

Naglasci javnog menadžment u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske

Horvat Sovilj, Paola

Graduate thesis / Diplomski rad

2024

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://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:199:861751>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-20**



Repository / Repozitorij:

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



REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STRUČNI DIPLOMSKI STUDIJ JAVNA UPRAVA

Student:

Paola Horvat Sovilj

ZAVRŠNI RAD

Naglasci javnog menadžmenta u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske

Kolegij:

JAVNI MENADŽMENT

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Romea Manojlović Toman

Zagreb, rujan 2024.

SAŽETAK

U radu se istražuju naglasci javnog menadžmenta zdravstvenog sustava Republike Hrvatske s ciljem procjene učinkovitosti menadžerskih tehnika. Uvodno se razmatra tradicionalne i moderne pristupe upravljanju, s posebnim naglaskom na novi javni menadžment i neoweberijansku državu. Nastavno se opisuje povijest razvoja i trenutna struktura hrvatskog zdravstvenog sustava, uključujući analizu financiranja, zakonodavne okvire i temeljne vrijednosti na kojima se sustav zasniva. Zaključno se donosi pregled instrumenata javnog menadžmenta u hrvatskom zdravstvu, pri čemu se detaljno analizira različite metode upravljanja, poput upravljanja putem propisa, s naglaskom na izvedbu, kvalitetu i korisnike, te upravljanje putem tržišta i natjecanja. Kroz kvalitativnu analizu dostupnih zakonskih dokumenata, strateških planova i znanstvene literature, kritički se ocjenjuje sadašnje stanje i predlaže moguće pravce razvoja.

Ključne riječi: javni menadžment, zdravstveni sustav, naglasci javnog menadžmenta, Hrvatska

SUMMARY

The paper explores the key aspects of public management within the healthcare system of the Republic of Croatia, aiming to assess the effectiveness of management techniques. It begins by considering traditional and modern approaches to management, with a particular focus on new public management and the neo-Weberian state. The paper then describes the historical development and current structure of the Croatian healthcare system, including an analysis of its financing, legal frameworks, and the core values upon which the system is based. In conclusion, the paper provides an overview of public management tools in Croatian healthcare, offering a detailed analysis of various management methods such as regulation-based management, performance-oriented management, quality and user-focused management, and market-based and competitive management. Using a qualitative analysis of available legal documents, strategic plans, and scientific literature, the paper critically evaluates the current state and suggests potential directions for further development.

Keywords: public management, healthcare system, key aspects of public management
Croatia

Izjava o izvornosti

Ja, Paola Horvat Sovilj, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor 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 do onih navedenih u radu.

Paola Horvat Sovilj, v.r.

Izjava o izvornosti

Ja, Paola Horvat Sovilj, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor 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 do onih navedenih u radu.



SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. TEORIJSKA RAZMATRANJA O JAVNOM UPRAVLJANJU	2
2.1. SUVREMENI JAVNI MENADŽMENT	4
2.1.1. Upravljanje putem propisa	4
2.1.2. Upravljanje izvedbom (uspješnošću)	6
2.1.3. Upravljanje s naglaskom na kvalitetu i korisnike	7
2.1.4. Upravljanje putem tržišta i natjecanja.....	9
2.2. NOVI JAVNI MENADŽMENT.....	12
2.2.1. Konceptualni <i>nasciturus</i>	13
2.2.2. Seciranje modela i pregled učinaka	15
2.2.3. <i>Fallaciae logicae</i>	18
2.3. NOVE KONCEPCIJE U JAVNOM UPRAVLJANJU	20
2.3.1. Neoweberijanska država	21
3. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE.....	24
4. PREGLED METODA JAVNOG MENADŽMENTA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU	34
4.1. UPRAVLJANJE PUTEM PROPISA	34
4.1.1. Javno savjetovanje	36
4.1.2. Procjena učinaka propisa	45
4.1.3. Upravna simplifikacija i moderne tehnologije.....	49
4.2. UPRAVLJANJE S NAGLASKOM NA ISHODE I IZVEDBU	58
4.2.1. Upravljanje putem ciljeva	58
4.2.2. Upravljanje s naglaskom na uspješnost	61
4.3. UPRAVLJANJE S NAGLASKOM NA KVALITETU I KORISNIKE	64
4.4. UPRAVLJANJE PUTEM TRŽIŠTA I NATJECANJA.....	68

4.4.1. Privatizacija.....	68
4.4.2. Outsourcing.....	73
4.4.3. Rezultati i posljedice.....	76
5. ZAKLJUČAK	79
LITERATURA	81

1. UVOD

Javni menadžment u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske ima izravne posljedice na kvalitetu zdravstvenih usluga, zadovoljstvo korisnika, te učinkovitost i održivost samog sustava. Suvremeni izazovi, poput sve složenijih zdravstvenih potreba stanovništva, brzih tehnoloških promjena, i ograničenih financijskih resursa, zahtijevaju stalno prilagođavanje i unapređenje upravljačkih praksi. Stoga je razumijevanje i praćenje primjene javnog menadžmenta od iznimne važnosti kako bi se osigurala učinkovita implementacija politika koje će zadovoljiti potrebe društva, a pritom očuvati temeljna načela pravednosti, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite.

Predmet ovog rada je istraživanje naglasaka javnog menadžmenta u zdravstvenom sustavu Hrvatske, s posebnim osvrtom na različite instrumente upravljanja koji su korišteni ili se predlažu u suvremenom kontekstu.

Cilj istraživanja je utvrditi učinkovitost primjene različitih menadžerskih tehnika te njihovu usklađenost s potrebama i očekivanjima korisnika zdravstvenih usluga, istovremeno nudeći smjernice za daljnju evoluciju upravljanja zdravstvom, kako bi se osigurala visoka razina zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

U istraživanju je primijenjena kvalitativna analiza sekundarnih izvora (zakonski dokumenti, strateški planovi te relevantna znanstvena i stručna literatura), a provodi se kroz deduktivni pristup, pri čemu su ključne teme i koncepti identificirani u literaturi korišteni kao osnova za daljnju razradu i kritičku analizu. Usporedbom različitih modela i praksi upravljanja te njihovom evaluacijom ova studija nastoji pružiti sveobuhvatan uvid u izazove i mogućnosti upravljanja u hrvatskom javnozdravstvenom sustavu.

Rad je podijeljen u nekoliko tematskih cjelina. Prvi dio rada daje pregled teorijskih okvira i modela pa se tako razmatraju tradicionalni i moderni pristupi javnom menadžmentu, naročito kroz upravne doktrine poput novog javnog menadžmenta i dobrog upravljanja koji su oblikovali i još uvijek oblikuju način na koji se upravlja javnim sektorom, a time i zdravstvenim sustavom. Također se raspravlja pojava novog doktrinarnog koncepta neoweberijanske države. U drugom dijelu istražuju se temelji hrvatskog zdravstvenog sustava i njegov razvoj kroz prizmu povijesnih okolnosti i globalnih utjecaja, sve do trenutnog stanja. Treće poglavlje bavi se detaljnim istraživanjem specifičnosti primjene javnog menadžmenta u nacionalnom zdravstvenom sustavu, a analiza se usmjerava na upravljanje putem propisa, upravljanje s naglaskom na izvedbu, upravljanje s naglaskom na kvalitetu i korisnike te upravljanje putem tržišta i natjecanja.

2. TEORIJSKA RAZMATRANJA O JAVNOM UPRAVLJANJU

Javna uprava je skup upravnih organizacija koje obavljaju javne poslove, što podrazumijeva njihovo obavljanje u javnom interesu te ih takvima afirmiraju propisi državne, regionalne ili lokalne razine.¹ Upravne organizacije se stvaraju normativnim utemeljenjem ovlasti, dužnosti i odgovornosti. Javni se interes definira kao interes koji nadilazi osobne i privatne interese pojedinaca i privatnih subjekata u državi. Propisi kojima se reguliraju javni poslovi spadaju u kategoriju javnog prava i to najčešće ustavnog i upravnog karaktera. Javnu upravu čine državna uprava, teritorijalna samouprava i javne službe, a navedene segmente povezuje temeljna karakteristika djelovanja u javnom interesu bez namjere stjecanja dobiti. Međutim, država i lokalne zajednice također osnivaju i organizacije koje makar načelno mogu ostvarivati profit te takve organizacije u javnom vlasništvu čine gradivno tkivo javnog sektora. I dok su organizacije javne uprave definirane javnim pravom, organizacije javnog sektora većinski su podložne pravnom režimu privatnog prava.²

Javno upravljanje provodi se na tri razine – u svakoj organizaciji posebno, na razini pojedinih upravnih sustava koji se sastoje od više organizacija (npr. obrazovni ili zdravstveni sustav) i na razini javne uprave kao cjeline. Ono počiva na tri esencijalna instrumenta kojima se postižu usklađujući učinci zajedničkog djelovanja:

- planiranju, kojim se odabiru ciljevi i načini njihova ostvarenja sukladno poznavanju pravilnosti i predviđanju budućih okolnosti,
- standardizaciji kao prethodno određenim pravilima za djelovanje u repetitivnim situacijama, te
- povratnom djelovanju (*feedback*) koje podrazumijeva reaktivnu prilagodbu organizacije prema prethodnim rezultatima.³

Najpoznatiji domaći model upravljačkog ciklusa razradio je Eugen Pusić u svojoj *Nauci o upravi* koji uz komponente organiziranja i brige o radnicima i materijalnim sredstvima navodi planiranje, vođenje, komunikaciju, standardizaciju i nadzor u upravi kao metode upravnog djelovanja.⁴

¹ Koprić, I., Marčetić, G., Musa, A., Đulabić, V., Lalić Novak, G., *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Studijski centar za javnu upravu i javne financije Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 1-4.

