-a, HZJZ-a, nadležnih komora i predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave, donošenjem Mreže javne zdravstvene službe. Mjerila za određivanje Mreže su:

- ukupan broj stanovnika
- ukupan broj osiguranih osoba
- demografske karakteristike stanovnika
- zdravstveno stanje stanovništva
- socijalna struktura stanovnika
- gravitirajući broj stanovnika
- karakteristike pojedinih područja
- raspoloživost zdravstvenim resursima
- utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva
- gospodarske mogućnosti (Mreža, NN 101/12, uvodne odredbe, stavak I).

Tako je Mrežom, između ostalog, po županijama/Gradu Zagrebu, utvrđen potreban broj timova opće/obiteljske medicine na primarnoj razini, a na sekundarnoj i tercijarnoj razini, broj zdravstvenih ustanova za provođenje bolničke djelatnosti kako je prikazano u tablici 3.2.

Tablica 3.2. *Mreža timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine na razini primarne zdravstvene djelatnosti/ mreža bolničkih zdravstvenih ustanova, u RH – po županijama*

Županija/Grad Zagreb	potreban broj timova opće/obiteljske medicine	broj bolničkih zdravstvenih ustanova
Bjelovarsko-bilogorska	67	2
Brodsko-posavska	92	2
Dubrovačko-neretvanska	83	2
Grad Zagreb	443	13
Istarska	117	2
Karlovačka	76	3
Koprivničko-križevačka	66	1
Krapinsko-zagorska	74	4

Ličko-senjska	33	4
Međimurska	59	1
Osječko-baranjska	175	3
Požeško-slavonska	42	2
Primorsko-goranska	175	7
Sisačko-moslavačka	98	3
Splitsko-dalmatinska	268	2
Šibensko-kninska	64	2
Varaždinska	99	2
Virovitičko-podravska	42	1
Vukovarsko-srijemska	98	2
Zadarska	101	3
Zagrebačka	169	2
Ukupno	2441	63

Izvor: Mreža javne zdravstvene službe; obrada autorice¹⁵

Usporedni podatci o ugovorenim sadržajima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i potrebnim timovima prema Mreži ukazuju na nezadovoljavajuće stanje jer na razini RH nedostaje značajan broj timova. Na području opće/obiteljske medicine nedostaju 193 tima, za zdravstvenu njegu u kući nedostaje 56 medicinskih sestara, u primarnoj pedijatrijskoj skrbi nedostaju 53 tima, u djelatnosti zdravstvene zaštite žena 61 tim, u dentalnoj medicini ukupno nedostaje 286 timova, nedostaje 18 patronažnih sestara itd. Jedino na području javnog zdravstva ugovoreni broj timova odgovara propisanom broju.¹⁶ Liječnika opće medicine najviše nedostaje u Gradu Zagrebu (-62), Zagrebačkoj županiji (-17), Brodsko-posavskoj županiji (-16). U skrbi predškolske djece najviše liječnika nedostaje, također, u Gradu Zagrebu (-8), u 7 županija 4 pedijatra nedostaju za popunu tima. U Gradu Zagrebu 73 je stomatologa manje od propisanog mrežom, zatim slijedi Osječko-baranjska županija s manjkom od 27 stomatologa te Vukovarsko-srijemska županija u kojoj nedostaje 21 stomatolog.¹⁷ Organizacija timova primarne zdravstvene zaštite problem je u županijama s velikom površinom ili slabom naseljenošću, u ruralnim sredinama i na otocima. Zbog brojnosti populacije koja im gravitira domovi zdravlja opterećeni su i kadrovskim i infrastrukturnim problemima.

U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, sukladno Mreži, ugovoreno je 12 767 postelja za akutno liječenje, 1 305 postelja produženog liječenja, 537 postelja dugotrajnog liječenja, 363 postelje

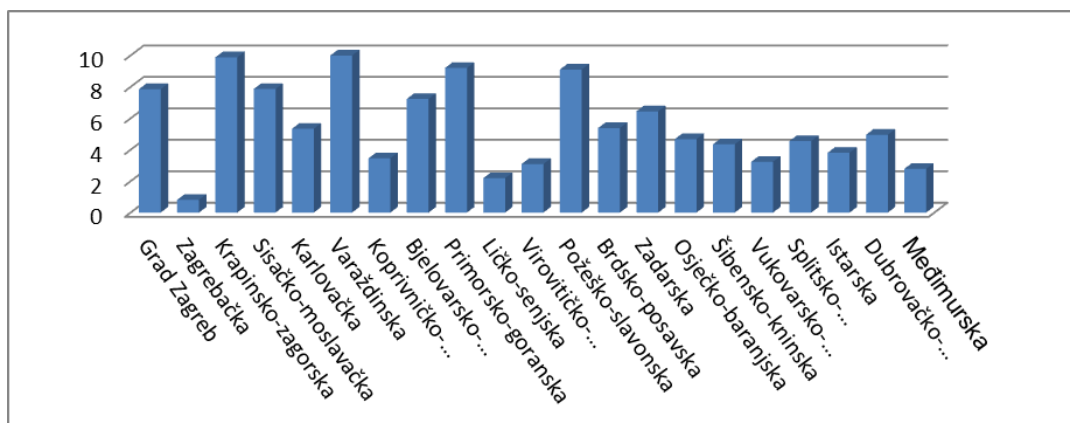
¹⁵ Izmjene i dopune Mreže javno zdravstvene Službe, Narodne novine br. 113/2015., 20/2018.

¹⁶ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH*. Dostupno na mrežnoj stranici HZZO-a: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>. Posjećeno 15. veljače 2023. g.

¹⁷ *Ibid.*

za palijativnu skrb, za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u specijalnim bolnicama i lječilištima ugovorene su 2 143 postelje te 6 419 kroničnih postelja.¹⁸ U dnevnim bolnicama ukupno je ugovoreno 3 879 postelja, u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti ugovoreno je 3 918 ordinacija i 27 provoditelja hemodijalize.¹⁹ Raspored postelja po županijama/regijama neravnomjeran je kao i njihov raspored po modalitetima liječenja. Ako promatramo broj postelja po županijama, najmanji broj postelja u odnosu na broj stanovnika imaju Zagrebačka i Ličko-senjska županija sa samo 0,81 odnosno 2,19 postelja na 1 000 stanovnika, a najveći Varaždinska županija s 9,99 postelja na 1 000 stanovnika (slika 3.3.) (Mihel i Trajanoski, kolovoz 2022.: str. 3- 8, url).

Slika 3.3. Broj postelja na 1 000 stanovnika



Izvor: HZJZ, Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine; obrada autorice²⁰

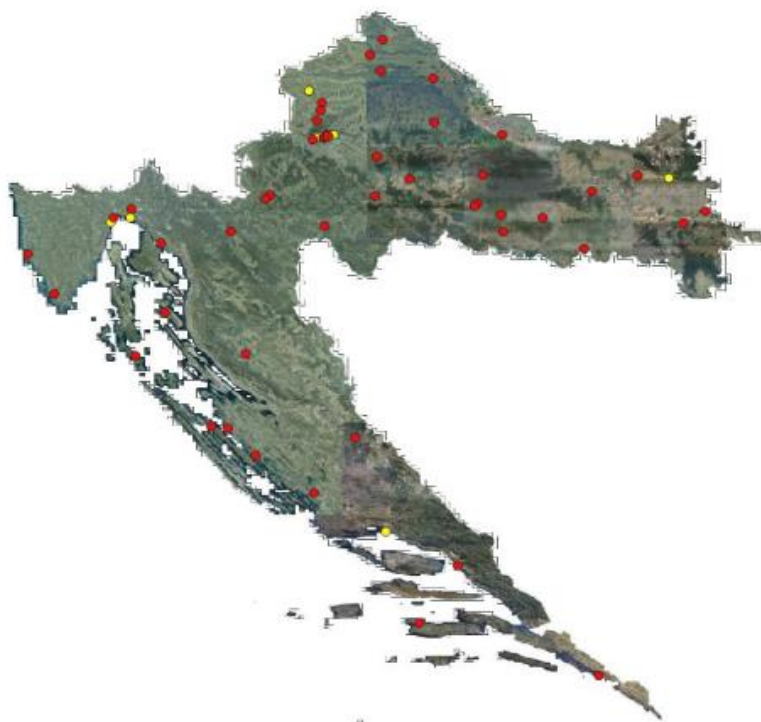
Rasprostranjenost bolničkih ustanova na tercijarnoj razini (žuto) i sekundarnih bolničkih ustanova (crveno) prikazana je na slici 3.4.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Mihel, S., Trajanoski, A. (kolovoz 2022). *Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine*. Dostupno na mrežnoj stranici HZJZ-a: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/09/Rad-bolnica-u-Hrvatskoj-2021_Bilten_za-web.pdf. Posjećeno 17. siječnja 2023. g.

Slika 3.4. Teritorijalna rasprostranjenost bolničkih zdravstvenih ustanova



Izvor: Ivanišević, Ž. (2022)²¹

U Hrvatskoj je 2015. g. izmjenama Mreže smanjen broj akutnih postelja uz istovremeno povećanje broja postelja u dnevnim bolnicama, postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb. Najave su da će se takav trend nastaviti i u budućim razdobljima. S obzirom na činjenicu da je iskorištenost posteljnih kapaciteta u 2021. g. iznosila samo 59,24 % (Tablica 4.1.), zaključak je da Hrvatska ima dovoljan broj postelja koje treba preraspodijeliti u skladu s potrebama.

3.3. Financiranje javnog zdravstva

Zdravstveni sustav velik je potrošač javnog novca te kao takav značajno utječe na održivost javnih financija. Zdravstvo, zbog upotrebe novih tehnologija, postaje sve učinkovitije, ali i sve skuplje, uz povećanje zdravstvene potrošnje uzrokovane starenjem stanovništva. Korisnici zdravstvenih usluga, s druge strane, očekuju visoku razinu zdravstvene zaštite pokrivenu obveznim osiguranjem, bez obzira na činjenicu ograničenosti javnih financija. Nedostatak

²¹ Ivanišević, Ž. (2022). *Primjena alata QGIS: Katastar bolničkih zdravstvenih ustanova Republike Hrvatske*. Diplomski rad. Pula: Fakultet informatike. Posjećeno 16. veljače 2023. godine: <https://repositorij.unipu.hr/islandora/object/unipu:6925>.

financijskih sredstava, uz stalan rast potrošnje na području zdravstva, postao je problem koji uzrokuje česte reforme, koje do sada nisu izazvale željene rezultate.

3.3.1. Modeli i načini financiranja

Sustavi financiranja zdravstva mogu se podijeliti u tri osnovne skupine (slika 3.5.):

1. sustavi s pretežito privatnim financiranjem (Sjedinjene Američke Države), tzv. tržišni model po principu „koliko platiš-toliko dobiješ“
2. sustavi s financiranjem iz pretežito državnog proračuna (anglosaksonske, nordijske, južnoeuropske zemlje), tzv. Beveridgeov model
3. sustavi s financiranjem pretežito iz izvanproračunskih fondova - fondovi socijalnog osiguranja (kontinentalna Europa, Japan), tzv. Bismarcov model (Vehovec, ur., Mihaljek, 2014.: str. 30-31).

Slika 3.5. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status
Beveridgeov	univerzalna	porezno	javna	socijalna usluga
Bismarckov	univerzalna	socijalno osiguranje	kombinirana	socijalno pravo
Tržišni	djelomična	privatno osiguranje	privatna	osigurani rizici

Izvor: Kovač, N., *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*²²

Hrvatski zdravstveni sustav po svojim obilježjima odgovara tzv. Bismarcovom modelu financiranja. Radi se o obveznom zdravstvenom osiguranju na osnovu kojeg zaposleni, putem doprinosa, solidarno izdvajaju sredstva za zdravstvenu zaštitu cjelokupnog stanovništva. Doprinosi za zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj obvezni su za sve zaposlene građane i za poslodavce, i izdvajaju se prema stopi koja se po godinama mijenjala od 13 – 16,5 %. Svaki građanin RH obavezan je prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje, sve osobe koje u njoj imaju prebivalište i stranci sa stalnim boravkom. Na obvezno zdravstveno osiguranje osiguravaju se i državljani članica Europske unije te državljani države koja nije članica, ako im je odobren privremen boravak u RH. Osiguranim osobama smatraju se i članovi obitelji osiguranika kao i druge osigurane osobe.²³ Osim obveznog zdravstvenog osiguranja u RH

²² Kovač, N. (2013). *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*. Ekonomski vjesnik, Vol. XXVI No. 2, str. 553. Posjećeno 10. studenog 2022. g.: <https://hrcak.srce.hr/broj/9510>.

²³ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Posjećeno 20. studenog 2022. g. na mrežnoj stranici HZZO-a: <https://hzzo.hr/obvezno-zdravstveno-osiguranje-0>.

postoji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje regulira Zakon o dobrovoljnom osiguranju i dijeli na: dopunsko, dodatno, privatno.

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem pokriva se dio troškova zdravstvenih usluga. Građani ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju mogu sklopiti s HZZO-om ili drugim osiguravajućim kućama čime se oslobađaju od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite. Ovisno o polici osiguranja, mogu biti oslobođeni i doplate za lijekove s Dopunske liste lijekova. Pravo na plaćanje premije osiguranja iz državnog proračuna imaju osigurane osobe čiji prihodovni cenzus mjesečno ne prelazi 2 000 kn.

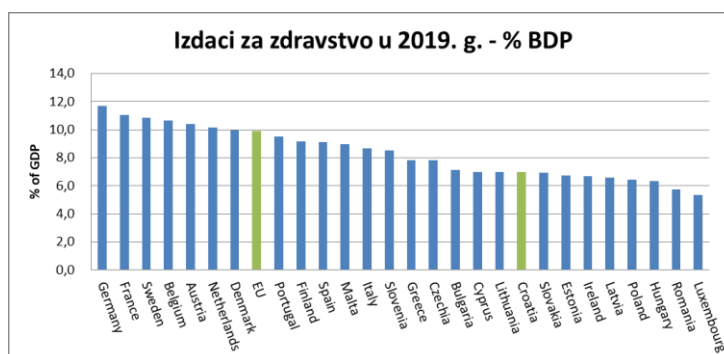
Dodatnim zdravstvenim osiguranjem korisnici ostvaruju veća prava u odnosu na obvezno osiguranje. Ono omogućuje obavljanje sistematskih i specijalističkih pregleda u privatnim poliklinikama, bez uputnica i čekanja.

Privatno zdravstveno osiguranje omogućava zdravstvenu zaštitu osobama koje nisu osigurane i nemaju obvezu osigurati se na obvezno zdravstveno osiguranje.

3.3.2. Struktura prihoda i rashoda

Prema podacima Eurostata za 2019. g. ukupni izdatci za zdravstvo u Hrvatskoj iznosili su 7 % BDP-a, što je ispod prosjeka na razini EU koji iznosi 9,9 % BDP-a i što Hrvatsku stavlja u začelje europskih zemalja (slika 3.6.).

Slika 3.6. Izdatci europskih zemalja za zdravstvo u 2019. g. u odnosu na BDP



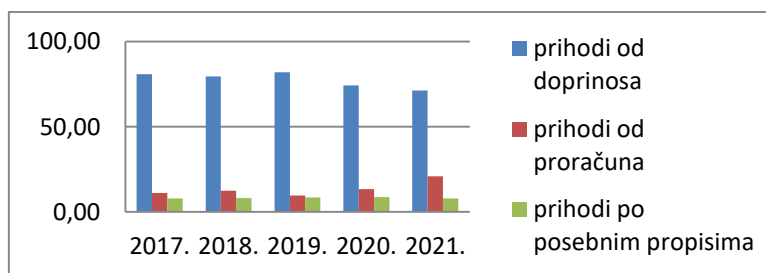
Izvor: Eurostat, Current healthcare expenditure, 2019.; obrada autorice²⁴

²⁴ Eurostat (2019). *Healthcare expenditure statistics 2019*. Posjećeno 30. studenog 2022. g.: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics.

Činjenica da Hrvatska izdvaja premalo odraz je gospodarske razvijenosti i s povećanjem bruto društvenog proizvoda opravdano je očekivati i rast ulaganja u zdravstvo. Ukupni prihodi i primitci HZZO-a, koji posluje kao izvan proračunski korisnik (izvan državne riznice), u 2021. g. ostvareni su u iznosu od 32 786 242 111 kn ili 15,63 % više u usporedbi s prihodima iz 2020. g.²⁵

Više od 70 % izdataka za zdravstvo financira se iz javnih sredstava od čega je dominantan dio od **prihoda iz doprinosa** za obvezno zdravstveno osiguranje. Na drugom mjestu su **prihodi od proračuna** koje čine: prihodi od posebnih i dodatnih doprinosa, prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine, prihodi na ime premija za police dopunskog zdravstvenog osiguranja za osiguranike kojima se polica pokriva na teret Državnog proračuna te za pokriće troškova zdravstvene zaštite osiguranika koji su to pravo ostvarili na teret državnog proračuna, proračunski transferi. Treći po iznosu u financijskom planu su **prihodi po posebnim propisima** u koje ulaze: prihodi od participacije, prihodi od dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, naplaćeni iznosi od osiguranika koji nemaju dopunsko osiguranje, prihodi od premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, prihodi od inozemnog osiguranja. U **ostale**, iznosom manje značajne **prihode**, ulaze i prihodi od imovine, prihodi od projekata EU, kazne, upravne mjere i ostalo.²⁶ Osnovne vrste prihoda HZZO-a u razdoblju od 2017. do 2021. g. prikazane su na slici 3.7.

Slika 3.7. Osnovne vrste prihoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje



Izvor: HZZO, Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2017., 2019. i 2021. g.; obrada autorice

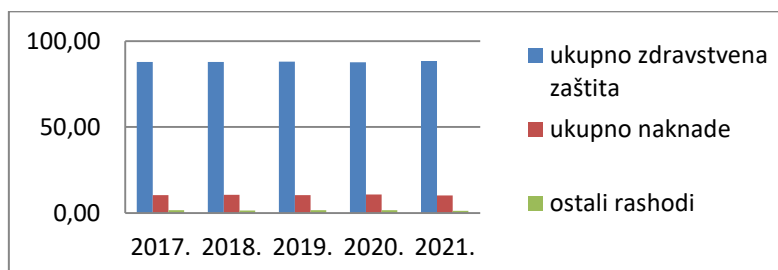
Troškovi zdravstvene zaštite osiguranika čine 88 % ukupnih rashoda. U rashode ulaze i **troškovi naknada** zbog bolovanja preko 42 dana, rodiljni dopust i ostale naknade koje

²⁵ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2022). *Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*, str. 7. Dostupno na mrežnoj stranici HZZO-a: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjjesca>. Posjećeno 20. studenog 2022. g.

²⁶ *Ibid.* str. 7.-10.

proizlaze iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju dok se pod **ostalim rashodima** prikazuju rashodi za zaposlene, materijalni rashodi, financijski rashodi, rashodi za nabavu nefinancijske imovine, rashodi po EU projektima i naknade štete (slika 3.8.).²⁷

Slika 3.8. *Struktura ukupnih rashoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje*



Izvor: HZZO, Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2017., 2019. i 2021. g.; obrada autorice

U strukturi rashoda najveći dio odlazi na bolničku zdravstvenu zaštitu 34,24 %, a zatim slijede primarna zdravstvena zaštita 14,45 %, lijekovi na recepte 13,92 %, posebno skupi lijekovi 8,05 %, izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zaštita 4,64 %, ostala zdravstvena zaštita 4,32 %, zdravstvena zaštita iz dopunskog osiguranja 3,73 %, zdravstvena zaštita inozemnih osiguranika 1,83 %, zdravstvena zaštita na radu 0,30 %.²⁸

U pokazateljima financijskog poslovanja HZZO-a za 2021. g. prikazan je ostvaren višak poslovanja u iznosu od 1 747 697 767 kn, dok je u isto vrijeme ukupan dug, odnosno obveze na dan 31. prosinca 2021. g., iskazan u iznosu od 4 994 274 184 kn, od čega su dospjele obveze 1 128 447 187 kn ili 22,59 % ukupnih obveza, a nedospjele 3 865 826 997 kn ili 77,41 %.²⁹

3.3.3. Model obračuna troškova

Od 2013. g., u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, primjenjuje se model obračuna troškova i plaćanja kroz tzv. hladni pogon, glavarine, dijagnostičko-terapijske postupke, ključne pokazatelji uspješnosti – izvedbe (KPI) i pokazatelje kvalitete (QI). Hladni pogon predstavlja fiksni dio, kao mogući prihod tijekom godine za podmirenje plaće liječnika i medicinske

²⁷ *Ibid.*, str. 11.-15.

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*, str. 37

sestre te režijskih i administrativnih troškova. Glavarina se određuje prema broju opredijeljenih osiguranih osoba, pri čemu se godišnji iznos sredstava utvrđuje prema dobnim skupinama. Sredstva se ostvaruju i prema fakturama ispostavljenim za izvršene dijagnostičko-terapijske postupke (DTP) u visini od 140 % do 160 % glavarine, za ostvarene indikatore učinkovitosti (KPI) i ostvarene indikatore kvalitete (QI), maksimalno 7,5 % glavarine i DTP-a. Stimulativni dio prihoda, od 1 % do 5 % vrijednosti iznosa glavarine, ostvaruje se za dodatne postupke i usluge (preventivni programi, rad u skupnoj praksi, organiziranje savjetova, e-zdravstvo, naručivanje na preglede u ordinaciji).³⁰ Ono što i dalje predstavlja problem ugovaranja primarne zdravstvene zaštite financiranje je medicinskih uređaja i opreme koju liječnici koncesionari nabavljaju iz vlastitih sredstava.

Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnog proračuna (limita) koji se ugovara s HZZO-om i koji bolnice moraju opravdavdati fakturama za izvršen rad. Model plaćanja bolničkog stacionarnog rada koji je u primjeni od 2007. g., takozvani je DTS sustav.³¹ Radi se o klasifikaciji pacijenata u dijagnostičke grupe pri čemu se uzima kriterij dijagnoze i/ili kriterij sličnosti – pacijenti s istom ili sličnom dijagnozom ili sličnim troškovima skrbi pripadaju istoj skupini. Osnovna je ideja plaćanje po slučaju ili epizodi bez obzira na trajanje epizode. Iznos za plaćanje dobiva se tako se koeficijent svake skupine pomnoži s vrijednošću koju određuje HZZO. Nedostatak je ovoga sustava što u praksi postoje epizode liječenja s troškovima koji su znatno veći od prosječnih za DTS, kao i činjenica da plaćanje po slučaju ne uključuje sve troškove kao, npr. kapitalne troškove, troškove edukacije zdravstvenog osoblja, troškove kliničkih ispitivanja i sl. (Strizrep, n. d.: 2). Za djelatnosti produženog liječenja, dugotrajnog i kroničnog liječenja, palijativne skrbi kao i djelatnost fizikalne medicine i terapije u specijalnim bolnicama i lječilištima koristi se model plaćanja prema danu bolničkog liječenja (DBL).

Do 2015. g., u bolničkoj specijalističko-konzilijarnoj zaštiti za obračun izvršenih usluga specijalističkih pregleda, dijagnostičkih pretraga, operativnih i dr. zahvata te usluga dnevnih bolnica koristio se popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima

³⁰ Čl. 63. i 66. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine br. 56/2017., 73/2017., 30/2018., 35/2018., 119/2018., 32/2019., 62/2019., 94/2019., 104/2019., 22/2020., 84/2020., 123/2020., 147/2020., 12/2021., 45/2021., 62/2021., 144/2021., 10/2022., 63/2022., 68/2022., 78/2022., 115/2022., 133/2022., 156/2022., 7/2023., 14/2023.

³¹ Sustav dijagnostičko-terapijskih skupina. DTS se zasniva na sustavu koji je razvio tim sa Sveučilišta Yale u Sjedinjenim Američkim Državama pod nazivom *Diagnosis Related Groups* (DRG).

tzv „Plava knjiga“³². Načelno, takav model, koji uključuje izračun vrijednosti zdravstvenih usluga temeljem vremenskih i kadrovskih normativa, bio je dobar i odražavao je stvaran rad zdravstvenih djelatnika, dok je glavna zamjerka bila zastarjelost normativa i samih postupaka. Novi se model ugovaranja i plaćanja na osnovu tzv. dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) uvodi 2015. g. Ti se postupci utvrđuju u suradnji s komorama tako da se formira prosječna cijena postupka uzimajući u obzir trošak lijekova, potrošnog materijala te ostalih indirektnih troškova. Ono što nedostaje DTP-u su kadrovsko-vremenski normativi nužni za procjenu radnog učinka. Uz financijske iznose na osnovi ispostavljenih faktura za obavljene DTP postupke, zdravstvene ustanove mogu ostvariti i dodatna mjesečna sredstva na osnovu izvršenja postupaka koji se posebno ugovaraju.

Glavni nedostatak navedenih modela obračuna troškova jest činjenica da zdravstvene ustanove ne utječu na određivanje cijena usluga, kao ni na visinu mjesečnog iznosa sredstava (limita). O tome jednostrano odlučuje HZZO. Koeficijent i vrijednost koeficijenta formiraju se s obzirom na raspoloživa financijska sredstva, a ne na osnovi realne vrijednosti, odnosno ekonomske cijene pojedine usluge. Rast cijena zdravstvenih usluga samo u određenoj mjeri prati porast plaća zaposlenika dok porast ostalih troškova (lijekovi, potrošni materijali, energenti, prehrana) ne utječe na cijenu usluga.

3.3.4. Fiskalna održivost

Fiskalna održivost definira se kao „sposobnost dužnika da uz prihvatljiv saldo prihoda i rashoda dugoročno ispunjava svoje financijske obveze prema vjerovnicima.“ (Šimović i Primorac, travanj 2021.: 2, url). O financijskom stanju hrvatskog zdravstva najbolje govore podatci o dugovanjima bolničkih zdravstvenih ustanova zbog čega Vlada RH, u svrhu osiguranja njihova nesmetanog rada, na svojim sjednicama donosi Odluke o isplati sredstava bolničkim zdravstvenim ustanovama kojima je osnivač RH/županija za podmirenje dijela dospjelih obveza prema dobavljačima lijekova, potrošnog i ugradbenog materijala. Pa su tako u prosincu 2021. g. odobrena sredstva u iznosu 780 230 771 kn, u lipnju 2022. g. 743 313 908 kn, u rujnu 2022. g. 710 038 324 kn.³³

³² Inačica Međunarodne klasifikacije medicinskih postupaka

³³ 89., 150., 125. Sjednica Vlade RH. *Prijedlog odluke o isplati sredstava bolničkim zdravstvenim ustanovama kojima je osnivač Republika Hrvatska za podmirenje dijela dospjelih obveza prema dobavljačima lijekova, potrošnog i ugradbenog medicinskog materijala; Prijedlog odluke o isplati namjenske pomoći za podmirenje*

Problem financiranja zdravstvenog sustava i stalni porast troškova uzrok su zdravstvenih reformi (1990., 1993., 2000., 2006., 2008., sanacija 2013.) koje nisu pokazale značajnije učinke. Navedeno ukazuje na problem financijske održivosti sustava koji je pandemija koronavirusa dodatno produbila. Prema izjavi direktora Udruge poslodavaca u zdravstvu, objavljenoj u medijima „ukupne obveze zdravstvenih ustanova, krajem lipnja 2022., iznosile su 13,7 milijardi kuna, a dospjele 4,2 milijarde kuna. Zdravstveni sustav je u prvih šest mjeseci stvarao 100 milijuna kuna novog duga mjesečno.“ (U zdravstvu mjesečno 100 milijuna kuna novog duga, 2022., 7. listopada). Temeljni razlog neplaćanja troškova je neravnoteža između prihoda koje zdravstvene ustanove (bolnice) ostvaruju dodijeljenim limitima, koji su u većini bolnica manji od ukupnog iznosa ispostavljenih faktura, i rashoda koji se većim dijelom odnose na plaće zaposlenika. Tendencija povećanja rashoda za zdravstvo objašnjava se demografskim kretanjima (starenje stanovništva ističe se kao najveći pokretač rasta troškova), uvođenjem novih, skupih tehnologija i generacija lijekova te usluga liječenja složenih zdravstvenih stanja koja se prije nisu mogla liječiti.