² *Ibid.*

³ *Ibid.* str. 4-5.

⁴ Pusić, E., *Nauka o upravi*, 12. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Školska knjiga, Zagreb 2002.

Nasuprot javnom upravljanju kao tradicionalnoj praksi upravljanja temeljenoj na pravnim i demokratsko-političkim vrijednostima, javni menadžment naglasak stavlja na ekonomske vrijednosti i predstavlja odmak od tradicionalne prakse. Razvoj javnog menadžmenta vezan je uz razvoj teorije organizacije i pokušaje da se upravljanje organizacijama učini efikasnijim i učinkovitijim obzirom na krajnji cilj privatnog sektora – stjecanje profita. Kako bi se to postiglo, začetnici teorije organizacije počeli su djelatnost upravljanja sagledavati kao odvojenu funkciju unutar organizacije, sasvim različitu od procesa neposrednog obavljanja radnih zadataka zbog kojih organizacija postoji, što je rezultiralo razvojem posebnih metoda, vještina i tehnika koje su imale za cilj unaprijediti funkciju upravljanja te na taj način utjecati na poboljšanje efikasnosti čitave organizacije.⁵

Javni menadžment kao specifični oblik javnog upravljanja strogo pridržavanje upravljačkih pravnih pravila zamjenjuje stručno-tehničkim menadžerskim principima s naglaskom na autonomiju rukovodećeg kadra u organizaciji - menadžerskom slobodom u odlučivanju.⁶ Menadžerski pristup je u javnu upravu importiran iz prakse upravljanja privatnim kompanijama i, iako je od kameralizma do postmenadžerskih doktrina⁷ prisutan u različitim oblicima, najagresivnije je nametnut globalnim širenjem doktrine novog javnog menadžmenta (NJM ili izvorno NPM - *new public management*) od kraja 1970.-ih. Doslovno i radikalno primijenjen menadžerski pristup u javnoj upravi, nalazi se u suprotnosti s uobičajenim postavkama njenog djelovanja, naročito u pogledu formaliziranih obrazaca komunikacije i postupanja, zaštite ljudskih prava i proceduralne korektnosti, službeničkih odnosa i radnopravnog statusa zaposlenih (koji inače počiva na karijeri, načelima senioriteta i formalnog obrazovanja), dok velika samostalnost u postupanju rukovodećih menadžera dolazi u suprotnost s načelima hijerarhije organizacije pa se javljaju poremećaji redovnog puta u komunikaciji, neosobnim

⁵ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

⁶ *Ibid.* str. 6.

⁷ *Ibid.* str. 79-132. Prema Koprić et al. kameralizam se smatra prvom utjecajnom upravnom doktrinom, razvija se u 18. i 19. st. na području europskog kontinenta, a bavi se integracijom iskustvenih saznanja o upravi, ekonomiji i javnim financijama s posebnim naglaskom na efikasnost kao glavnu vrijednost državne uprave. Pragmatičan pristup početkom 20. st. razvio se na sjevernoameričkom tlu bazirajući se na ideji o prijekoj potrebi nacionalne efikasnosti, iz čega je proizašao čitav upravnotehnički smjer upravne znanosti. Doktrina nove javne uprave (*new public administration*) kao sljedeća evolucijska faza profilirala se od kraja 1960.-ih do 1980.-ih te je inspirirana progresivnim idejama potaknutim kriznim okolnostima SAD-a (Vijetnamski rat i hipijevski pokret, Watergate afera, itd.), a naglašavala je socijalne i demokratske vrijednosti poput društvene pravednosti i političke odgovornosti. Novi javni menadžment se javlja krajem 1970.-ih, a tijekom 1980.-ih postaje najjačim generatorom menadžerskih reformi, zbog čega se posebno elaborira u glavnom tekstu ovog rada. Kao direktan odgovor na pogubne učinke primjene novog javnog menadžmenta, 1990.-ih se formira nova doktrina dobrog upravljanja (GG - *good governance*) promovirana od strane Organizacije ujedinjenih naroda (OUN) i Europske unije (EU), naglašavajući ulogu građanskog društva i vladavine prava kombiniranjem demokratskih značajki i efikasnosti javne uprave. Među novijim koncepcijama može se izdvojiti ideja neoweberijanske države koja inzistira na jačanju uloge upravnog prava, o čemu više kasnije.

odnosima i dr., a javljaju se i poteškoće s određivanjem i mjerenjem kvalitete u javnom sektoru. Zbog toga je potrebno metode i tehnike menadžmenta prilagoditi specifičnim zahtjevima javne uprave.⁸ Ove specifičnosti rezultiraju stvaranjem posebnog koncepta javnog menadžmenta. U suvremenom shvaćanju javnim se menadžmentom naglašavaju tri dimenzije moderne javne uprave – struktura, vještina i vrijednosti. U smislu strukture obuhvaća međusobne odnose i formalne veze unutar pojedine upravne organizacije i cijelog upravnog sustava, a teži se uspostavi odgovarajućih mehanizama koji omogućuju što bolje ostvarivanje javnih ciljeva pa je naglasak na odnosu između autonomije rukovodećeg osoblja i sustava nadzora legitimnih nositelja vlasti. Ističe se važnost propisanih procedura, poštivanje pravila i osiguravanje mehanizama kontrole upravne djelatnosti. Shvaćanje javnog menadžmenta kao vještine odnosi se na postojanje i razvijanje karakteristika javnih menadžera/javnih poduzetnika koje će osigurati sposobnost rukovodećeg kadra da upravlja javnom organizacijom u složenoj okolini javnog sektora. Traže se znanja strateškog planiranja, motiviranja zaposlenika, vještine komuniciranja i sposobnosti funkcioniranja u specifičnom pravnom i političkom okruženju organizacije. Vrijednosti na kojima počiva javna uprava temelj su institucionalnosti, obzirom da je svaka institucija zadana normama kao gradivnim tkivom te u ovom smislu postavlja izazov javnim menadžerima da svoje upravljanje prakticiraju prema vrijednostima o kojima postoji širi društveni konsenzus.⁹

2.1. SUVREMENI JAVNI MENADŽMENT

U javnom menadžmentu koristi se nekoliko osnovnih modela, tehnika i metoda kako bi se poboljšalo stanje u javnoj upravi te postigle vrijednosti poput učinkovitosti, djelotvornosti i ekonomičnosti, stoga se u nastavku donosi njihova sistematizacija prema udžbeniku Upravna znanost – Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu, a koji ove metode i tehnike naziva naglascima suvremenog javnog menadžmeta.¹⁰

2.1.1. Upravljanje putem propisa

Klasičan ili legalistički model javnog upravljanja koristi se donošenjem propisa kao glavnim instrumentom, a prevladava u upravnim kulturama gdje su u javnoj upravi dominantne pravne vrijednosti. Naglasak ovog modela je na procesu, dok su ishodi djelimice izvan fokusa. Glavna

⁸ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.* str. 124-132.

tehnika rješavanja nekog javnog problema predstavlja donošenje odgovarajućeg propisa ili izmjena i dopuna već postojećih propisa, što rezultira čestim donošenjem ili izmjenama. Bitna pretpostavka ovog modela jest primjerena kvaliteta regulativnih tekstova, međutim nedostaci se primjećuju tek u njihovoj provedbi. Stoga se legalistički model nastoji poboljšati metodama prethodne (*ex ante*) i naknadne (*ex post*) kontrole regulacije i njena učinka na gospodarstvo i građane. U tom smislu upotrebljava se koncept bolje regulacije (*better regulation*), skup inicijativa za poboljšanje kvalitete sadržaja i načina donošenja propisa. Ideja je inicijalno promovirana od strane OECD, a ubrzo ga prihvća EU te regulacijska reforma od kraja 1980.-ih prolazi kroz tri faze:

- prvu, koju obilježava deregulacija (smanjenje kvantitete),
- drugu, koja inzistira na poboljšanju kvalitete samih propisa i procesa njihova donošenja, i
- treću, koja predstavlja regulacijski menadžment, a pretpostavlja sustavno i dugoročno poboljšanje rada institucija uključenih u proces regulacije.¹¹

Kvalitetnija regulacija počiva na idejama uključivanja zainteresiranih aktera kroz javne konzultacije, procjeni učinaka regulacije i mjerama upravnog pojednostavljenja. Javne konzultacije obveza su predlagatelja prema kojoj je neophodno o namjeri donošenja propisa obavijestiti zainteresiranu javnost, što znači da zakonodavac prije donošenja propisa mora započeti proces savjetovanja s javnošću u kojem se iznose namjeravani ciljevi i svrha propisa te modaliteti njihova ostvarenja. Procjena regulatornih učinaka (RIA – *regulatory impact assessment*) metoda je analize raznih varijabli javne politike kojom se nastoji izabrati optimalno rješenje, ono koje najbolje odgovara cilju i svrsi koje se želi postići. Analizira se različite dimenzije: ekonomsku, dimenziju zaštite okoliša, društvenu, pravnu i upravnu dimenziju. Upravna simplifikacija je nastojanje da se djelovanje uprave što je više moguće pojednostavi u smislu jasnoće i razumljivosti propisa, ali i u okviru procesnih zahtjeva uprave, sve s ciljem privlačenja investicija i olakšavanja poduzetničkog poslovanja. Za postizanje ciljeva upravnog pojednostavljenja najčešće se koristi instrument zvučnog naziva „zakonodavna giljotina“, a odnosi se na stavljanje van snage zakona i podzakonskih akata koji su nepotreban teret gospodarstvu, ali i eventualnih opsoletnih propisa čija je materija predmetom uređenja nekog novijeg zakona. Izrazito korisnim instrumentom smatra se upotreba informacijsko-komunikacijske tehnologije (ICT – *information communication technology*) čije su mogućnosti raznovrsne i u kontinuiranom napretku, a u novije vrijeme otvara se nova

¹¹ *Ibid.* str. 124-125.

perspektiva korištenjem alata umjetne inteligencije (AI – *artificial intelligence*) čiji razvoj predstavlja jedan od najvećih tehnoloških napredaka u povijesti. Za upravnu simplifikaciju važno je spomenuti i koncept jedinstvenog upravnog mjesta (*one stop shop*) koji teži stvaranju organizacijske i procesnopravne predispozicije da se cjelokupna upravna usluga pruži građanima na jednom mjestu, umjesto u više različitih upravnih organizacija.¹²

2.1.2. Upravljanje izvedbom (uspješnošću)

U ovom menadžerskom pristupu razlikujemo nekoliko podvarijanti pa možemo govoriti o (a) upravljanju putem ciljeva (*management by objectives*), koji se koncentrira na postavljanje ciljeva koje je potrebno ostvariti te naglašava buduće stanje do kojeg tek treba doći kroz upravni ciklus i primjenu neke javne politike te (b) o upravljanju putem rezultata (*management by results*), koje je također orijentirano na budućnost, a naglašava stvarno postignute rezultate upravnog djelovanja uz koje vezuje i mehanizam proračunskog financiranja i nagrade/kazne za službenike i organizacije ovisno o njihovom radnom učinku.¹³

Upravljanje putem ciljeva i rezultata u privatnom se sektoru razvija sredinom 20. st., a od 1980.-ih se kao reformska mjera javne uprave primjenjuje u skandinavskim zemljama pa tako u Švedskoj 1988. postaje primarni instrument javnog upravljanja.¹⁴ Metoda funkcionalnog pregleda (*functional review*) koristi se za koncentriranje pažnje na ishode. Pregledom se analizira osnovne funkcije organizacije i njihova povezanost s dugoročnim strateškim ciljevima, čime se nastoji povećati učinkovitost i osigurati usmjerenost prema ostvarivanju očekivanih rezultata, odnosno povezati poslove organizacije sa strateškim zadacima kako bi se ujedno provelo usklađenje proračuna i unutarnjeg ustrojstva.¹⁵

Upravljanje s naglaskom na uspješnost (izvedbu) sve se više postavlja kao bitna orijentacija javnog menadžmenta. Budući da je temeljni zahtjev povećanje učinkovitosti i uspješnosti, inzistira se na mjerenjima izvedbe upravne aktivnosti (*performance measurement*) te kvantifikacije i objektivizacije rezultata. Kako bi to bilo izvedivo, potrebno je definirati javne usluge (u menadžmentu ih se naziva proizvodom) na način da se utvrdi popis usluga i njihove različite dimenzije (pravodobnost, troškovi, transparentnost, stupanj kvalitete itd). Mjerenje uspješnosti tako se odnosi na utvrđivanje organizacije u proizvodnji javnih usluga. Razlikujemo neposredno mjerljive izlazne rezultate (*outputs*), ishode djelovanja koji se

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ Perko-Šeparović, I., *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, Golden Marketing – Tehnička knjiga, Zagreb, 2006. str. 119.

¹⁵ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

pokazuju u duljem vremenskom periodu (*outcomes*) i dublje i utjecajnije rezultate u društvenoj okolini (*impacts*). U korist ovog pristupa svakako nastupa razvoj tehnologije koji omogućava prikupljanje, pohranu, statistiku i analizu podataka koji se mogu koristiti za unapređenje rada. Zatim se utvrđuje veza između odluka rukovodećih, poduzetih mjera i ishoda djelovanja te istražuje koji uvjeti okoline mogu smanjiti ili povećati njihovu učinkovitost. Kada se sve navedeno sintetizira, moguće je izvući zaključke o načinu postizanja optimizacije rada. Taj se pristup naziva i upravljanjem učinkovitošću ili učinkom (*performance management*), a temelji se na osnovnoj postavci da je učinak rada upravnih organizacija moguće mjeriti te zatim upotrijebiti prikupljene informacije kako bi se donijele odluke o budućem djelovanju. Mjerenje učinka provodi se kroz pet koraka – postavljanje ciljeva i odabir objekata mjerenja, postavljanje indikatora, prikupljanje podataka, analize prikupljenih podataka i podnošenje izvještaja.¹⁶ Ovaj oblik menadžmenta pretpostavlja uspostavu pouzdanih i točnih pokazatelja (indikatora) uspješnosti. Utvrđivanje mjerila komponenta je strateškog planiranja koje racionalizira djelovanje upravnih organizacija prema određenoj logičkoj matrici. Upravljanje organizacijom s naglaskom na ideju i tehnike strateškog planiranja naziva se strateškim menadžmentom.

2.1.3. Upravljanje s naglaskom na kvalitetu i korisnike

Ovim pristupom nastoji se poboljšati javni sektor naglašavanjem njegove kvalitete, a razvijeno je nekoliko metoda i tehnika u tom pravcu. Cjelovito upravljanje kvalitetom (TQM – *total quality management*) kao koncept je nastao temeljem kritike upravljanja putem ciljeva i rezultata koji su naglašavali ishode, a zanemarili proces, te se ovdje ističe kako je za uspješno poslovanje najbitnija kvaliteta proizvoda pa sve djelatnosti u organizaciji trebaju biti usmjerene prema podizanju kvalitete. Povećana kvaliteta omogućuje povećanje produktivnosti i u krajnjem smislu profita, stoga je podizanje kvalitete zadaća svakog zaposlenog u tom proizvodnom procesu. Originalno osmišljen u japanskoj industriji, 1970.-ih i 1980.-ih proširio se u ostale razvijene zemlje, a na prostoru europskog kontinenta ističe se Švedska koja kombinirala je svoj oblik (tzv. CQM – *commitment quality management*) s upravljanjem putem rezultata te postigla zavidne uspjehe.¹⁷ Osim TQM, postoje i drugi mehanizmi specijalizirani za pitanja kvalitete poput čuvene *International Organisation for Standardisation* (ISO) te razni indeksi kojima se mjeri kvaliteta javnog sektora. Obzirom da ne postoje jedinstvene metode

¹⁶ Manojlović Toman, R., *Upravljanje učinkom u hrvatskoj lokalnoj samoupravi*, u: Koprić, I; Džinić, J, Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 66.