Kao što je u prethodnom poglavlju navedeno, ukupni izdatci za zdravstvo u 2019. g. iznosili su 7 % BDP-a, što je ispod prosjeka na razini EU koji iznosi 9,9 %. Prema izdancima po stanovniku, Hrvatska je još niže od prosjeka EU, prosječno izdvaja 931 eura po stanovniku, dok je prosjek EU 3 102 eura.³⁴ Udio javnih izdavanja za zdravstvo veći je od prosjeka EU, dok je udio privatnih izdavanja na nižoj razini od prosjeka EU.

Kako bi se osigurala fiskalna održivost moguća su dva pristupa:

- 1) povećati prihode za zdravstveni sustav
- 2) povećati učinkovitost rashoda za zdravstveni sustav (Šimović i Primorac, 2021.:18, url).

Kod povećanja prihoda naglasak je potrebno staviti na izdvajanja građana i uključivanje privatnog sektora, uz zadržavanje postojećeg standarda javnoga zdravstva, dok je na rashodovnoj strani nužno smanjiti troškove i bolje upravljati javnim novcem. Značajna sredstva moguće je iskoristiti u okviru projekata financiranih iz fondova EU. Do sada taj je potencijal nedovoljno iskorišten, a mogao bi se koristiti za obnovu infrastrukture, energetske obnovu i zadržavanje opreme. Dodatni izvor financiranja mogu biti i klinička ispitivanja,

dijela dospjelih obveza bolničkih zdravstvenih ustanova kojima su osnivači županije prema dobavljačima lijekova, potrošnog i ugradbenog medicinskog materijala

³⁴ Eurostat (2019). *Healthcare expenditure statistics 2019*. Posjećeno 30. studenog 2022. g.:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics.

financirana od strane farmaceutske industrije i proizvođača medicinskih proizvoda. Udruga poslodavaca u zdravstvu, kao model smanjenja dugova, predlaže mogućnost pružanja nadstandarda, izravnim plaćanjem građana ili preko dodatnog osiguranja. Predlažu katalogizaciju usluga, kao temelj za uspostavu nadstandarda, odnosno određivanje razine usluga koje će se pružati u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja. Uvođenjem novih poreza, kojima bi se smanjilo ponašanje štetno za zdravlje, također bi se mogli prikupiti dodatni prihodi.

Osjetljiva tema zdravstvene politike je povećanje prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja. Na dan 31. prosinca 2021. g. u HZZO-u evidentirano je 2 226 170 važećih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja, od čega 1 672 714 osoba same plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a za 553 456 osiguranika polica je na teret Državnog proračuna.³⁵ Iznos premije dopunskog osiguranja, za sve građane, iznosi 70 kuna mjesečno dok sudjelovanje u troškovima bolničkog liječenja iznosi 20 % od ukupnog iznosa računa, uz ograničenje od najviše 2 000 kuna. Povećanje prihoda od dopunskog osiguranja moguće je poticanjem građana na ugovaranje dopunskog osiguranja ili potencijalno povećanje cijene police. Druga opcija svakako je nepopularna s obzirom na ekonomski standard građana i ako bi se razmatrala trebalo bi razmisliti o uvođenju dohodovnog cenzusa u određivanju njezine cijene.

Moguće mjere na rashodovnoj strani mogu uključivati:

- jačanje prevencije (uštede na bolničkom liječenju i lijekovima)
- jačanje primarne zdravstvene zaštite (smanjenje troškova bolničke zdravstvene zaštite)
- ograničavanje potrošnje i cijene lijekova (racionalno propisivanje, politika povrata, primjena generičkih lijekova, objedinjena javna nabava)
- bolja koordinacija bolničkog liječenja i primarne zdravstvene zaštite (smanjenje duljine liječenja, dnevne bolnice i jednodnevne kirurgije, smanjenje prijema)
- digitalizacija (ulaganja u informacijski sustav, e-zdravstvo)
- racionalno upravljanje ljudskim potencijalima uz praćenje plaća i drugih materijalnih prava osoba
- uvođenje amortizacije
- upravljanje

³⁵ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, *op. cit.* (bilj. 25), str. 9.

- funkcionalna integracija ustanova u zdravstvu (Šimović i Primorac, 2021.: 31-37, url).

Nova mjera, koja se spominje u cilju osiguranja fiskalne održivosti, i dvojno je financiranje, što znači da bi troškove poslovanja zdravstvenih ustanova trebali sufinancirati i osnivači, odnosno županije i gradovi. Za rješavanje gorućeg problema financijske održivosti hrvatskoga zdravstvenog sustava potrebna je prije svega politička volja, suradnja institucija, ali i svijest cjelokupnog društva o postojećem stanju.

4. OCJENA POSTOJEĆEG STANJA U JAVNOM ZDRAVSTVU

Sustav zdravstvene zaštite u RH opterećen je problemima od kojih su mnogi naslijeđeni iz prošlosti. Očekivanja su da zdravstvo bude dostupno svima u cjelokupnom opsegu te je naglasak na kvantiteti, a ne kvaliteti zdravstvenih usluga. Iako sustav počiva na načelu solidarnosti i omogućuje pristup nizu usluga, na dostupnost zdravstvene zaštite, osim geografskih i socio-ekonomskih čimbenika, utječu i duge liste čekanja na pojedine specijalističke preglede, dijagnostičke pretrage i operativne zahvate. Sustav je nedovoljno usmjeren na preventivu, nedovoljna su ulaganja u suvremenu medicinsku opremu, sve je izraženiji problem nedostatka zdravstvenih radnika. Primarna skrb nedovoljno je iskorištena, ako ju usporedimo s pružanjem usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Javnozdravstveni pokazatelji ukazuju na visoke stope smrtnosti. Smrtnost koja se može spriječiti daleko je iznad prosjeka EU, isto tako, niska je vjerojatnost preživljenja zloćudnih bolesti. Očekivani životni vijek, iako se povećava, zaostaje za prosjekom EU.

U Hrvatskoj općenito nedostaju istraživanja koja bi pokazala stavove građana o kvaliteti javnoga zdravstva, međutim, jedno od takvih istraživanja, provedeno 2010. g. od strane Ekonomskog instituta Zagreb i UNODC-a na 3 000 ispitanika, pokazalo je da 80 % građana kvalitetu usluge u javnome zdravstvu ocjenjuje dobrom i vrlo dobrom, a zdravstveni djelatnici su najbolje ocijenjeni javni djelatnici od svih javnih službi (Vehovec, ur., Budak, 2014.: 275-276).

EHCI indeks (*Euro Health Consumer Index*) analizira nacionalne sustave zdravstvene zaštite na osnovu 46 indikatora u područjima prava pacijenata i informacija, dostupnosti zdravstvene skrbi, ishoda liječenja, opsega i dostupnosti usluga te prevencije i korištenja farmaceutskih proizvoda i kao takav ukazuje na razinu uspješnosti nacionalnih sustava zdravstvene zaštite.

Prema rezultatima za 2018. g. Hrvatska zauzima 24. mjesto od ukupno 35 zemalja s ostvarenih 644 bodova (maksimum 1 000 bodova), a taj rezultat predstavlja pad u usporedbi s 2013. g. kada je Hrvatska bila na 19-om mjestu sa 656 bodova.³⁶

4.1. Javnozdravstveni pokazatelji

Među najznačajnije pokazatelje, ne samo javnoga zdravstva, već i ekonomskoga i socijalnog statusa neke zemlje, ubrajaju se očekivano trajanje života i dojenačka smrtnost. U 2020. godini u Hrvatskoj je očekivano trajanje života za muškarce iznosilo 74,7 godina, a za žene 80,9 godina te je u odnosu na 2010. godinu zabilježen porast očekivanog trajanja života kod rođenja za 1,3 godinu u muškaraca i za 1 godinu u žena. Usprkos pozitivnom trendu, u Hrvatskoj muškarci i žene, prema podacima za 2020. g., u očekivanom trajanju života, u odnosu na prosjek EU, zaostaju gotovo tri godine. Prosječno očekivano trajanje života u dobi od 65 godina u Hrvatskoj je u 2020. g. za muškarce iznosilo 15,1, a za žene 18,8 godina (u EU 17,4 godine za muškarce i 21 godina za žene).³⁷

Natalitetna stopa u 2020. g. iznosila je 8,9/1 000 stanovnika i smanjena je u odnosu na 2010. g. kada je iznosila 9,8/1 000 stanovnika. Mortalitetna stopa je u 2020. g. u odnosu na 2010. porasla za 1,3/1 000 stanovnika, a stopa negativnog prirodnog prirasta je iznosila -5,2 ‰ (u 2010. g. -2,0 ‰). U svim županijama u RH također je zabilježen negativni prirodni prirast.³⁸ U razdoblju od 2010. do 2020. g. prosječna stopa ukupnog fertiliteta u Hrvatskoj iznosi 1,46 dok je u promatranom razdoblju u EU prosječna stopa 1,54 (kod vrijednosti stope ukupnog fertiliteta ispod 1,5 prisutna je depopulacija).³⁹

Kao jedan od pokazatelja zdravstvenog stanja stanovništva koristi se i indikator godina zdravog života. Njime se procjenjuje koliko dugo će ljudi živjeti, a da nemaju zdravstvenih poteškoća. Prema dostupnim podacima za 2020. g., stanovnici RH pri rođenju mogu očekivati 58,5 zdravih godina života, a stanovnici zemalja članica EU 64 zdravih godina. U

³⁶ Björnberg, A., Yung Phang, A. (2019). *Euro Health Consumer Indeks 2018 report*. Posjećeno 30. studenog 2022. g.: <https://healthpowerhouse.com/media/ECI-2018/EHCI-2018-report.pdf>.

³⁷ Rodin, U. i sur. (kolovoz 2021.). *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2020. godini*, str. 11. i 18. Dostupno na mrežnim stranicama HZJZ: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/08/PRIRODNO_KRETANJE_2020_30082021_.pdf. Posjećeno 10. prosinca 2022. g.

³⁸ *Ibid.*, str. 5.

³⁹ *Ibid.*, str. 8.

dobi od 65 godina muškarci u Hrvatskoj mogu očekivati još 4,7 zdravih godina života (prosjeak EU 9,5), a žene 5,2 zdravih godina (prosjeak EU 10,1).⁴⁰

U strukturi uzroka smrti u 2020. g. najzastupljenije su ishemijske bolesti srca, a slijede cerebrovaskularne bolesti, dijabetes, hipertenzivne bolesti, Covid-19. Uzrok smrti su i zloćudne novotvorine: „Ukupna smrtnost od raka u Hrvatskoj među najvišima je u EU-u: Hrvatska je na petom mjestu, sa stopom smrtnosti standardiziranom prema dobi od 324 smrtna slučaja uzrokovana rakom na 100 000 stanovnika 2020., što je znatno iznad prosjeka EU-a, koji iznosi 264 smrtna slučaja na 100 000 stanovnika.“⁴¹

Stopa smrtnosti od bolesti/stanja koji se mogu liječiti, prema podacima Eurostata za 2019. g., u Hrvatskoj je iznosila 128,3 na 100 000 stanovnika, dok je prosjeak EU-a 92,1 na 100 000 stanovnika. Stopa smrtnosti od bolesti/stanja koja se mogu spriječiti iznosila je 232,6 na 100 000 stanovnika, a prosjeak EU je 160 na 100 000 stanovnika.⁴²

Pušenje, pretilost i nezdrava prehrana u Hrvatskoj su češći nego u EU-u. Više od petine odraslih Hrvata puši svakodnevno, gotovo svaka četvrta odrasla osoba je pretiła, a pretilost je sve veći problem i u djece i adolescenata. Ukupna konzumacija alkohola po odrasloj osobi u Hrvatskoj se u razdoblju od 2010. do 2019. smanjila za oko 10 % te se izjednačila s prosjekom EU za 2019. g.⁴³

Iako se na nacionalnoj razini, u cilju prevencije bolesti koje su vodeći uzroci smrti, provode preventivni programi i pregledi (rano otkrivanje raka dojke, raka vrata maternice, raka debelog crijeva, raka pluća), javnozdravstveni pokazatelji ukazuju na činjenicu da država nedovoljno djeluje na području preventive.

⁴⁰ Rodin, U. i sur. (kolovoz 2022.). *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2021. godini*, str 25. Dostupno na mrežnim stranicama HZJZ: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/08/Prirodno_kretanje_2021_0822.pdf. Posjećeno 11. prosinca 2022. g.

⁴¹ OECD (2022). *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021.*, str. 6. Dostupno na mrežnim stranicama OECD i Library: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2021_24be62c0-hr. Posjećeno 11. prosinca 2022.

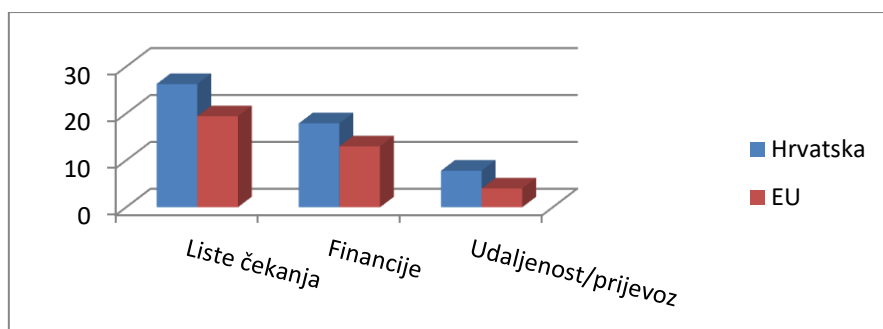
⁴² Eurostat. *Preventable and treatable mortality statistics*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=571291. Posjećeno 12. prosinca 2022. g.