¹⁷ Perko-Šeparović, I., *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, Golden Marketing – Tehnička knjiga, Zagreb, 2006., str. 119-120.

mjerjenja kvalitete, to dovodi do uspostavljanja posebnih organizacijskih jedinica ili organizacija koje se bave kvalitetom različitih upravnih resora.¹⁸

Postoje i drugi instrumenti upravljanja kvalitetom kao što su povelje građana, SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*) analiza, PEST (politička, ekonomska, sociološka i tehnološka) analiza, reinženjering poslovnih procesa, PDCA (*plan, do, check, and act*) krug, *Balanced Scorecard* (BSC), nagrade za kvalitetu u javnom sektoru, EFQM Excellence Model, itd., a svi su usmjereni poboljšanju kvalitete djelovanja javne uprave i kvalitete usluga koje se pružaju građanima.¹⁹

Zajednički okvir za ocjenjivanje javnog sektora – *common assessment framework* (CAF) koristi se u EU kao varijanta TQM, a radi se o metodi samoprocijenjivanja putem specijaliziranog upitnika kojeg ispunjavaju zaposlenici organizacije. Njime se analizira vodstvo, strategija i planiranje, upravljanje ljudskim potencijalima, partnerstvo i resursi, upravljanje procesima i reformom te rezultati orijentirani na korisnike, zadovoljstvo ljudi, širi društveni rezultati i ključni rezultati provedbe.²⁰ CAF je izrađen je u okviru Europske mreže javne uprave (EUPAN - *European Public Administration Network*) i Europskog instituta javne uprave (EIPA - *European Institute of Public Administration*), te predstavlja sredstvo prilagođeno upravnim organizacijama u Europi, u skladu s načelima europskog upravnog prostora i dobrog upravljanja. Dobra praksa upotrebe ovog modela prezentira se na konferencijama i korisničkim danima te služi za usporedbu djelovanja, a omogućava učenje kroz najbolje primjere.²¹

Za podizanje kvalitete usluge korisnicima donose se i tzv. povelje javnih službi kojima se promovira ideja dobrog upravljanja. Povelje javnih službi su javni dokumenti kojima tijela javne uprave jasno određuju standarde obavljanja službe, način postupanja s građanima, proceduru pritužbi i druga pitanja značajna za odnos s građanima, a s ciljem jačanja položaja građanina i povećanja kvalitete upravnih službi.²²

¹⁸ Razlikujemo unutarnje organizacijske jedinice za kontrolu kvalitete i primjerice agencije za osiguranje kvalitete.

¹⁹ Džinić, J; Manojlović Toman, R; *Evaluacija učinkovitosti primjene instrumenata upravljanja kvalitetom u hrvatskim jedinicama lokalne samouprave – studije slučaja*, u: Koprić, I; Džinić, J; Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 129-157.

²⁰ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

²¹ Musa, A; *Common Assessment Framework (CAF) u lokalnoj samoupravi i javnoj upravi*, u: Koprić, I; Džinić, J; Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 187.

²² Đulabić, V; *Povelje javnih službi: pokušaj podizanja kvalitete javne uprave i jačanja uloge građana*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 2006., 56 (1), str. 14-15.

2.1.4. Upravljanje putem tržišta i natjecanja

Oslanjanje na tržišni mehanizam i poticanje natjecanja u javnom sektoru dio je šireg pristupa marketizacije zagovaranog ideologijom neoliberalizma koja inzistira na odbacivanju tradicionalne uprave i ideje o javnim uslugama. Ovaj tip upravljanja ostvaruje se kroz široku upotrebu tržišnih mehanizama u javnom sektoru razvojem tzv. internog tržišta, što zahtijeva reorganizaciju i smanjenje javne uprave jer se umjesto na tradicionalan način obavljanja upravnih poslova sada raspisuju natječaji kojima se traže najpovoljnije ponude.²³

Fokusiranjem na upravljanje putem oslanjanja na tržišne mehanizme i uvođenje natjecanja u javnu upravu ili sektor ističu se neki uobičajeni instrumenti kojima se uvode tržišna načela te omogućuje uključivanje privatnog sektora u pružanje širokog spektra javnih usluga. Ti se instrumenti pokušavaju primijeniti u područjima klasičnih djelatnosti državnih službi (neprofitne djelatnosti socijalnih službi - socijalna skrb, domovi za starije i nemoćne), gospodarskih javnih službi koje se pružaju mrežnim sustavima (upravljanje javnim prometnicama, željeznicom) te u nekim javnim poslovima iz kategorije klasičnih upravnih resora (temeljeni na državnom monopolu primjene sile u tradicionalnom modelu javnog upravljanja, poput upravljanja zatvorima). Najčešće korišteni instrumenti otvaranja tržišta i natjecanja u javnom sektoru su privatizacija, javno-privatno partnerstvo, vaučerizacija i vanjsko ugovaranje obavljanja poslova (outsourcing). Temeljna karakteristika javno-privatnog partnerstva jest dugoročnost ugovornog odnosa između subjekata javnog i privatnog sektora kojim se realizira određeni projekt od javnog interesa. Instrumentom vaučera se korisniku javnih usluga daje mogućnost izbora između više pružatelja usluge temeljne djelatnosti, dok se outsourcingom obuhvaćaju pomoćno-tehnički poslovi u javnom sektoru (čišćenje, kuhanje, zaštita).²⁴

Mijenjanje vlasničke strukture trgovačkog društva iz isključivog javnog vlasništva s monopolnim položajem (u kojem je država jedini pružatelj usluga određene javne službe) jedna je od osnovnih mjera menadžerskih reformi. Uglavnom se odvija u dvije faze - najprije se specifični subjekt (prethodno pod potpunom državnom kontrolom) pretvara u trgovačko društvo u većinskom vlasništvu države, da bi se u slijedećoj fazi država postupno povukla iz vlasničke strukture prodajući svoje udjele.²⁵ Pod pojam privatizacije također se podvode i

²³ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

²⁴ Đulabić, V; *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, u: 7. Forum za javnu upravu: Musa, A., (ur.) *Od javnog prema privatnom? Privatizacija i outsourcing javnih usluga*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Zagreb, 2014. str. 14.

²⁵ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 224.

oblici komercijalizacije, kao djelomično ili potpuno prebacivanje troškova obavljanja predmetne djelatnosti na korisnike kroz plaćanje participacije (npr. zdravstvo).²⁶

Dio šireg koncepta ovog oblika javnog menadžmenta je i javno-privatno partnerstvo (JPP), a podrazumijeva dugoročni ugovorni odnos između subjekta javnog i privatnog partnera kojim se realizira neki projekt od javnog interesa. Nastaje radi neposrednog obavljanja nekog javnog posla i vrlo je raširen oblik obavljanja poslova, naročito u obavljanju javnih službi, ali i drugih aspektima poput gradnje javnih objekata.²⁷ Prema Perko Šeparović, javno-privatno partnerstvo predstavlja jedan od najznačajnijih instrumenata dobrog upravljanja, ali naglašava se iznimna važnost opreznog pristupa njegovom korištenju zbog postojanja opasnosti da ovaj partnerski odnos postane samo još jedan oblik privatizacije. Čimbenici koji su presudni za uspjeh JPP-a uključuju ravnotežu kratkoročnog i dugoročnog aspekta, jasno definirana prava i dužnosti u partnerskom projektu, postavljene jasne i djelotvorne sankcije u slučaju neispunjavanja ugovora te razrađeni mehanizmi kontrole i izvještavanja.²⁸

Vanjsko ugovaranje (*outsourcing*) je visoko zastupljen oblik javnog menadžmenta putem tržišta, oslanja se na subjekte privatnog sektora i podrazumijeva praksu ugovaranja obavljanja javnih poslova sa subjektima koji nisu organizacijski povezani s tijelima državne uprave. Naročito je postalo popularno u okviru menadžerskih reformi i agencijskih modela krajem 20. st., a razvilo se iz potrebe racionalizacije i redukcije javne uprave kojoj je postavljen zahtjev pojeftinjenja, fleksibilizacije i veće efikasnosti javnih poslova. NJM je kao spasonosno rješenje ponudio uvođenje tržišnih načela natjecanja i konkurencije između subjekata koji pretendiraju na obavljanje pojedinih poslova. U postupku vanjskog ugovaranja nadzor i konačnu odgovornost za obavljanje pojedinih poslova pridržava javni sektor, a izvršavanje je temeljem ugovora povjereno najkvalitetnijem i najpovoljnijem ponuditelju obavljanja neke usluge. Ponuditelji mogu biti različiti subjekti, uključujući privatnike, pa iako se na raspisani natječaj može javiti i neka javna agencija, ipak je riječ o modelu koji znatno pogoduje organizacijama privatnog sektora.²⁹

Outsourcing traži prethodno postavljanje jasnih i nedvosmislenih kriterija na temelju kojih se povjerava obavljanje neke javne službe te uspostavljanje učinkovitih nadzornih i kontrolnih mehanizama, inače postoji opasnost poremećaja tržišnog natjecanja u vidu favoriziranja pojedinih subjekata koji su u ugovornom odnosu s tijelima državne uprave. Povećanje

²⁶ Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, op. cit. str. 14.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Perko Šeparović, I; *Javno-privatno partnerstvo*, u: Perko Šeparović, I; (ur) *Priručnik za dobro upravljanje*, Hrvatski pravni centar, Zagreb, 2006. str. 115-135.