⁴³ OECD, *op. cit.* (bilj. 41), str. 8.

4.2. Dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite

Pojam dostupnosti zdravstvene zaštite označava sustav u kojem bi svi pacijenti, u medicinski prihvatljivom roku, dobili primjerenu zdravstvenu skrb. Problem dostupnosti i jednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti posebno dolazi do izražaja u ruralnim i otočkim područjima u kojima prevladava starije stanovništvo i stanovništvo nižeg ekonomskog statusa.⁴⁴ Prema podacima Eurostata, udio samoprijavljenih nezadovoljenih potreba za zdravstvenom skrbi u RH u 2019. g. veći je od prosjeka EU (slika 4.1). Prijave nezadovoljenih potreba zbog zemljopisne udaljenosti češće su nego u ostalim državama članicama EU (više prijava ima jedino Italija).⁴⁵

Slika 4.1. Udio osoba starijih od 15 godina koje su samoprijavile nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi u 2019. g.



Izvor: Eurostat, *Share of persons aged 15 years or over reporting unmet needs for health care, by specific reason*, 2019.; obrada autorice

Kroničan problem su i duge liste čekanja, koje također utječu na dostupnost usluga pa se u kliničkim bolničkim centrima na prvi pregled prosječno čeka 128 dana, terapijske postupke 242 dana, dijagnostičke pretrage 205 dana. Primjerice, na magnetnu rezonancu koljena pacijenti će prosječno čekati 491 dan.⁴⁶ S druge strane, opseg zdravstvenih usluga koje se plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja vrlo je velik, nisu uključene jedino neke vrste estetskih zahvata, i pod jednakim uvjetima osiguravaju se svim osobama.

⁴⁴ Ministarstvo zdravstva. *Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021. – 2027*, str. 14. Posjećeno 15. prosinca 2022. g.: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027.pdf>.

⁴⁵ Eurostat (2019). *Share of persons aged 15 years or over reporting unmet needs for health care, by specific reason*, 2019. Posjećeno 15. prosinca 2022. g.: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care.

⁴⁶ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Liste narudžbi, Broj narudžbi na listama narudžbi po ustanovama*. Dostupno na mrežnoj stranici HZZO-a: http://www.hzzo-net.hr/dload/eListe/Broj_pacijenata_na_listi_narudzbi_po_ustanovama.html. Posjećeno 15. prosinca 2022. g.

Na području kvalitete liječenja i sigurnosti pacijenata, u zdravstvenim ustanovama provodi se niz aktivnosti, ali akreditacija bolnica, kao preduvjet sustavnog pristupa kvaliteti, još nije provedena. Obvezni indikatori kvalitete definirani su zakonskim propisima pa zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (u daljnjem tekstu: Agencija) dostavljaju izvješća o pokazateljima kvalitete i sigurnosti. Ti pokazatelji (indikatori) kvalitete temelj su za daljnju analizu, praćenje i poboljšanje sustava (Štimac i Ivakić, 2019.: 265). Svrha izvještavanja praćenje je ishoda liječenja i sigurnosti pacijenata kako bi se dobila cjelovita slika s mogućnosti praćenja kroz određeno razdoblje i kako bi se pravovremeno djelovalo u slučaju odstupanja i eventualnih promjena sustava. U Hrvatskoj se trenutno prate samo neki opći pokazatelji i indikatori. U području kvalitete to su: vrijeme čekanja na određene zahvate, trajanje hospitalizacije za određene dijagnoze i operativne zahvate, učinkovitost hitne medicinske pomoći, rano otkrivanje zloćudnih bolesti, procijepljenost djece i dr. U području sigurnosti pacijenta prate se neočekivani i ostali neželjeni događaji: bolnička smrtnost, poslijeoperacijske komplikacije, higijena ruku, poslijeoperacijske traume, padovi, dekubitusi i dr.⁴⁷ Na mrežnim stranicama Agencije zadnje je objavljeno Izvješće o pokazateljima sigurnosti pacijenata za 2016. g., međutim konkretne zaključke o stanju kvalitete i poredbene podatke u odnosu na druge zemlje autorica ovog rada nije pronašla. U Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine navodi se:

Trenutno se u sustavu zdravstva ne prikuplja, obrađuje i analizira dovoljno podataka i informacija u odnosu na ostale zemlje Europske unije (u daljnjem tekstu: EU). Navedeno otežava praćenje pokazatelja kojima se prati učinkovitost sustava, uključujući i pokazatelje zdravstvenih ishoda. U sklopu projekta tehničke pomoći realiziranog kroz Program potpore strukturnim reformama u suradnji s pružateljima tehničke pomoći, Ministarstvo zdravstva je započelo proces izrade okvira za mjerenje učinkovitosti zdravstva (engl. Health System 3 Performance Assessment - HSPA), koji će doprinijeti uspostavi ključnih indikatora za mjerenje učinkovitosti prema utvrđenoj metodologiji, povezanih s postupkom povezivanja mjera s ciljevima zadanim u nacionalnim aktima strateškog planiranja i reformama, pravovremenošću podataka, te unaprijediti praćenje zdravstvenih ishoda (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027., str. 2).

⁴⁷ Agencija za kvalitetu. *Pokazatelji kvalitete i sigurnosti*. Službena mrežna stranica Agencije za kvalitetu: <https://www.aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji/ostali-nezeljeni-dogadaji>; <https://www.aaz.hr/hr/sigurnost/pokazatelji>. Posjećeno 15. Prosinca 2022. g.

4.3. Zdravstvena infrastruktura i ljudski resursi

Infrastrukturno i kadrovski nezadovoljavajući kapaciteti te nedostatna opremljenost zdravstvenih ustanova, izazovi su s kojima se suočava zdravstvo u Hrvatskoj. Većina zdravstvenih ustanova nalazi se u objektima koji su starije gradnje i neprilagođeni djelatnostima koje se u njima obavljaju. Njihova rekonstrukcija i održavanje zahtijeva znatna financijska sredstva, što za posljedicu ima dugogodišnja neulaganja. U lošem su stanju i po pitanju energetske učinkovitosti „veliki su potrošači energenata i vode što proizlazi iz njihove specifičnosti po vrsti djelatnosti, kompleksnosti sustava grijanja, hlađenja i ventilacije, velikog broja djelatnika i korisnika te nerijetko cjelodnevnog režima rada.“ (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012., str. 85). „Ukupna površina objekata u bolnicama iznosi 1 198 938 m² površine, što bi u prosjeku bilo čak 38 675 m² površine objekata po bolnici.“ (Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020., NN 84/18, str. 27, dalje u tekstu Nacionalni plan 2018. - 2020.).

Medicinska oprema dobrim je dijelom zastarjela i uglavnom neiskorištena jer se pretežno koristi samo u jutarnjoj smjeni. Od visoko sofisticirane opreme Hrvatska raspolaže s 89 uređaja za kompjutoriziranu tomografiju (CT) i 65 uređaja za magnetnu rezonanciju (MRI).⁴⁸

Na području informacijsko-komunikacijske infrastrukture u Hrvatskoj postoji sustavan pristup započet uvođenjem Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH). Primarna zdravstvena zaštita je u cjelosti informatizirana i primjenjuje aplikacije: eRecept, eUputnica, eNaručivanje, ePomagala, eCijepljenje. Putem CEZIH-a primarna zdravstvena zaštita integrirana je s bolnicama koje imaju relativno visoku razinu informatizacije primjenom bolničkih informacijskih sustava (BIS) i poslovnih informacijskih sustava (PIS). CEZIH podržava i razmjenu medicinskih podataka: eNalaz, eKarton. Putem sustava eGrađani dostupan je i *Portal zdravlja* koji omogućuje građanima potpuni uvid u njihov medicinski karton. Informatizirano je i automatizirano izvještavanje o hospitaliziranim pacijentima, onkološkim i zaraznim bolestima, novorođenoj djeci, psihijatrijskim bolestima (Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav – NAJS) kao i provođenje nacionalnih

⁴⁸ Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021.*, tablični podaci: Medicinska oprema, operacijske dvorane i medicinski postupci u Hrvatskoj. Posjećeno 13. siječnja 2023.: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>.

preventivnih programa (aplikacija NPP). Centralni upravljački sustav (CUS) uveden je 2019. g. kao centralni sustav komunikacije s bolnicama, a omogućuje uvid u strukturu bolnica, odjela, djelatnika, postelja i radilišta u cilju centraliziranog izvještavanja o financijskom, organizacijskom, medicinskom stanju bolnica.⁴⁹

Mreža telemedicinskih centara uključuje 149 osnovnih telemedicinskih centara na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini i tri proširena telemedicinska centra na sekundarnoj razini u privatnom vlasništvu (Odluka o donošenju mreže telemedicinskih centara, NN 94/21, čl. 4. i 7.). Navedena mreža osigurava dostupnost zdravstvene zaštite u svim dijelovima države, ponajviše na otocima i drugim prometno izoliranim područjima.

Za problem infrastrukturnih ulaganja i opremanja medicinskom i nemedicinskom opremom rješenja se traže u projektima financiranim iz Europskih strukturnih i investicijskih fondova. U okviru projekta *Poboljšanje isplativosti i pristupa dnevnim bolnicama i/ili dnevnim kirurgijama*, financiranog od strane Europskog fonda za regionalni razvoj, u razdoblju 2016. – 2020. g., osigurana su bespovratna sredstva za bolničke ustanove. Bolnice su odobrena sredstva iskoristile za izgradnju ili rekonstrukciju prostora te opremanje dnevnih bolnica i jednodnevnih kirurgija. Svrha ovih projekata je smanjiti broj prijema na akutne bolničke odjele i tako povećati isplativost i održivost zdravstvenog sustava.

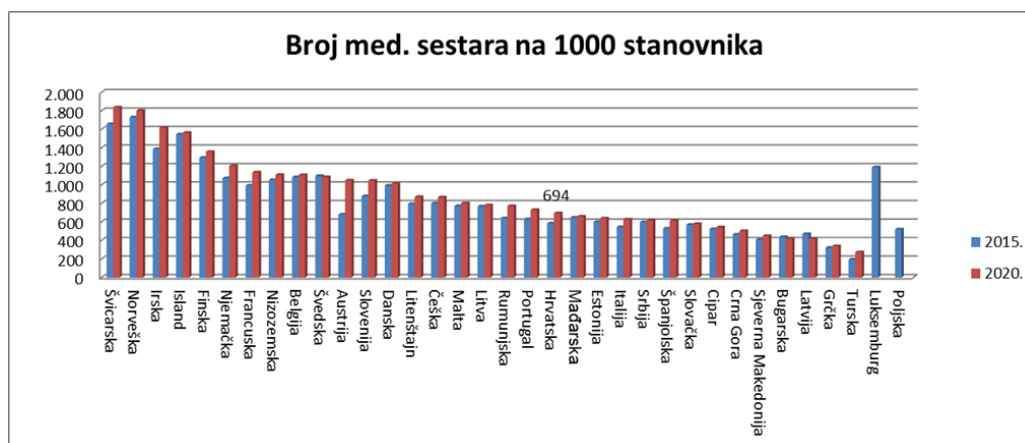
U području ljudskih resursa podatci pokazuju trend povećanja zdravstvenih djelatnika uz istovremeni trend smanjenja broja stanovnika. Krajem 2015., u sustavu zdravstva bilo je zaposleno ukupno 67 297 zdravstvenih radnika i suradnika (64 stanovnika na jednog zdravstvenog radnika), a za 2020. g. navodi se podatak o 72 929 zdravstvenih radnika i suradnika (55 stanovnika na jednog zdravstvenog radnika). Iz navedenog proizlazi da je u 2020. g. broj zdravstvenih radnika povećan za 8,37 % u odnosu na 2015. g. dok je istovremeno broj stanovnika smanjen za 3,68 %.⁵⁰

⁴⁹ CEZIH. *Centralni upravljački sustav za upravljanje organizacijskom strukturom zdravstvenog sustava*. <http://www.cezih.hr/dokumenti/CUS-objasnjenje.pdf>. Posjećeno 17. siječnja 2023. g.

⁵⁰ Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2020.*, tablični podaci. Posjećeno 17. siječnja 2023. g.: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2020-tablicni-podaci/>.
Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2016). *Hrvatski zdravstveno- statistički ljetopis za 2015.* Posjećeno 17. siječnja 2023. g.: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/Ljetopis_2015_IX.pdf.
Državni zavod za statistiku. Procjena stanovništva krajem godine: za 2015. g. 4 190 669, za 2020. g. 4 036 355 stanovnika.

Eurostat u svome istraživanju broja zdravstvenog osoblja za 2015. i 2020. g., navodi da je Hrvatska 2015. g. imala 583 medicinske sestre/tehničara na 1 000 stanovnika, što je 2020. g. povećano za 19 % odnosno 694 medicinske sestre/tehničara na 1 000 stanovnika. U usporedbi s 33 promatrane zemlje članice Europske unije, Hrvatska je u 2020. g. zauzela 21 mjesto po broju medicinskih sestara/tehničara (slika 4.2.).⁵¹ U istome razdoblju broj liječnika s 319,15 liječnika na 1 000 stanovnika, povećao se na 352,24 liječnika ili za 10,33 % čime je Hrvatska po broju liječnika na 1 000 stanovnika zauzela 20 mjesto od promatranih 35 zemalja članica Europske unije (slika 4.3.).⁵² Iz prikazanih podataka vidljivo je da se, omjer liječnika i medicinskih sestara/tehničara u odnosu na broj stanovnika u razdoblju od 2015. do 2020., postupno povećavao unatoč podacima o iseljavanju zdravstvenog osoblja.

Slika 4.2. Usporedni prikaz broja medicinskih sestara koje izravno pružaju usluge pacijentima u 2015. i 2020. g. (europske zemlje)

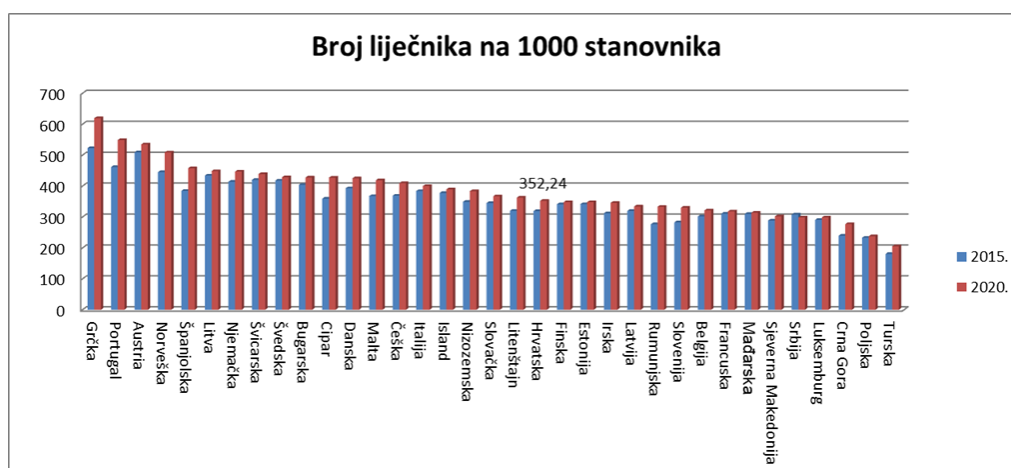


Izvor: Eurostat, *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*; obrada autorice

⁵¹ Eurostat, *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals#Healthcare_personnel, posjećeno 6. veljače 2023.

⁵² Eurostat, *Healthcare personnel statistics - physicians*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians&oldid=572783#Healthcare_personnel, posjećeno 6. veljače 2023.

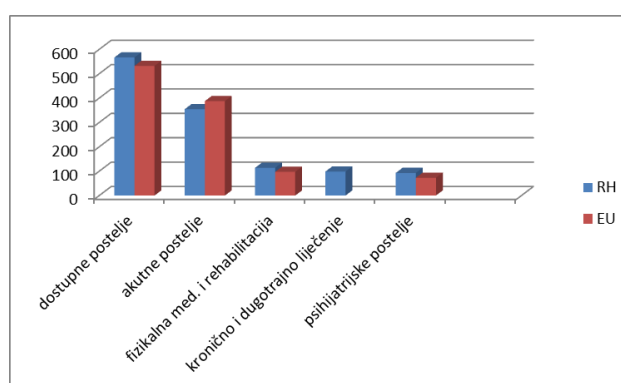
Slika 4.3. Usporedni prikaz broja liječnika na 1.000 stanovnika u 2015. i 2020. g. (europske zemlje)



Izvor: Eurostat, *Healthcare personnel statistics – physicians*; obrada autorice

U 2019. g. stopa za ukupne posteljne kapacitete iznosila je 566,5 postelja na 100 000 stanovnika, dok je u istome razdoblju prosjek za 27 članica EU iznosio 532 postelje. Stopa za akutne postelje niža je u odnosu na prosjek država članica EU (RH 354,3, EU 387,4). Stopa postelja za kronično i dugotrajno liječenje u RH je 98,4 na 100 000 stanovnika (prosjek za članice EU nije dostupan jer nema dovoljno podataka od strane država članica). U djelatnosti fizikalne medicine i rehabilitacije u Hrvatskoj je bilo 113,8 postelja na 100 000 stanovnika, dok je prosjek za države članice EU nešto niži 97,2 postelja na 100 000 stanovnika.⁵³ Stope posteljnih kapaciteta, po vrstama zdravstvene skrbi, prikazane su na slici 4.4.

Slika 4.4. Usporedni prikaz stope posteljnih kapaciteta u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji



Izvor: Eurostat, *Hospital beds by type of care, 2019.*; obrada autorice

⁵³ Eurostat (2019). *Hospital beds by type of care, 2019.* Posjećeno 6. veljače 2023: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare resource statistics - beds#Hospital beds](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Hospital_beds).

Ako se usporede podaci o radu stacionarnih ustanova za 2013. i 2021. g. možemo primijetiti da je promatranom razdoblju broj postelja smanjen za 10 %, broj liječnika povećan za 26 %, broj ispisanih pacijenata smanjen za 15 %, broj dana liječenja smanjen za 26 % kao i iskorištenost kapaciteta koja je manja za 18 % (tablica 4.1.) (Mihel i Trajanoski, kolovoz 2022.: str. 3, url). Navedeno govori u prilog činjenici da Hrvatska ima previše postelja u odnosu na broj stanovika te da se broj liječnika povećavao uz istovremeno smanjivanje broja pacijenata, broja dana bolničkog liječenja i prosječne dužine liječenja.

Tablica 4.1. *Rad stacionarnih ustanova u Hrvatskoj u 2013. i 2021. godini*

Pokazatelj	2013.	2021.
Broj postelja	25.119	22.618
Broj postelja na 1 000 stanovnika	5,86	5,82
Broj doktora	5.861	7.406
Broj postelja po jednom doktoru	4,29	3,05
Broj ispisanih bolesnika	744.188	629.776
Broj dana bolničkog liječenja	6.624.586	4.890.967
Prosječna dužina liječenja	8,9	7,77
Zauzetost postelja	264	216
Iskorištenost kapaciteta %	72,25	59,24
Broj bolesnika po krevetu	29,63	27,84
Intenzitet obrtaja	3,42	5,31

Izvor: HZJZ, Rad bolnica u Hrvatskoj 2013. i 2021. g.; obrada autorice⁵⁴

Unatoč trendu povećanja broj zdravstvenog osoblja i činjenici da s brojem medicinskih sestara i liječnika ne zaostajemo bitno za prosjecima EU, njihova neadekvatna geografska raspodjela, nedostatak dugoročnog planiranja, sve izraženiji problem slabog odaziva za pojedine specijalizacije (internistička onkologija, hitna medicina, obiteljska medicina), nedovoljno zapošljavanje zdravstvenih suradnika (psiholozi, logopedi) te iseljavanje u druge zemlje doveli su do toga da kronično nedostaje liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i pojedinih specijalizacija u bolničkim zdravstvenim ustanovama.⁵⁵ Objavljene ankete koje provodi Hrvatska liječnička komora ukazuju na nezadovoljstvo zdravstvenih radnika, kako njihovim brojem tako i uvjetima i organizacijom rada te stručnim usavršavanjem.

⁵⁴ Mihel, S., Trajanoski A. *op. cit.* (bilj. 20), str. 3.

⁵⁵ Ministarstvo zdravstva. *Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021. - 2027.*, str. 8.

Dostupno na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Prilog%203.%20Nacionalni%20portfelj%20ulaganja%20u%20zdravstvo%20i%20dugotrajnu%20s...pdf>. Posjećeno 6. veljače 2023.

5. FUNKCIONALNA INTEGRACIJA ZDRAVSTVENIH USTANOVA

U razdoblju od stvaranja samostalne države Hrvatske do danas u sustavu zdravstva proveden je niz reformi potaknutih nezadovoljavajućim stanjem javnog zdravstva te procesima globalizacije i europeizacije. Prva značajnija reforma provedena je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. g. Najznačajnije promjene bile su uvođenje načela slobodnog izbora liječnika i primjena načela podržavljenja čime se željela spriječiti nekontrolirana privatizacija. Vlasništvo nad zdravstvenim ustanovama podijeljeno je između države i županija, a s druge strane, omogućena je privatizacija primarne zdravstvene zaštite (Zrinščak, 2007.: 202, url).

Hrvatski sabor, 1995. godine, potvrdio je ugovor o kreditu za projekt u zdravstvu, između Republike Hrvatske i Međunarodne banke za obnovu i razvoj, ukupne vrijednost 40 milijuna dolara. Nositelj je projekta Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, a sredstva su uložena u operativnu i financijsku upravu HZZO-a, njegovu informatizaciju te programe unaprjeđenja zdravlja.⁵⁶

Početkom 2000-ih novi je pokušaj reforme kada su Ministarstvo zdravstva i Vlada RH izradili dokument *Reforma zdravstva: Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske kojeg je u srpnju 2000. godine usvojio Hrvatski sabor.*⁵⁷ Tijekom 2000. g. HZZO izvršio je konsolidaciju sustava i postao dio središnjeg državnog proračuna. Novim Zakonom o zdravstvenom osiguranju povećano je sudjelovanje u cijeni usluga, uvedeno je dopunsko zdravstveno osiguranje, ustrojeni su županijski domovi zdravlja, uveden je i model grupne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, izvršena je kategorizacija bolnica te utvrđen broj potrebnih odjela i postelja.⁵⁸

Reforma iz 2006. g. započela je donošenjem Nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006. – 2011. U ovom reformskom razdoblju uvedeno je plaćanje po terapijskom postupku, naglasak je na jačanju primarne zdravstvene zaštite, uvode se dvije liste lijekova te je Zakonom o

⁵⁶ Zakon o potvrđivanju ugovora o kreditu za projekt u zdravstvu, između Republike Hrvatske i Međunarodne banke za obnovu i razvoj, s ugovorom o projektu, između Međunarodne banke za obnovu i razvoj i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Narodne novine br. 7/1995.

⁵⁷ Ministarstvo zdravstva (2003). *Izješće o stanju reforme zdravstva (2000. – 2003.)*, str. 4. Dostupno na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//30.%20-%201.pdf>. Posjećeno 11. veljače 2023. g.

⁵⁸ *Ibid.* str. 32.

dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju definirano dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje (Zrinščak, 2007.: 205, url).

Zdravstvena reforma 2008. g. „obuhvatila je financijsku stabilizaciju sustava uvođenjem novih izvora prihoda, povećanjem učinkovitosti na različitim područjima (javna nabava lijekovi, centralizirana nabava medicinske opreme, bolji nadzor nad transferima kućanstava i slično) te ostala organizacijska unapređenja. Također je uveden nov način organizacije hitne medicinske pomoći, započeta je informatizacija primarne zdravstvene zaštite te su uvedene nacionalne liste čekanja.“ (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, NN 116/2012., str. 148).

Dugovanja zdravstvenih ustanova podmirena su 2012. godine kada su sanirani nastali gubici javnih ustanova kojima je osnivač jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave i dr. osnivači (Zakon o sanaciji javnih ustanova, NN 136/12, čl. 1.)

Značajne izmjene Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti usvojene su 2015. g. i njima je provedena daljnja privatizacija primarne zaštite te je izmijenjena mreža javne zdravstvene službe. Iste godine revidiran je i prijedlog Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u RH 2014.-2016., u javnosti popularno nazvan *masterplan*, kojim je kao jedna od mjera i prvi korak reforme predviđeno funkcionalno povezivanje 21 bolnice od 31, koliko je ukupno planirano. Analiza rada bolničkih zdravstvenih ustanova pokazala je da postoje velike razlike između hrvatskih bolnica. Razlike su uočene u broju postelja s obzirom na broj stanovnika, iskorištenosti kapaciteta, duljini liječenja kao i ishodima liječenja (Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2015. - 2016., NN 26/15, dalje u tekstu Nacionalni plan 2015. – 2016.). S obzirom na činjenicu da su bolnice znatan dio zdravstvenog sustava i da već godinama posluju negativno i stvaraju dugove, nametnula se potreba reforme postojećeg modela bolničke mreže. Udruživanjem u bolničke mreže željelo se preraspodijeliti bolničke kapacitete, omogućiti bolju iskorištenost postojećih kapaciteta, otvaranje novih kapaciteta, ukloniti preklapanja kapaciteta na istim područjima, a sve u cilju povećanja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite te racionalizacije poslovanja (Nacionalni plan 2015. - 2016., NN 26/15).

5.1. Načelo funkcionalne integracije i načelo supsidijarnosti

Načelo funkcionalne integracije, kao i načelo supsidijarnosti, u sustav zdravstva uvode se u okviru reforme bolničkog sustava, potaknute Nacionalnim planom koji je Hrvatski sabor usvojio 27. veljače 2015. g., a u cilju ostvarenja vizije „Zdravlje za sve“, odnosno osiguranja pravednosti, jednakosti, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite (Nacionalni plan 2015.-2016., NN 26/15).

Načelo funkcionalne integracije podrazumijeva suradnju bolničkih zdravstvenih ustanova u području upravljanja, razmjene klinički dobre prakse, pružanja zdravstvenih usluga i dijagnostičko-terapijskih postupaka, planiranja potreba za medicinskom opremom te u drugim operativnim područjima, dok se prema načelu supsidijarnosti zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite (ZZZ, NN 100/18, čl. 19. i 20.). Primjena ovih načela trebala bi omogućiti deinstitucionalizaciju u pružanju zdravstvene skrbi tako da se liječenje pacijenta što više preusmjeri na niže razine sustava. Drugim riječima, akutno bi liječenje trebalo, kad god je to medicinski opravdano, zamijeniti liječenjem u dnevnim bolnicama i jednodnevnim kirurgijama, čime se omogućava brži i lakši pristup bolničkoj skrbi uz isplativije, održivo poslovanje. Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita usmjerava se prema primarnoj razini, a primarna razina prema samozaštiti i prevenciji. (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18, str. 3).

U Nacionalnom planu definirani su sljedeći ciljevi koji se žele ostvariti reformom kroz provedbu funkcionalne integracije i primjenu načela supsidijarnosti:

1. povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite
2. unaprijediti kvalitetu i učinkovitost pružanja bolničkih usluga
3. povećati djelotvornost i racionalizirati troškove poslovanja bolničkih ustanova
(Nacionalni plan 2015.-2016., NN 26/15, poglavlje 6).