²⁹ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 128-130.

učinkovitosti uz smanjenje troškova obavljanja javnih poslova predstavljaju temeljnu zamisao u provedbi tržišno orijentiranih praksi u javnoj upravi, međutim u praksi se pokazalo da je riječ o vrlo osjetljivom području koje je potrebno detaljno i brižljivo definirati jer i najmanji propust dovodi do čitavog niza negativnih eksternalija.³⁰ Uočene su sljedeće negativne posljedice nepažljive primjene vanjskog ugovaranja:

- prekomjeran utjecaj privatnih interesa u procesima političkog odlučivanja
- gubitak stručnosti i pad kvalitete obavljanja posla zbog nepoznavanja praktičnih problema u provedbi
- prelijevanje javnih sredstava privatnim subjektima
- zamućivanje linija odgovornosti za propuste i pogreške nastale obavljanjem posla
- pojava podmićivanja i korupcije
- smanjenje prava zaposlenih zbog prelaska na rad u privatne subjekte
- gubitak povjerenja javnosti u tijela javne uprave i javnu vlast općenito.³¹

Đulabić³² raspravlja o dokumentu „Modeli učinkovitog upravljanja neosnovnim djelatnostima u javnoj upravi – prilike za javni sektor i gospodarstvo“ kojim je Vlada RH u travnju 2014. najavila provedbu vanjskog ugovaranja (outsourcinga) neosnovnih, pratećih djelatnosti u javnom sektoru kao jednu od mjera na devet područja fiskalne konsolidacije i smanjenja proračunskog deficita u vrijeme dugotrajne ekonomske krize. Navedenim je dokumentom uvedeno razlikovanje između *osnovnih* i *neosnovnih djelatnosti* u javnom sektoru te je konstatirano kako je upravljanje neosnovnim djelatnostima u javnoj upravi u Hrvatskoj neučinkovito, zbog čega treba razmotriti nekoliko modaliteta obavljanja tih poslova, s preferencijom modela vanjskog ugovaranja.³³ Kao neosnovne djelatnosti definirani su sljedeći poslovi: čišćenje, održavanje, pranje i glačanje, priprema hrane i pića, prijevoz, zaštita. Pod sindikalnim pritiskom,³⁴ Vlada je uskoro najavila da će se reforma neosnovnih djelatnosti pokušati ostvariti samostalnim poboljšanjem efikasnosti (*in-house*), na način da se zabranjuje novo zapošljavanje u tijelima državne uprave i javnim službama. Za poboljšanje obavljanja pomoćno-tehničkih poslova predviđena je spomenuta zabrana zapošljavanja, ali ako se izvršenje poslova ne bude moglo osigurati preraspodjelom rada, zadržana je i mogućnost

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

³² Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, op. cit. str. 22.

³³ *Ibid.* str. 23. Predviđena su tri pristupa poboljšanju obavljanja neosnovnih djelatnosti - samostalno poboljšanje efikasnosti (*in-house*), osnivanje posebne javne kompanije za obavljanje neosnovnih djelatnosti (*spin-off*) te vanjsko ugovaranje, odnosno izdvajanje neosnovnih djelatnosti (*outsourcing*).

³⁴ *Ibid.* 17 je sindikata prikupljalo potpise za referendum o potpunoj zabrani vanjskog ugovaranja u javnom sektoru te je referendumska inicijativa s 624 tisuće potpisa upućena u saborsku proceduru.

povjeravanja obavljanja poslova vanjskim pružateljima usluga. Tako je Vlada izigrala sindikate i svejedno zadržala outsourcing kao pomoćnu, sekundarnu mjeru.³⁵ Poboljšanje efikasnosti zabranom novog zapošljavanja nije ostvarilo očekivane rezultate, štoviše potpuno je podbacilo,³⁶ a predstavlja eklatantni primjer provođenja mjera i reformi na području RH. Nedostatak strateškog planiranja i detaljnih analiza s procjenom učinaka i rizika, kao i neozbiljni i nepromišljeni pristup kreiranju mjera za provedbu reforme, od samog početka nema niti temelja za postizanje uspjeha. Đulabić zaključuje kako „navedeni pristup pokazuje da nedostaje cjelovit pristup reformi javnog sektora koji bi taj sektor promatrao neovisno o pritiscima prema smanjenju javnih troškova. Smanjenje troškova može biti poticaj reformi, a ne cilj. Cilj reforme trebao bi biti povećanje kvalitete javnog sektora i javnih usluga koje taj sektor isporučuje javnosti.“³⁷

Obzirom da se na tehnikama i metodama novog javnog menadžmenta u Hrvatskoj izrazito inzistiralo, sljedeće poglavlje istražuje ovu doktrinu s teorijskog i praktičnog aspekta.

2.2. NOVI JAVNI MENADŽMENT

NJM je produkt ekonomske krize 1970.-ih i konzervativne neoliberalne ideologije procvjetao u anglosaksonskim zemljama (Novi Zeland, Velika Britanija, SAD, Australija, Kanada) koji je uz svesrdnu pomoć međunarodnih organizacija (Svjetska banka, *World Bank* - WB, Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj, *Organisation for Economic Co-operation and Development* – OECD i Međunarodni monetarni fond, *International Monetary Fund* – IMF) nametnut kao imperativ u tranzicijskim, a naročito postsocijalističkim zemljama koje su uvelike ovisile o donacijskim sredstvima međunarodne pomoći.³⁸ Zagovara smanjenje javne uprave te njenu orijentaciju na ekonomske vrijednosti modelom 3E (ekonomičnost, efikasnost,

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Zabranom zapošljavanja omogućena je primjena koncepta preraspodjele rada, što je u konačnici provedeno na način da često jedan radnik obavlja opseg poslova za dvojicu. Primjerice, u bolnicama godinama postoji deficit čistačica, međutim nakon preraspodjele rada sva nepopunjena radna mjesta 'pokrivena' su na način da se zaposlenicima povećao opseg posla. Teoretski govoreći ne čini se problematičnim, ali u praksi se susreću situacije gdje ljudi odlaze u mirovinu ili odlaze iz službe ili su na dugotrajnim bolovanjima pa kad se zbroji o koliko je nepopunjenih radnih mjesta riječ, dobije se trenutno stanje gdje jedna osoba obavlja poslove tri radna mjesta. Plaća naravno ostaje ista, a radnici se iscrpljuju prekomjernim radom, što opet rezultira bolovanjima, itd.

³⁷ Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, op. cit. str. 22.