Funkcionalna integracija na dostupnost zdravstvene zaštite, trebala bi utjecati tako da se preraspodjelom djelatnosti između integriranih ustanova omogući stvaranje centara izvrsnosti kroz koncentraciju zdravstvenog kadra i medicinsko-tehničke opreme. Time bi se povećala kvaliteta i kvantiteta zdravstvenih usluga. Primjenom načela supsidijarnosti pacijenti se usmjeravaju prema dnevnim bolnicama, koje su za pacijenta pošteniji, a za bolnice jeftiniji oblik liječenja, čime se oslobađaju stacionarni kapaciteti za prihvatanje pacijenata s težim

stanjima. Smanjenjem akutnih postelja otvara se mogućnost za njihovu prenamjenu u postelje dugotrajnog liječenja i palijativnu skrb. Liječenje u dnevnim bolnicama omogućava veći obrtaj pacijenata i povećanje usluga u specijalističko-konzilijarnoj zaštiti, što olakšava pristup pacijentima i smanjenje čekanja na pojedine usluge (Nacionalni plan 2015.-2016., NN 26/15, poglavlje 7.1).

Kvaliteta i učinkovitost pružanja zdravstvenih usluga, provedbom funkcionalne integracije, povećat će se ujednačenjem radnog opterećenja između bolničkih ustanova čime će se smanjiti rizik pogrešaka i nepovoljnog ishoda liječenja. Integracija omogućava bolju komunikaciju, suradnju te razmjenu iskustava između funkcionalno povezanih ustanova. Centri izvrsnosti, koji će se ujedno baviti znanstvenim i nastavnim radom, zasigurno će omogućiti daljnji razvoj struke i povećanje kvalitete rada.

Funkcionalnim integriranjem zdravstvenih ustanova predviđeno je bolje grupiranje i planiranje potreba za medicinsko opremom, dijeljenje i fleksibilno korištenje infrastrukture i opreme (operacijske sale, radiološki uređaji, respiratori i sl.), mobilnost zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, integracija administrativnih poslova i uslužnih djelatnosti. Navedeno će zasigurno imati utjecaja na bolju organizaciju rada i racionalizaciju troškova. Provođenje objedinjene javne nabave u integriranim ustanovama trebalo bi smanjiti troškove lijekova i medicinskog potrošnog materijala te druge materijalne troškove zdravstvenih ustanova.

5.2. Funkcionalna integracija bolnica po regijama

Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, bolnica, klinika i općih bolnica tzv. *master plan* kojim se definiraju mjere za spajanje, organiziranje, upravljanje i financiranje bolničkih zdravstvenih ustanova kao i aktivnosti u pravnom, financijskom, upravljačkom i drugim područjima kako bi se osigurala učinkovitija specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita i smanjili kapaciteti akutne skrbi za pacijente, primijenio je novi pristup koji se temelji na funkcionalnoj integraciji kao ključnoj strategiji (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18).

Prvi korak, nakon provedene analize stanja, bile su Izmjene i dopune Mreže javne zdravstvene službe (NN 113/2015.) kojima su reorganizirani bolnički kapaciteti tako da su smanjeni akutni stacionarni kapaciteti, a povećani kapaciteti dnevnih bolnica, produljenog liječenja i palijativne skrbi. Za funkcionalno integriranje predviđeni su klinički bolnički centri, kliničke

bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, jer oni čine najveći dio zdravstvenog sustava, u pogledu broja zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koje zapošljavaju i u pogledu sredstava koja su potrebna za njihovo funkcioniranje. Integracija je zamišljena tako da se u bolnicama koje se funkcionalno povezuju zadrže četiri osnovne djelatnosti (interna medicina, kirurgija, pedijatrija i ginekologija i opstetricija) dok će se ostale djelatnosti integrirati tako da se naprimjer, ako u dvije ili više bolnica postoje djelatnosti s nedovoljnim brojem postelja sukladno pravilnicima ili nedovoljnim brojem liječnika, iste preraspodijele i koncentriraju unutar jedne ustanove. Ili pak da se u pojedinim ustanovama smanje akutni kapaciteti, a poveća broj postelja u dnevnim bolnicama i obrnuto (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18, str. 4-5). Na taj način, pojedine djelatnosti, odnosno njihove ustrojstvene jedinice, postaju održive, racionalizira se poslovanje i ostvaruje bolja kvaliteta usluge. U izradi plana provedbe uzeti su obzir sljedeći kriteriji:

1. prosječna stopa popunjenosti postelja
2. prosječno trajanje boravka u bolnici
3. minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama
4. modalitet liječenja
5. osuvremenjivanje medicinske opreme vezano uz dijagnostičko-terapijske mogućnosti (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18, str 12).

Plan je zasnovan na regijama zdravstvenog planiranja te je funkcionalna integracija započela 2015. godine povezivanjem Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Klinike za ortopediju Lovran u Zapadnoj regiji. Tijekom 2017. godine od bolnica Središnje i sjeverne regije realizirana je funkcionalna integracija Opće bolnice Karlovac i Opće bolnice i bolnice branitelja Domovinskog rata Ogulin. U Istočnoj regiji integrirani su Klinički bolnički centar Osijek i Opća bolnicu Našice, te Opća županijska bolnica Vinkovci i Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana kao i Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod i Opća bolnica Nova Gradiška. U Južnoj regiji dvije bolnice su funkcionalno integrirane, Opća bolnica Šibensko-kninske županije i Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos“ Knin (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18, str. 18-19).

U travnju 2018. g. integracija je ugovorena između Opće županijske bolnice Požega i Opće županijske bolnice i bolnice hrvatskih veterana Pakrac. Dana 13. prosinca 2022. g. KBC Rijeka potpisao je u Ministarstvu zdravstva Ugovor o funkcionalnoj integraciji s Općom

bolnicom Gospić te je istog dana potpisan i ugovor između Opće bolnice Zadar i Opće bolnice Gospić.⁵⁹

Kao drugi korak u realizaciji projekta funkcionalne integracije predviđena je „reorganizacija ustroja i djelovanja hitne medicinske službe u smislu integracije izvanbolničke i bolničke službe kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje svih osoba koje su zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, ozljede ili otrovanja životno ugrožene. Horizontalno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijamom racionalizirat će poslovanje djelatnosti hitne medicine i istodobno osigurati izvrsnost u zbrinjavanju hitnih pacijenata.“ (Nacionalni plan 2018. – 2020, NN 84/18, str. 9).

Stupanjem na snagu Zakona o zdravstvenoj zaštiti 1. siječnja 2019. g. kojim je uvedeno načelo funkcionalne integracije i načelo supsidijarnosti u sustav zdravstvene zaštite, tijekom 2019. g. započeo je proces funkcionalne integracije zdravstvenih ustanova radi organiziranja obavljanja djelatnosti hitne medicine suradnjom zdravstvenih ustanova na području korištenja ljudskih resursa, korištenja poslovnih prostora ustanove za potrebe druge ustanove, korištenja medicinsko-tehničke i druge opreme, lijekova te potrošnog materijala ustanove za potrebe druge ustanove.⁶⁰

5.3. Funkcionalna integracija bolnica u Karlovačkoj županiji

Karlovačka županija nalazi se u središnjoj Hrvatskoj i pokriva površinu od 3 626 km² te se ubraja u red većih županija od 21 koliko ih ima u Republici Hrvatskoj. Zahvaljujući svom tranzitnom, prometnom i geostrateškom položaju jedna je od najvažnijih županija: tu je sjecište i čvorište najvažnijih prometnica koje povezuju Europu s Jadranskom obalom. Većina njezine površine brdski je teren s mnoštvom izoliranih i loše povezanih urbanih područja udaljenih i do dva sata vožnje od bolničke ustanove. Prema popisu stanovništva iz 2021. g. u Karlovačkoj županiji živi 112 195 stanovnika, treća je najstarija županija u Republici

⁵⁹ *Potpisan ugovor o funkcionalnoj integraciji s Općom bolnicom Gospić.* Službena mrežna stranica KBC Rijeka: <https://kbc-rijeka.hr/potpisan-ugovor-funkcionalnoj-integraciji-s-opcom-bolnicom-gospic/>. Posjećeno 10. veljače 2023. g.

⁶⁰ *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Odluka o funkcionalnoj integraciji zdravstvenih ustanova radi organiziranja obavljanja djelatnosti hitne medicine.* Posjećeno 12. veljače 2023. g.: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Vijesti/Odluka%20%C5%BDupanije%20-%20FUNKCIONALNA%20INTEGRACIJA.docx>

Hrvatskoj, s 32 % stanovništva starijeg od 65 godina.⁶¹ Osim stanovništva Karlovačke županije zdravstvenim ustanovama gravitira i stanovništvo rubnih dijelova susjednih županija te Republike Bosne i Hercegovine i Republike Slovenije. U Županiji se nalaze sljedeće zdravstvene ustanove: Opća bolnica Karlovac, Opća bolnica i bolnica branitelja domovinskog rata Ogulin, Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, Dom zdravlja Karlovac, Dom zdravlja Duga Resa, Dom zdravlja Ogulin, Dom zdravlja Slunj, Dom zdravlja Ozalj, Dom zdravlja Vojnić, Karlovačka ljekarna, Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije, Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije (ispostava: Karlovac, Duga Resa, Slunj, Josipdol, Ogulin, Ozalj), Edukacijski centar Karlovac, Suvag - poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora, Ustanova za zdravstvenu njegu u kući.⁶²

Razlog zbog kojeg se pristupilo integraciji dviju bolničkih ustanova u županiji, Opće bolnice Karlovac i Opće bolnice i bolnice branitelja domovinskog rata Ogulin, prije svega je činjenica da se te dvije ustanove nalaze na udaljenosti od 59 km uz dobru prometnu povezanost, zatim nedostatak liječnika u Općoj bolnici Ogulin, potreba za racionalizacijom poslovanja u obje ustanove te želja za poboljšanjem kvalitete i povećanjem dostupnosti zdravstvene zaštite. Ugovor o funkcionalnoj integraciji potpisali su 26. srpnja 2017. g. ravnatelji dviju bolnica uz nazočnost državnog tajnika Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske i župana Karlovačke županije. U točki 1. Ugovora stoji da se on sklapa: „Radi postizanja ciljeva utvrđenih strategijom razvoja zdravstva 2012. – 2020. (Narodne novine, broj 116/2012.), unaprjeđenja kvalitete i djelotvornosti te racionalizacije troškova pružanja zdravstvenih usluga, kao i zbog smanjenja listi čekanja na zdravstvene usluge stanovništva Karlovačke županije ...“⁶³

Funkcionalna integracija odnosila se na obavljanje stacionarne zdravstvene zaštite iz djelatnosti interne medicine, opće kirurgije, ginekologije i opstetricije, pedijatrije, psihijatrije, neurologije, infektologije, urologije, otorinolaringologije, oftalmologije i optometrije u Općoj bolnici Karlovac i stacionarne zdravstvene zaštite iz djelatnosti interne medicine, opće kirurgije, ginekologije i opstetricije, pedijatrije, palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja u

⁶¹ Državni zavod za statistiku. Stanovništvo prema starosti (pojedinačne godine) i spolu po županijama, Popis 2021. Dostupno na mrežnoj stranici Državnog zavoda za statistiku:

<https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/popis-stanovnistva/>. Posjećeno 12. veljače 2023. g.

⁶² Karlovačka županija. *Zdravstvene ustanove*. <https://www.kazup.hr/index.php/zdravstveneustanove-zupanijsketvrteustanove>. Posjećeno 12. veljače 2023. g.

⁶³ Čl. 1. Ugovora o funkcionalnoj integraciji Opće bolnice Karlovac i Opće bolnice i bolnice branitelja Domovinskog rata Ogulin, ur. br. 01-2179/10-17, 26. srpanj 2017. g.

Općoj bolnici i bolnici branitelja Domovinskog rata Ogulin.⁶⁴ Ugovorena je suradnja između dviju ustanova u slučaju kada u djelatnostima u jednoj od ustanova nedostaje potreban broj zdravstvenih radnika da se isti osiguraju iz druge ustanove, odnosno kada jedna ustanova nema ugovorenu određenu djelatnost da se iz druge ustanove osigura pružanje usluga specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. Također je ugovorena i suradnja u obavljanju nezdravstvenih djelatnosti, posebice na području informatike, javne nabave, financija kao i planiranja te praćenja mjera za povećanje učinkovitosti cjelokupnog rada ustanova.⁶⁵

Od ugovorenih elemenata, ono što je implementirano fleksibilno je korištenje ljudskih resursa između ustanova i to u djelatnostima vaskularne kirurgije, urologije, dermatologije, ginekologije i opstetricije. Liječnici Opće bolnice Karlovac obavljali su specijalističko-konzilijarnu zaštitu u Bolnici Ogulin čime je povećana dostupnost zdravstvene zaštite stanovnicima Ogulina i okolice i ostvarene su uštede na putnim troškovima koje pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, dok se kao nedostatak može navesti dodatan (prekovremeni) rad liječnika.

Model funkcionalne integracije pokazao se učinkovitim tijekom epidemiološke krize uzrokovane koronavirusom kada je provedena naknadna funkcionalna integracija Specijalne bolnice za produženo liječenje Duga Resa s Općom bolnicom Karlovac i Općom bolnicom i bolnicom branitelja Domovinskog rata Ogulin, Odlukom Stožera civilne zaštite Karlovačke županije, sa svrhom pružanja kvalitetne i kontinuirane zdravstvene zaštite bolesnika oboljelih od koronavirusa. Integracijom su obuhvaćeni ljudski i stručni resursi, tehnički i materijalni resursi, objedinjena baza podataka, zajedničko planiranje, zajedničko izvještavanje.⁶⁶ U praksi, model je realiziran tako da je Opća bolnica Karlovac postala centralna ustanova u kojoj su hospitalizirani pacijenti sa srednje teškom i teškom kliničkom slikom, bolnica Ogulin definirana je kao sekundarni covid centar koji je prihvaćao pacijente s blagom simptomatikom, a Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa nastojala se očuvati kao „zeleni bolnica“ u koju su nezarazni pacijenti upućivani na oporavak. Bolnice su svakodnevno surađivale, razmjenjivale iskustva, dijelile medicinsku opremu u skladu s potrebama (respiratori), uspostavile su zajedničku bazu podataka o hospitaliziranim pacijentima i ishodima liječenja, testiranjima na virus te cijepljenjima, o čemu se izvještavalo

⁶⁴ *Ibid.*, čl. 2.