³⁸ Za podrobniju analizu politike uvjetovanja v. kod Grabbe, H; *Europeanization Goes East: Power and Uncertainty in the EU Accession Process*, u: K. Featherstone, & C. Radaelli (Eds.), *The Politics of Europeanization*, Oxford University Press, Oxford, 2003.

efektivnost), pokušavajući je podvrgnuti djelovanju tržišta injektiranjem tehnika privatnog sektora i razvijanjem poduzetničkog načina razmišljanja (*mindset*) u javnom upravljanju.³⁹

2.2.1. Konceptualni *nasciturus*

Nakon 2. svjetskog rata uslijedilo je tzv. zlatno doba kapitalizma, obilježeno velikim gospodarskim rastom, širenjem socijalne države, ali i izrazitim bujanjem konzumerizma u zapadnim zemljama, zbog čega potrebe za naftom nikad nisu bile veće. S hladnim ratom i svemirskom utrkom u pozadini, stanje se zakompliciralo kada je SAD stao na stranu Izraela u Jomkipurskom ratu,⁴⁰ a zemlje Organizacije arapskih država izvoznica nafte (*Organization of Arab Petroleum Exporting Countries* - OAPEC) uvele naftni embargo kao odgovor. Cijene barela probile su sve granice što je bio direktan udar na globalnu ekonomiju s posljedicom stvaranja recesije. U takvom okruženju sve su glasniji zagovaratelji ideje o nužnosti mijenjanja klasične državne uprave i smanjenja „rastrošne“ socijalne države, a dominaciju u političkoj areni postižu izborom predsjednika Ronalda Reagana (SAD) i premijerke Margaret Thatcher (UK). Postavljena je agenda zakonsko-regulativne deregulacije u svrhu otklanjanja administrativno-birokratskih prepreka za olakšavanje poduzetničkih inicijativa, sveobuhvatne privatizacije državnih proizvodno-industrijskih kapaciteta i javnih usluga (školstvo, zdravstvo), temeljne infrastrukture (željeznice, autoceste) i prirodnih dobara (voda, šuma), a kao glavni akteri mesijanskih karakteristika javljaju se globalne korporacije, velike investicijsko-špekulativne banke, kreditne rejting agencije i nadnacionalne institucije poput IMF-a i Svjetske trgovinske organizacije (*World Trade Organization* - WTO).⁴¹

Međutim, kada govorimo o socijalnoj državi moramo imati na umu da na anglosaksonskom tlu s kojih dolaze ove inovativne ideje nikad nije ni bilo socijalne države u jednakom opsegu ili približnom smislu kao u Europi.⁴² Nakon II. svjetskog rata i socijalističke su zemlje ostvarivale

³⁹ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 167.

⁴⁰ Bogetić i Životić opisuju ove događaje na sljedeći način: „6. listopada 1973., nadajući se da će vratiti teritorij izgubljen od Izraela tijekom trećeg arapsko-izraelskog rata 1967. godine, egipatske i sirijske snage, uz potporu arapskih zemalja, pokrenule su koordinirani napad na Izrael na Dan pomirenja, najsvetiji dan u židovskom kalendaru. Iznenadivši izraelske obrambene snage, egipatske trupe uspjele su prodrijeti duboko na Sinajski poluotok, dok se Sirija borila da izbací okupacijske izraelske trupe s Golanskih visina. Izrael je uzvratí protunapadom i osvojio Golansku visoravan. Prekid vatre stupio je na snagu 25. listopada 1973. godine, nakon 2 tjedna i 5 dana trajanja.“ v. u Bogetić, D., Životić, A., *Jugoslavija i Arapsko-izraelski rat 1967.*, Institut za savremenu istoriju, Beograd, 2010.

⁴¹ Portal novosti, *Leksikon tranzicije – neoliberalizam*, dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/leksikon-tranzicije-neoliberalizam>, pristupljeno 10. srpnja 2024.

⁴² Prema Hrvatskoj enciklopediji, modeli socijalne države razlikuju se prema obimu i vrsti državne intervencije te načinu prikupljanja i raspodjele sredstava za socijalne svrhe, a najpoznatiju tipologiju razvija danski teoretičar Gøsta Esping-Andersen, koji razlikuje liberalnu, konzervativno-korporativističku i socijaldemokratsku socijalnu državu. Liberalna socijalna država (npr. SAD) pruža minimalnu pomoć najsiromašnijima, dok većina građana svoju dobrobit ostvaruje na tržištu. Konzervativno-korporativistička socijalna država (npr. Njemačka) temelji

zapaženi napredak (naročito SFRJ – Socijalistička Federativna Republika Jugoslavija)⁴³ što zapadnim zemljama nikako nije odgovaralo, posebice ako uzmemo u obzir Hladni rat kojim su se dva suprotstavljena bloka (kapitalistički i komunistički) borila za globalnu dominaciju. Ideja socijalne države prirodno inklinira socijalizmu, koliko god se stručnjaci ustručavali to nedvosmisleno reći. Ideološki, socijalizam počiva na temeljima uspostave društva na načelima socijalne pravednosti, pravednoj raspodjeli materijalnih i kulturnih dobara te jednakosti i međusobnoj solidarnosti pripadnika društva.⁴⁴ Socijalna država “ostvaruje ključnu ulogu u promicanju gospodarskog rasta, održanju socijalne sigurnosti građana te ispravljanju socijalnih nepravdi nastalih kao posljedica djelovanja tržišta, a smatra se posljednjom fazom u razvoju države - ona jamči političku i pravnu, ekonomsku i socijalnu sigurnost svega stanovništva, podrazumijeva proširenje državne ovlasti na osiguranje temeljne egzistencijalne sigurnosti i socijalne dobrobiti građana.”⁴⁵

Nakon II. svjetskog rata, u kapitalističkim i socijalističkim europskim državama dolazi do jačanja državne intervencije u ekonomskoj sferi te uspona sustava socijalne sigurnosti kroz tzv. kejnzijansku, redistributivnu državu. Ovo se može iščitati u povećanju udjela poreza i doprinosa u bruto društvenom proizvodu (BDP), a koji je u razvijenim europskim državama od početka 20. st. porastao s približnih 10% na gotovo 50% do kraja toga stoljeća.⁴⁶ Veliki gospodarski rast nakon II. svjetskog rata i posljedično širenje socijalne države istovremeno bilo obilježeno rastom konzumerizma u zapadnim zemljama. Upravo je konzumerizam, potaknut željom za stalnim povećanjem potrošnje, doveo do eksplozivnog rasta potražnje za naftom, što je postalo ključno za održavanje gospodarskog rasta. Međutim, kada je uveden embargo, cijene nafte su naglo skočile, a što je izazvalo ekonomsku recesiju. U takvom okruženju, kapitalistički fokus na potrošnju i rast doveo je do velikih ekonomskih pritisaka, što je otežalo financiranje

socijalne naknade na zaposlenju i plaćanju doprinosa, a naglašava obiteljski angažman žena. Socijaldemokratska socijalna država (karakteristična za skandinavske zemlje) promiče socijalnu jednakost i smanjuje ovisnost građana o tržištu. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje; *Socijalna država*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2013.-2024. <https://www.enciklopedija.hr/clanak/socijalna-drzava>. (Pristupljeno: 12. kolovoza 2024.).

⁴³ Napredak se očitovao u nizu pokazatelja – od broja izgrađenih škola i posljedičnog opismenjavanja stanovništva preko zdravstvene politike do izgradnje infrastrukture i sl. Ovome u prilog govori i činjenica da je Jugoslavija tokom Jomkipurskog rata pružila značajnu pomoć arapskim zemljama, što je osim vojne opreme (200 tenkova) uključivalo i slanje lijekova, sanitetskog materijala, krvne plazme te kirurških timova u Egipat i Siriju. Osim toga, SFRJ je bila jedna od ključnih osnivača Pokreta nesvrstanih, međunarodnog pokreta koji je nastao tijekom Hladnog rata s ciljem održavanja neutralnosti između dva dominantna bloka – SAD-om predvođenog Zapada i Istoka pod vodstvom Sovjetskog Saveza. Kroz svoje političko djelovanje, Jugoslavija je težila očuvanju svoje nezavisnosti i suvereniteta, balansirajući između velikih sila te promovirajući globalni mir i suradnju među novonastalim, dekoloniziranim državama. Svime navedenim, SFRJ se visoko pozicionirala na globalnoj političkoj sceni u vrlo kratkom vremenu nakon II. svjetskog rata.

⁴⁴ Proleksis enciklopedija, mrežno izdanje; *Socijalizam*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2010.-2021. <https://proleksis.lzmk.hr/naslovnica/>. (Pristupljeno 12. kolovoza 2024.).

⁴⁵ Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje; *Socijalna država*. op. cit.