⁶⁵ *Ibid.*, čl. 6.

⁶⁶ Stožer civilne zaštite Karlovačke županije, Odluka o funkcionalnoj integraciji bolnica na području Karlovačke županije, ur. br. 2133/1-01-01/02-20-150, 24. studeni 2020. g.

sve nadležne institucije u Republici Hrvatskoj iz jednog centra, odnosno Opće bolnice Karlovac.

Ostvareni elementi integracije u Karlovačkoj županiji do sada su realizirani prema zahtjevima i potrebama Opće bolnice Ogulin. Planiranje daljnjih koraka ovisit će o stručnom konsenzusu obje ustanove, a s obzirom na trendove nedostatka zdravstvenih djelatnika i nedovoljnog broja postupaka u određenim djelatnostima, postoje velike mogućnosti daljnje integracije, osobito u područjima preraspodjele medicinskih postupaka i opreme, zajedničkog korištenja uslužnih i administrativnih djelatnosti, zajedničkog planiranja i provedbe nabave. Svaka daljnja integracija mora uključivati multidisciplinarni pristup uz promjenu zakonske regulative, radi povećanja mobilnosti radne snage, te promjene u načinu financiranja. Integracija ovisi i o suradnji i koordiniranosti s ostalim dionicima zdravstvene zaštite (domovi zdravlja, hitna medicina, kućna njega), odlukama jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave te promjenama Mreže javno zdravstvene skrbi. Bez navedenih promjena, integracija ovisna samo o dvije ustanove neće postići očekivane učinke.

5.4. Učinci funkcionalne integracije

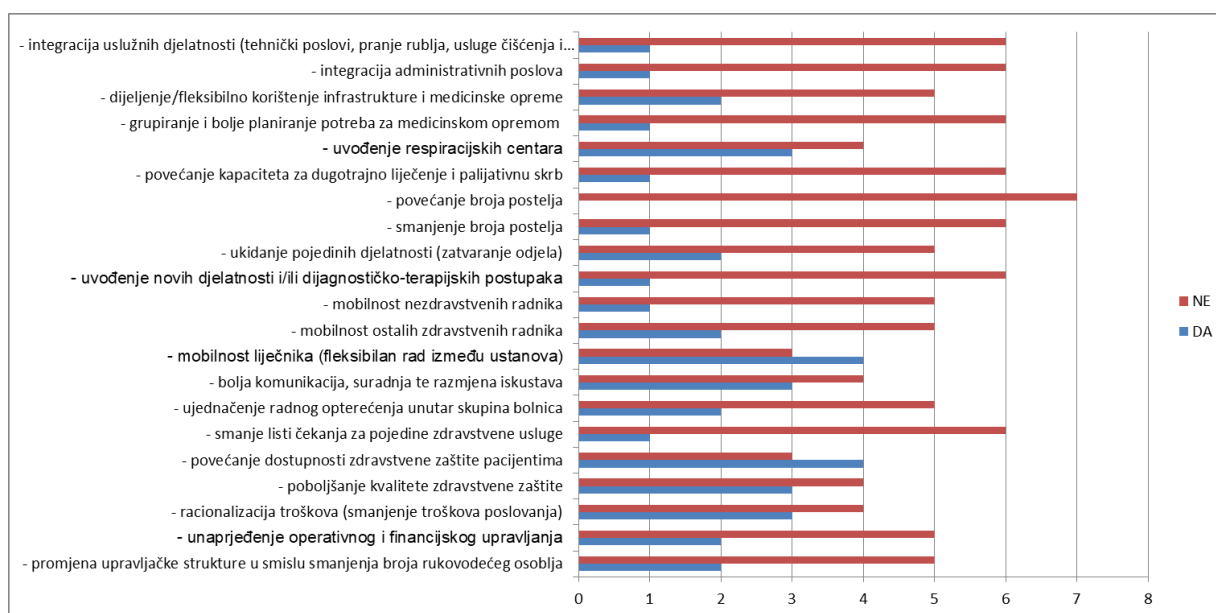
Opći ciljevi čije je ostvarenje planirano provedbom načela funkcionalne integracije i načela supsidijarnosti jesu: „povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite, unaprijediti kvalitetu i učinkovitost pružanja bolničkih usluga, povećati djelotvornost i racionalizirati troškove poslovanja bolničkih ustanova“ (Nacionalni plan 2015. – 2026., NN 26/15, poglavlje 6). Uz navedene opće ciljeve definirani su i specifični ciljevi kao naprimjer: povećanje obrtaja pacijenata, povećanje broja usluga, poboljšanje ishoda liječenja, ujednačenje radnog opterećenja između bolnica, bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, uspostavljanje centara izvrsnosti, mobilnost zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, poboljšanje prostornih uvjeta, smanjenje listi čekanja, racionalizacija troškova, bolje planiranje potreba za nabavom novih medicinsko-tehničkih uređaja i ostale medicinske opreme i dr. (Nacionalni plan 2015. – 2026., NN 26/15). Definirane su i mjere za njihovo ostvarenje:

- uspostavljanje Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite
- uspostavljanje četiri regije zdravstvenog planiranja
- smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta
- bolja iskoristivost postojećih i ugovorenih kapaciteta

- povećavanje kapaciteta i broja usluga dnevne bolnice
- integracija i preraspodjela pojedinih djelatnosti
- povećanje kapaciteta i iskoristivosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite
- integriranje i opremanje hitnih bolničkih prijema i ustrojstvenih jedinica
- povećanje kapaciteta za produljeno i dugotrajno liječenje
- povećanje kapaciteta za palijativno liječenje
- ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete
- unapređenje sustava bolničkog financiranja
- plaćanje bolnicama po ispostavljenom računu za izvršenu ugovorenu uslugu
- unapređenje informacijskog sustava
- izrada projekata provedbe Nacionalnog plana
- preraspodjela i koncentriranje bolničkih resursa i usluga unutar pojedinih bolnica ili funkcionalno integriranih bolnica
- izmjene i dopune propisa vezanih za provedbu Nacionalnog plana
- iskorištavanje mogućnosti sufinanciranja provedbe Nacionalnog plana iz strukturnih fondova Europske unije (Nacionalni plan 2015. – 2026., NN 26/15, poglavlje 6).

O ostvarenim učincima integracije nema objavljenih podataka. U svrhu dobivanja uvida u učinke integracije, autorica rada provela je istraživanje tako da je na urede ravnatelja dvaju kliničkih bolničkih centara i 12 općih bolnica dostavljen upitnik kojim se ispituje jesu li procesom funkcionalne integracije ostvareni pojedini reformski ciljevi. U popratnom tekstu upitnika zamoljeno je da jedan od članova uprave bolnice (ravnatelj ili pomoćnici ravnatelja), koji je upoznat s procesom funkcionalne integracije, odgovori na pitanja iz upitnika. Naglašena je dobrovoljnost sudjelovanja u upitniku te da su sudionici slobodni ne odgovoriti na neko od postavljenih pitanja. Upitnik jamči anonimnost, podatci se vode pod šifrom i nigdje se ne koriste imena i prezimena sudionika ili naziva ustanove. Od 14 bolnica obuhvaćenih upitnikom na isti je odgovorilo 7 općih bolnica, odnosno njih 50 %. Na pitanje, *Molim Vas da odgovorite je li proces funkcionalne integracije u vašoj ustanovi utjecao na ostvarenje navedenih općih i specifičnih ciljeva?*, dobiveni su odgovori kako je prikazano na slici 5.1.

Slika 5.1. Ostvarenje općih i specifičnih ciljeva funkcionalne integracije, odgovori 7 općih bolnica



Izvor: autorica

Iako je odaziv na anketu bio slab, samo 50 % bolnica iz uzorka odgovorilo je na pitanja postavljena u upitniku, dobiveni odgovori ukazuju na činjenicu da su iz funkcionalne integracije bolnica proizašli određeni učinci. Od sedam bolnica koje su popunile upitnik, u četirima (57 %) je povećana dostupnost zdravstvene zaštite i ostvarena je mobilnost liječnika; u tri bolnice (43 %) racionalizirani su troškovi poslovanja, poboljšana je kvaliteta zdravstvene zaštite, ostvarena je bolja komunikacija između integriranih ustanova, uvedeni su respiracijski centri; u dvije bolnice (29 %) smanjen je broj rukovoditelja, unaprijeđeno je operativno i financijsko upravljanje, ujednačeno je radno opterećenje između bolnica, ostvarena je mobilnosti ostalih zdravstvenih radnika, ukinute su pojedine djelatnosti, fleksibilno je korištena infrastruktura i medicinska oprema; u jednoj bolnici (14 %) smanjene su liste čekanja, postignuta je mobilnost nezdravstvenih radnika, uvedene su nove djelatnosti i/ili dijagnostičko-terapijski postupci, smanjen je broj postelja, povećani su kapaciteti za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb, bolje je planiranje i grupiranje medicinske opreme (respiratori, radiološki uređaji...), integrirani su administrativni poslovi i uslužne djelatnosti. Niti u jednoj od bolnica nije došlo do povećanja broja postelja.

Analizirajući podatke o funkcionalnoj integraciji bolnica u Karlovačkoj županiji i rezultate istraživanja na uzorku od 50 % integriranih bolnica, zaključak je autorice rada da je

funkcionalna integracija smjer kojim treba ići s obzirom na činjenicu da su iz nje proizašli pozitivni učinci koji bi mogli racionalizirati poslovanje i poboljšati kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite, ali tu reformsku mjeru treba provesti cjelovitije i ambicioznije uz promjenu zakonske regulative. U prilog činjenici, da je proces funkcionalne integracije prepoznat kao prednost, govore objave u medijima kojima se najavljuje reforma zdravstva do 2030. g. koja uključuje daljnju integraciju zdravstvenih ustanova. Načelo funkcionalne integracije uključeno je u sve srednjoročne planove, a nastavak integracije vidljiv je i u činjenici da je u prosincu 2022. funkcionalno povezan jedan klinički bolnički centar i dvije opće bolnice.

„Funkcionalna integracija bolnica osigurat će preraspodjelu bolničkih usluga, ukloniti nepotrebno umnožavanje postupaka na malim geografskim udaljenostima.“ (Ministar zdravstva, Vili Beroš, 11. lipnja 2022. g.).⁶⁷

6. ZAKLJUČAK

Javne službe ili kako se u suvremenoj javnoj upravi nazivaju službe od općeg interesa, važne su za ostvarenje temeljnih vrijednosti europskog društva. One uključuju različite djelatnosti (gospodarske i negospodarske), različite subjekte (javne i privatne) kao i modalitete obavljanja. S obzirom na činjenicu da se radi o djelatnostima koje uvelike utječu na standard i kvalitetu života građana, podvrgnute su pravilima javnog prava i nadzoru vlasti i građana. Socijalne službe od općeg interesa, dio kojih je i djelatnost zdravstva, upravo zbog svoje uloge u ostvarenju temeljnih ljudskih prava i vrijednosti, izdvajaju se kao posebna kategorija.

Glavna je zadaća javnog zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj pružiti svim stanovnicima sveobuhvatnu i cjelovitu zdravstvenu zaštitu koja se temelji na načelima solidarnosti, uzajamnosti i jednakosti uz osiguranje standarda kvalitete i dostupnosti. Odgovornost za organiziranje i financiranje zdravstvenog sustava na središnjoj je državi, dok je upravljanje zdravstvenim ustanovama podijeljeno između države i lokalnih i regionalnih vlasti. Sustav je usklađen s temeljnim europskim standardima, a država kontinuirano

⁶⁷ Dnevnik.hr. *Beroš najavio reformu zdravstva: „Vraćamo se na postavke Andrije Štampara“*, <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/beros-uspostava-zupanijskih-domova-zdravlja-i-novog-modela-upravljanja-bolnicama---728375.html>, posjećeno 12. veljače 2022. g.

zakonskim i podzakonskim aktima te dokumentima strateškog planiranja unaprjeđuje njegovu isplativost i održivost te kvalitetu i dostupnost zdravstvene skrbi. Prednosti su sustava: razvijena mreža bolnica i primarne zdravstvene skrbi, stručni zdravstveni i nezdravstveni radnici posvećeni radu s osjetljivim skupinama stanovništva, sustavni pristup u izgradnji zdravstvenog informacijskog sustava, implementacija e-Zdravstva.

Međutim, sustav je godinama suočen s brojnim izazovima kao što je pitanje njegove financijske održivosti zbog kontinuiranih gubitaka bolničkih zdravstvenih ustanova. Tu je i otežana dostupnost zdravstvene skrbi u pojedinim dijelovima zemlje, zaostajanje za javno zdravstvenim pokazateljima razvijenih europskih zemalja, nedovoljno praćenje ishoda liječenja, nezadovoljavajuće stanje na području prevencije bolesti, djelomično uspostavljen sustav kontrole i unaprjeđenja kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenata, predugo vrijeme čekanja na pojedine zdravstvene usluge, neadekvatno iskorištena primarna zdravstvena zaštita, nezadovoljavajuća infrastruktura kao posljedica nedovoljnog ulaganja i dr.

Za očekivati je da će proces demografskog starenja stanovništva, sve veće potrebe za palijativnom skrbi, epidemiološke prijetnje, odljev zdravstvenih radnika, uvođenje novih zdravstvenih tehnologija (skupi lijekovi, medicinska oprema, javnozdravstveni programi, klinički postupci i dr.) dodatno utjecati na već ionako teško stanje u zdravstvu.

Tijekom godina, u sustavu zdravstva provedene su brojne reforme kojima su sanirani financijski problemi i unaprjeđivana je mreža zdravstvene skrbi, ali ključni problemi financiranja, kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite nisu riješeni.