⁴⁶ *Ibid.*

socijalnih programa. Na taj način, konzumerizam, kao sastavni dio kapitalizma, doprinio je ekonomskoj krizi koja je destabilizirala kapitalističku, liberalnu socijalnu državu. Povećanje cijena nafte na svjetskom tržištu dovelo je do rasta troškova energije te posljedično inflacije. Veoma je važno istaknuti da su posljedice ove krize doživjele i države koje nisu sudjelovale u njenom uzroku, poput socijalističke Jugoslavije. Naftni embargo bio je usmjeren prema državama koje su pružale podršku Izraelu, poput SAD-a i nekoliko zapadnoeuropskih zemalja. SFRJ, koja je bila jedan od osnivača i glavnih aktera Pokreta nesvrstanih te imala bliske odnose s arapskim zemljama, nije bila cilj tog embarga. Međutim, Jugoslavija je kao i mnoge druge zemlje osjetila neizravne posljedice globalne krize koja je uslijedila.⁴⁷

Promatranjem navedenih okolnosti razjašnjavaju se bitne činjenice o zahtjevima za smanjenjem socijalne države – naime, liberalna “socijalna” država pokazuje se inherentno nesposobnom u spajanju dvije oprečnosti (kapitalizam i socijalna osjetljivost), a problematika “rastrošnosti” dolazi upravo od kapitalističkih, konzumerističko usmjerenih država. Narativ o potrebi nametanja neoliberalnih politika postsocijalističkim zemljama tako je u direktnoj suprotnosti s realnim pokazateljima uzroka same krize obzirom da su ju prouzročile upravo neoliberalne zemlje. Sanacija štete koja je zamišljena još intenzivnijim nametanjem upravo ovih tekovina graniči s pitanjem zdravog razuma. No, zbrojivši katastrofalnu globalnu krizu koju su prouzročile s činjenicom da se jugoslavenski socijalizam pokazao kao izrazito ravnopravan oponent, uz dodatak poraza u svemirskom programu od strane SSSR, te uz dodatni element potpunog nerazumijevanja ideje Pokreta nesvrstanih,⁴⁸ razumljivo je da su se zapadne zemlje osjetile ugroženima u svojim temeljima individualističkog duha i poduzetničke slobode. Navedeno ujedno i odgovara na pitanje zašto se toliko inzistiralo na uvođenju štetnih neoliberalnih politika u postsocijalističke zemlje.

2.2.2 Seciranje modela i pregled učinaka

Koncept novog javnog menadžmenta je heterogen i obuhvaća više ideja i mjera, stoga se ne može reći da postoji jedinstveni model,⁴⁹ a Prema Perko-Šeparović razlikujemo tri modela reformi unutar okvira NJM: britanski (usmjeren na privatizaciju i tržište), švedski (zagovara upravljanje putem rezultata) i nizozemsko-danski (orijentiran na devoluciju/decentralizaciju

⁴⁷ Bogetić, D., Životić, A., *Jugoslavija i Arapsko-izraelski rat 1967.*, Institut za savremenu istoriju, Beograd, 2010.

⁴⁸ Upravo je J. B. Tito bio najglasniji u odricanju shvaćanja kako nesvrstani favoriziraju komunističke zemlje jer temelj nesvrstanoosti leži upravo u ideji izostanka inklinacije prema ijednom od dva svjetska bloka.

⁴⁹ Manojlović, R., *Danski model novog javnog menadžmenta - može li poslužiti kao uzor Hrvatskoj*, Hrvatska i komparativna javna uprava: časopis za teoriju i praksu javne uprave 10 (4), 2010. str. 963.

kao mehanizam regulacije).⁵⁰ U Hrvatskoj su primijenjivani koncepti britanskog modela te se dalje obrazlaže zahvate tipične za navedeni model. Korištene mjere, procesi i tehnike mogu se razlučiti u 4 kategorije: strukturalne, personalne, funkcionalne i ostale (socijalne, političke, financijske).⁵¹

Strukturalne mjere obuhvaćaju opće smanjenje javnog sektora (uz kauzalno povećanje neprofitnog), privatizaciju javnih poduzeća i javnih službi te rastakanje integracijskih veza unutar samog sustava javne uprave čime se želi razlomiti hijerarhijsku strukturu (naročito kroz agencifikaciju). Ideja je razdvajanje *policy* odjela i izvršnih agencija tako da se razbije velike državne upravne organizacije i stvori veći broj malih agencija i drugih subjekata koji bi bili visoko autonomni, usmjereni na specifične zadatke, fleksibilni i povezani što manje vertikalno, a što više horizontalno. Ciljni učinci ovih zahvata pretpostavljaju smanjenje javnih troškova, proširivanje prostora za djelovanje tržišta, stimulaciju privatnog poduzetništva te smanjenje ukupnog značaja javne uprave. U praksi se, međutim, isprofilirao čitav niz raznih negativnih učinaka poput zamućivanja linija odgovornosti, smanjivanja transparentnosti, neetičnog ponašanja, zloupotrebe položaja, korupcije, teškoće u koordinaciji upravnog sustava, nepovezanost, preklapanje i udvostručenje poslova itd. Obzirom da je u Hrvatskoj primijenjen britanski model NJM, nalazi se potrebnim spomenuti kuriozitet kako su za vrijeme konzervativnih vlada koje su najglasnije zagovarale primjenu NJM zbog potrebe smanjenja troškova uprave, u razdoblju od 1979. do 1994. javni troškovi Velike Britanije zapravo znatno rasli.⁵²

Funkcionalne mjere bazirane su na unošenju što više elemenata tržišnog poslovanja u javnu upravu, pa tako i notorne „nevidljive ruke.“⁵³ Spomenuti elementi podrazumijevaju naplaćivanje realnih cijena javnih usluga i proizvoda, povjeravanje obavljanja javnih službi privatnim subjektima izabраних natječajem, uvođenje interne naplate i tržišta među izdvojenim i osamostaljenim organizacijama javnog sektora. Glavna je odlika opća težnja prema deregulaciji, upravne se procedure odbacuju kao uglavnom nepotrebna ograničenja, naglašava se vrijednost rezultata, a menadžerima se daje sve veća autonomija u pogledu odlučivanja o financijama i osoblju. Ovim mjerama mijenja se, u manjem ili većem opsegu, sve tradicionalne metode upravnog djelovanja, a očekivani je cilj korak naprijed u razvoju upravnih metoda,

⁵⁰ Perko-Šeparović, I., *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, op. cit. str. 75.

⁵¹ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 350-355.

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Invisible hand* je metafora koju je 1759. skovao Adam Smith, škotski ekonomist i etičar. U svojoj knjizi *The Theory of Moral Sentiments* koristeći se navedenim izrazom predočava kako pojedinac djelovanjem u vlastitom interesu stvara nenamjeravanu općedruštvenu korist, a iza nevidljive ruke stoji ni više ni manje nego - božja providnost.

naglasak na kvalitetu i izvrsnost. Realni učinci ovih poteza također su postigli zapažene negativne rezultate – povećanje javnih troškova, slabo ili nikakvo povećanje efikasnosti i efektivnosti uprave, probleme pregovaranja i upravljanja ugovorima, zanemarivanje procedura o kojima ovisi ostvarivanje prava građana te pojavu izrazito zanimljivog deregulacijskog paradoksa⁵⁴ gdje se smanjenjem broja i obuhvata propisa posljedično uzrokuje intenzivniju regulaciju.⁵⁵

Personalne mjere usmjerene su prema smanjivanju broja upravnih službenika i općenito slabljenja njihova položaja u političko-upravnom sustavu. Smatra se poželjnim zapošljavanje osoba s iskustvom rada u privatnom sektoru kako bi u upravu unijeli menadžerska znanja. Služba se vremenski ograničava, smanjuje se snaga kolektivnog pregovaranja, povećava se autonomija javnih menadžera u odnosu na statusna prava službenika, a plaće bi trebale biti u skladu s postignutim rezultatima i ocjenama uspješnosti službenika. Zabilježene negativne posljedice ovih mjera uključuju političke/ideološke pritiske na službenike, njihovo otpuštanje, smanjivanje plaća (osim za visoko pozicionirane i javne menadžere, njihove plaće rastu), odljev kvalitetnih službenika u privatni sektor gdje su bolje plaće, izrazite nejednakosti među organizacijama zbog prevelikog prostora diskrecijskog odlučivanja rukovodećih, pristrano ocjenjivanje službenika te posljedično pad radnog morala, smanjivanje efikasnosti i ekonomičnosti.⁵⁶

Ostale mjere promotrene kroz postignute učinke također ne izazivaju opće oduševljenje. Naime, socijalni učinci menadžerskih mjera dovode do povećane nezaposlenosti, siromaštva, društvenih podjela, kriminala itd. U općedruštvenom smislu dolazi do reafirmacije kapitalističkog društva u kojem viši slojevi menadžerskim reformama opravdavaju i legitimiraju svoje odbijanje da snose teret društvene solidarnosti, dok su niži slojevi pogođeni samim reduciranjem socijalnih programa te nižim plaćama. Politički učinci ogledaju se kroz pojavu demokratskog deficita slabljenjem mogućnosti demokratskog nadzora nad autonomnim upravnim organizacijama i obavljanju javnih poslova u čitavom spektru raznih kombinacija kojima dio djelatnosti i formalno prelazi u privatni sektor te se nalazi izvan dosega kontrole, dok javni sektor postaje netransparentan i nesagledljiv građanima. Financijski učinci postigli su pak povećanje javnih troškova umjesto obećavanog smanjenja. Zamijećene su promjene u

⁵⁴ Reregulacija je tako direktna posljedica gomilanja pravila i propisa u postupku *ex ante* autorizacije agencija te *ex post* kontrole, kao i uvođenja brojnih menadžerskih tehnika kao što su tehnike menadžmenta usmjerenog na postizanje ciljeva i rezultata, nadzor izvršenja i slične. Za više o ovome v. Christensen, T. & Lægreid, P. *The Challenge of Coordination in Central Government Organizations: The Norwegian Case*, Public Organization Review, 8, 2008.