U cilju poboljšanja stanja, a zbog činjenice da bolničke zdravstvene ustanove čine najveći dio zdravstvenog sustava, kako u pogledu broja zaposlenih tako i u pogledu financijskih sredstava koja su potrebna za njihovo nesmetano funkcioniranje, kao jedna od reformskih mjera provodi se funkcionalna integracija bolnica koja podrazumijeva visok stupanj suradnje i koordinacije između umreženih bolničkih ustanova. Ona bi trebala omogućiti specijalizaciju zdravstvenih radnika i zdravstvenih usluga nužnu za stvaranje centara izvrsnosti. Proces funkcionalne integracije šest parova bolnica započeo je još 2015. g., no do danas nema konkretnih podataka o učincima istog. Primjer integracije bolnica na području Karlovačke županije i dobiveni podatci o postignutim učincima u pojedinim bolnicama ipak ukazuju na činjenicu da su ostvareni pozitivni pomaci i da je opravdano odlučnije nastaviti s ovom reformskom mjerom.

POPIS TABLICA

Tablica 3.1. Zdravstvene ustanove i trgovačka društva za zdr. djelatnost bez obzira na oblik vlasništva.....	12
Tablica 3.2. Mreža timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine na razini primarne zdravstvene djelatnosti/ mreža bolničkih zdravstvenih ustanova, u RH – po županijama	15
Tablica 4.1.Rad stacionarnih ustanova u Hrvatskoj u 2013. i 2021. godini.....	36

POPIS SLIKA

Slika 3.1. Prosječan broj osiguranika	14
Slika 3.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj	14
Slika 3.3.Broj postelja na 1 000 stanovnika	17
Slika 3.4. Teritorijalna rasprostranjenost bolničkih zdravstvenih ustanova.....	18
Slika 3.5. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva.....	19
Slika 3.6. Izdatci europskih zemalja za zdravstvo u 2019. g. u odnosu na BDP	20
Slika 3.7. Osnovne vrste prihoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.....	21
Slika 3.8. Struktura ukupnih rashoda Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.....	22
Slika 4.1. Udio osoba starijih od 15 godina koje su samoprijavile nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi u 2019. g.	30
Slika 4.2. Usporedni prikaz broja medicinskih sestara koje izravno pružaju usluge pacijentima u 2015. i 2020. g. (europske zemlje)	34
Slika 4.3. Usporedni prikaz broja liječnika na 1.000 stanovnika u 2015. i 2020. g. (europske zemlje).....	35
Slika 4.4.Usporedni prikaz stope posteljnih kapaciteta u Republici Hrvatskoj i Europskoj uniji	35
Slika 5.1. Ostvarenje općih i specifičnih ciljeva funkcionalne integracije, odgovori 7 općih bolnica	47

POPIS KRATICA

BIS	Bolnički informacijski sustav
BDP	bruto domaći proizvod
CEZIH	Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske
CT	<i>computerized tomography</i> (kompjuterizirana tomografija)
CUS	Centralni upravljački sustav
DTP	dijagnostičko-terapijski postupak
DTS	dijagnostičko-terapijske skupine
EHCI	<i>Euro Health Consumer Indeks</i> (europski zdravstveni potrošački indeks)
EU	Europska unija
HLS	Hrvatski liječnički sindikat
HSPA	<i>Health System 3 Performance Assessment</i>
HSSMS MT	Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara – medicinskih tehničara
HZJZ	Hrvatski zavod za za javno zdravstvo
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
KPI	<i>key performance indicators</i> (ključni pokazatelji uspješnosti)
Mreža	Mreža javne zdravstvene službe
MRI	<i>magnetic resonance imaging</i> (magnetska rezonancija)
NAJS	Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav
NN	Narodne novine
NPP	nacionalni preventivni programi
NRS RH	Nacionalna razvojna strategija Republik Hrvatske do 2020. g.
PIS	Poslovni informacijski sustav
Plan	Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske
QI	<i>quality indicators</i> (indikatori kvalitete)
RH	Republika Hrvatska
SHZ	Sindikat zdravstva hrvatske
SSZSSH	Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi hrvatske
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Ured Ujedinjenih naroda za droge i kriminal)
ZZPP	Zakon o zaštiti prava pacijenata
ZZZ	Zakon o zdravstvenoj zaštiti

LITERATURA

Knjige:

Drakulić, V., Katalinić Janković, V., Katić Bubaš, J i dr. (2019). *Zbirka zakona iz područja zdravstva s obrazloženjem*. Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu.

Džakula, A., Lončarek, K., Radin, D. (2018). *Interregnum u zdravstvu*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti Sveučilišta u Zagrebu.

Gutić, D.; Barić, F. (2019). *Menadžment u zdravstvu*, Osijek: Studio HS Internet d.o.o.

Koprić, I., Marčetić, G., Musa, A., Đulabić, V., Lalić Novak, G. (2014). *Upravna znanost: Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Vehovec, M., (ur.), (2014). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*, Zagreb: Ekonomski institut.

Mrežni izvori:

Beroš najavio reformu zdravstva: Vraćamo se na postavke Andrije Štampara. Dnevnik.hr. Preuzeto s: <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/beros-uspostava-zupanijskih-domova-zdravlja-i-novog-modela-upravljanja-bolnicama---728375.html> (12. veljače 2022. g.).

Državni zavod za statistiku (popis 2021). *Stanovništvo prema starosti (pojedinačne godine) i spolu po županijama*. Preuzeto s: <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/stanovnistvo/popis-stanovnistva/> (12. veljače 2023. g.).

Đulabić, V. (2007). *Socijalne službe u konceptu službi od općeg interesa*. Znanstveni rad. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), str. 137-162. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/30325>. (29. svibnja 2023. g.).

Đulabić, V. (2021). *Razvoj službi od općeg interesa u pravu i politici Europske unije i njihov utjecaj na Republiku Hrvatsku*. U Barbić, J. (ur.), *Službe od općeg interesa u pravu i politici*

europske unije i njihov utjecaj na Republiku Hrvatsku (str. 21–38). Zagreb: Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (HAZU). Preuzeto s: [https://1132818.ulabi_2021_Razvoj-SOI-u-pravu-i-politici-EU%20\(1\).pdf](https://1132818.ulabi_2021_Razvoj-SOI-u-pravu-i-politici-EU%20(1).pdf). (29. svibnja 2023. g.).

Đulabić, V. (2023). *Zdravstvo kao javna služba: aktualnosti i prijepori*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Izvor: autor rada.

Eurostat (2019). *Healthcare expenditure statistics 2019*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics (30. studenog 2022. g.).

Eurostat. *Preventable and treatable mortality statistics*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Preventable_and_treatable_mortality_statistics&oldid=571291 (12. prosinca 2022. g.).

Eurostat. *Healthcare personnel statistics - nursing and caring professionals*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_nursing_and_caring_professionals#Healthcare_personnel (6. veljače 2023.).

Eurostat. *Healthcare personnel statistics – physicians*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians&oldid=572783#Healthcare_personnel (6. veljače 2023.)

Eurostat (2019). *Hospital beds by type of care, 2019*. Preuzeto s: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds#Hospital_beds (6. veljače 2023.).

Eurostat (2019). *Share of persons aged 15 years or over reporting unmet needs for health care, by specific reason, 2019*. Preuzeto s: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

[explained/index.php?title=Unmet health care needs statistics#Unmet needs for health care](#) (15. prosinca 2022. g.).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. Tablični podaci: Medicinska oprema, operacijske dvorane i medicinski postupci u Hrvatskoj*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/> (13. siječnja 2023.).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2020*. Preuzeto s: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2020-tablicni-podaci/> (17. siječnja 2023. g.).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2016). *Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2015*. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/Ljetopis_2015_IX.pdf (17. siječnja 2023. g.).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2022). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*. Preuzeto s: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca> (20. studenog 2022. g.).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Liste narudžbi, Broj narudžbi na listama narudžbi po ustanovama*. Preuzeto s: http://www.hzzo-net.hr/dload/eListe/Broj_pacijenata_na_listi_narudzbi_po_ustanovama.html (15. prosinca 2022. g.).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Izješće o poslovanju HZZO-a za 2019. i 2021. g.* Preuzeto s: <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>, (20. listopada 2022. g.).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH*. Preuzeto s: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> (15. veljače 2023. g.).

Ivanišević, Ž. (2022). *Primjena alata QGIS: Katastar bolničkih zdravstvenih ustanova Republike Hrvatske*. Diplomski rad. Pula: Fakultet informatike, Preuzeto s: <https://repozitorij.unipu.hr/islandora/object/unipu:6925> (16. veljače 2023. g.).

Kovač, N. (2013). *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*. Ekonomski vjesnik, Vol. XXVI No. 2. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/broj/9510> (10. studenog 2022. g.).

Mihel, S.; Trajanoski, A. (kolovoz 2022). *Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/09/Rad-bolnica-u-Hrvatskoj-2021_Bilten_za-web.pdf (17. siječnja 2023. g.).

Ministarstvo zdravstva (veljača 2003). *Izješće o stanju reforme zdravstva (2000. – 2003.)*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva. Preuzeto s: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//30.%20-%201.pdf> (11. veljače 2023. g.).

Odluka o funkcionalnoj integraciji zdravstvenih ustanova radi organiziranja obavljanja djelatnosti hitne medicine. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Preuzeto s: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Natje%C4%8Daji/Pravila%20o%20postupanju%20FUNKCIONALNA%20INTEGRACIJA%2030_01_19.docx (12. veljače 2023. g.).

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021*. Preuzeto s: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/24be62c0-hr.pdf?expires=1676749093&id=id&accname=guest&checksum=50C1830D20CE621477114367893AA00C> (11. prosinca 2022.).

Rodin, U., Cerovečki, I., Jezdić, D. (kolovoz 2021). *Prirodno kretanje u hrvatskoj u 2020. Godini*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/08/PRIRODNO_KRETANJE_2020_30082021.pdf (10. prosinac 2022. g.).

Rodin, U., Cerovečki, I., Jezdić, D. (kolovoz 2022). *Prirodno kretanje u hrvatskoj u 2021. Godini*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/08/Prirodno_kretanje_2021_0822.pdf (11. prosinca 2022. g.).

Strizrep, T. (n. d). *Dijagnostičko-terapijske skupine (DTS.): priručnik za zdravstvene radnike*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Šimović, H., Primorac, M. (travanj 2021). *Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava*. Znanstveno društvo ekonomista, br. 10. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/275651> (30. studenog 2022. g.).

Štimac, D.; Ivakić, T. (2019). *Kako ocjenjujemo i nagrađujemo kvalitetu?*. Zbornik sveučilišta Libertas, Vol. 4 No. 4., str 265-271. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/file/330530> (15. prosinca 2022.).

Tomić, B.; Mihel, S. (srpanj 2016). *Rad bolnica u Hrvatskoj 2015. g.* Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto s: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/08/Rad_bolnica_2015.pdf (6. veljače 2023).

U zdravstvu mjesečno 100 milijuna kuna novog duga. Glas Slavonije. Preuzeto s: <https://www.glas-slavonije.hr/505379/1/U-zdravstvu-mjesečno-100-milijuna-kuna-novog-duga>. (30. studenog 2022. g.).

Zrinšak, S. (2007). *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, Revija za socijalnu politiku, Vol. 14 No. 2. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/30323> (11. veljače 2023. g.).

Pravni akti:

Mreža javne zdravstvene službe, Narodne novine, br. 101/2012., 31/2013., 113/2015., 20/2018., 100/2018.

Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine, Narodne novine, br. 13/2021.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., Narodne novine, br. 116/2012.

Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020., Narodne novine, br. 84/2018.

Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2015. – 2026., Narodne novine, br. 26/2015.

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027., Narodne novine, br. 147/2021.

Odluka o donošenju mreže telemedicinskih centara, Narodne novine, br. 94/2021.

Odluka o funkcionalnoj integraciji bolnica na području Karlovačke županije, Stožer civilne zaštite Karlovačke županije, ur. br. 2133/1-01-01/02-20-150, 24. studeni 2020. g.

Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Narodne novine, br. 56/2017., 73/2017., 30/2018., 35/2018., 119/2018., 32/2019., 62/2019., 94/2019., 104/2019., 22/2020., 84/2020., 123/2020., 147/2020., 12/2021., 45/2021., 62/2021., 144/2021., 10/2022., 63/2022., 68/2022., 78/2022., 115/2022., 133/2022., 156/2022., 7/2023., 14/2023.

Odluka o proglašenju zakona o dopuni zakona o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, br. 119/2022.

Odluke o isplati sredstava bolničkim zdravstvenim ustanovama kojima je osnivač Republika Hrvatska za podmirivanje dijela dospjelih obveza prema dobavljačima lijekova, potrošnog i ugradbenog medicinskog materijala; Prijedlog odluke o isplati namjenske pomoći za podmirivanje dijela dospjelih obveza bolničkih zdravstvenih ustanova kojima su osnivači županije prema dobavljačima lijekova, potrošnog i ugradbenog medicinskog materijala, 89, 150, 125. Sjednica Vlade RH

Plan zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, Narodne novine, br. 19/2020.

Ugovor o funkcionalnoj integraciji Opće bolnice Karlovac i Opće bolnice i bolnice branitelja Domovinskog rata Ogulin, ur. br. 01-2179/10-17, 26. srpanj 2017. g.

Ustav RH, Narodne novine, br. 56/1990., 135/1997., 113/2000., 28/2001., 76/2010., 5/2014.

Zakon o doprinosima, Narodne novine, br. 84/2008., 152/2008., 94/2009., 18/2011., 22/2012., 144/2012., 148/2013., 41/2014., 143/2014., 115/2016., 106/2018.

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, Narodne novine, br. 118/2018.

Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju, Narodne novine, br. 13/2003.

Zakon o potvrđivanju ugovora o kreditu za projekt u zdravstvu, između Republike Hrvatske i Međunarodne banke za obnovu i razvoj, s ugovorom o projektu, između Međunarodne banke za obnovu i razvoj i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Narodne novine, br. 7/1995.

Zakon o ustanovama, Narodne novine br. 76/1993., 29/1997., 47/1999., 35/2008., 127/2019., 151/2022.

Zakon o ustrojstvu i djelokrugu tijela državne uprave, Narodne novine, br. 85/2020.

Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine, br. 169/2004., 37/2008.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, br. 100/2018., 125/2019., 133/2020., 147/2020., 136/2021., 119/2022., 156/2022.