⁵⁵ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 350-355.

⁵⁶ *Ibid.*

strukturi troškova, na način da se npr. zagradi u socijalne programe te rasporedi drugim sektorima.⁵⁷ Ovo je zanimljivo pratiti na globalnoj razini kroz npr. javne politike kontinuiranog naoružavanja zbog potencijalnih terorističkih napada u SAD-u, ali i uvođenje ezoteričnih „hibridnih ugroza“ u javni diskurs u nacionalnim okvirima.⁵⁸

2.2.3. *Fallaciae logicae*

Reakcija na izrazito negativne rezultate NJM javila se 1990.-ih u obliku koncepta dobrog upravljanja (*good governance* - GG) koji ističe važnost načela otvorenosti, participacije, odgovornosti, djelotvornosti i koherentnosti. Doktrina je stekla na popularnosti promoviranjem od strane OUN-a i EU te drugih međunarodnih organizacija (OECD, WB, IMF). Cijeni se uloga građana i civilnog društva, transparentnost, legitimitet, ljudska prava, kvaliteta javnih usluga, informatizacija i bolje upravljanje resursima, a EU posebno naglašava potrebu jačanja upravnih kapaciteta⁵⁹ kao preduvjet za sposobnost dobrog upravljanja.⁶⁰

Zanimljivo je primijetiti da iako su razorni efekti NJM bili dovoljno poznati da bi se već 1990.-ih počelo sa sanacijskim zahvatima u okviru GG na svjetskoj razini, u Hrvatskoj tek slijedi forsiranje primjene prethodno opisanih tehnika i mjera NJM. Domaći stručnjaci su upozoravali na krajnje negativne rezultate provođenja ove doktrine i savjetovali pojačani oprez,⁶¹ no u državi se već ustalila praksa neprihvatanja znanstvenih analiza ako su u nesuglasju s planovima

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ V. primjerice članak na portalu Dnevnik.hr. iz 2017. godine o tzv. hibridnom ratu: *Krstićević govorio o hibridnom ratu, ali odbio odgovoriti na pitanje: "Tko nas napada?"* <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/damir-krsticevic-govorilo-o-hibridnom-ratu>. (Pristupljeno: 12. kolovoza 2024.).

⁵⁹ Pojam upravnog kapaciteta (*administrative capacity*) profilira se sredinom 1990.-ih godina tijekom pregovora o pristupanju tranzicijskih zemalja u EU. Uz političko-demokratski i ekonomski kriterij uveden je dodatni institucionalni kriterij koji se odnosi na sposobnost institucija (osobito pravosuđa i javne uprave) da učinkovito provode pravnu stečevinu EU-a, kao odgovor na problem implementacijskog deficita, karakterističnog za sve tranzicijske zemlje. Preporuke Europske komisije 1997. godine odnosile su se i na potrebu općeg razvoja upravnih sustava zemalja, uz upravnu sposobnost usvajanja specifičnih elemenata *acquisa*. Upravne kapacitete preciznije je formulirala SIGMA (*Support for Improvement in Governance and Management*), zajednička inicijativa OECD-a i Europske unije stvorena 1992. godine kako bi pomogla zemljama srednje i istočne Europe u njihovim nastojanjima da reformiraju svoje javne uprave. Programom ocjenjivanja SIGMA pokriva sljedeća područja: pravnu regulaciju upravnih službenika i upravnog postupanja, upravljanje javnim rashodima, javne nabave, unutarnju financijsku kontrolu u javnom sektoru, vanjsku reviziju i sustav javnog poštenja. Cilj je da se upravni sustavi zemalja kandidatkinja razvijaju prema određenim standardima, a povezano s tim pojavljuje se ideja o nastajanju europskog upravnog prostora kao standarda javne uprave. O ovome v. više u Giljević, T. *Upravni kapacitet hrvatskih ministarstava: između profesionalizacije i politizacije*, Zagrebačka pravna revija 4 (2), 2015.

⁶⁰ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 13.

⁶¹ Primjerice, 11. lipnja 2014. održan je 7. forum za javnu upravu pod nazivom „Od javnog prema privatnom? Privatizacija i outsourcing javnih usluga“ u organizaciji Instituta za javnu upravu, u suradnji sa Zakladom Friedrich Ebert. U svojem uvodnom izlaganju prof. dr. sc. Vedran Đulabić s Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu izlagao je na temu „Primjena tržišnih mehanizama u javnoj upravi – mogućnosti i rizici“ u kojem upozorava na prethodno utvrđene negativne eksternalije i čitav spektar razornih učinaka NJM te nudi neka praktična rješenja i preporuke za postupanje. Na forum su bili pozvani prisustvovati i predstavnici državne uprave da daju svoj komentar, međutim nitko se nije odazvao.

političke elite na pozicijama moći. Hrvatska je svjesno krenula u primjenu metoda koje su se prethodno pokazale razornima čak i za državne sile poput Ujedinjenog kraljevstva. Ovdje se dodatno nameće sljedeće pitanje - ako je već zbog uvjetovanja vanjske politike Hrvatska morala krenuti s implementacijom tehnika NJM, zašto se nije krenulo smjerom švedskog modela?

Prema Perko Šeparović, Švedska je reforme novog javnog menadžmenta prilagodila svojim potrebama te je kao temelj za postizanje efikasnosti javnog sektora uzela metodu upravljanja putem rezultata, model razvijen 1970.-ih i 1980.-ih u članicama OECD-a i naročito skandinavskim zemljama. Menadžment putem rezultata predstavlja oblik modernizacije koji naglašava ishode javnih politika kroz korake utvrđivanja ciljeva i vrijednosti organizacije, provođenje ciljeva u operativne planove, izradu mjerila za izvođenje i provedbu nadzora te *feedback*. Navedeni procesi rezultiraju boljim planiranjem, mjerenjem, izvještavanjem, komunikacijom i motivacijom službenika. Kao slabosti ovog modela navode se kratkoročna orijentacija na ciljeve i zanemarivanje održavanja organizacije, ali je Švedska tome doskočila uz pomoć obaveznog upravljanja kakvoćom, gdje se traži ravnoteža između vanjskih zahtjeva i raspoloživih resursa kako bi se postiglo zadovoljstvo korisnika. Veća efikasnost i bolja kvaliteta javnih službi osigurava se povratnom informacijom od građana i njihovom participacijom. Javili su se i novi zahtjevi za razvijanje sustava kvalitete na radnim mjestima te stoga svaka organizacija ima zadaću utvrditi koja su očekivanja i zahtjevi njenih korisnika. Upravljanje putem rezultata također jača lokalne jedinice potičući ih na upravljanje svojim djelovanjem na način da definiraju ciljeve koje trebaju postići i zatim mjere svoje rezultate. Lokalna samouprava Švedske iskazuje rezultate upravljanja kakvoćom u službama skrbi za djecu i starije, obrazovanju i socijalnoj skrbi, a potreba za time se temelji na činjenici da je riječ o službama koje su izravnom kontaktu s korisnicima. Švedska se smatra državom koja pruža najveća socijalna prava na svijetu, a opisani model upravljanja putem rezultata razvila je na temelju socijaldemokratskih vrijednosnih orijentacija.⁶²

Slijedom navedenog, ne začuđuje činjenica da model kao takav nije nametan tranzicijskim zemljama od strane ranije spomenutih „dobronamjernih“ donatora čija je glavna teza da je upravo ideja socijalne države generator loših ekonomskih praksi i koncept koji svakako treba odbaciti ne bi li nastupilo pravo blagostanje u tzv. minimalnoj državi. Nastavno tome, valja primijetiti da kada vanjska politika uvjetuje smjer razvoja neke zemlje na način da joj direktno

⁶² Perko-Šeparović, I., *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, op. cit. str. 119-120.

diktira interne javne politike suprotno dobrobiti njenih državljana, onda čak i samu ideju demokracije i neovisnosti treba uzeti s rezervom.

2.3. NOVE KONCEPCIJE U JAVNOM UPRAVLJANJU

Kao što je prethodno navedeno, doktrina dobrog upravljanja nastala je na prijelazu iz 20. u 21. stoljeće te je predstavljala odgovor na katastrofalne učinke novog javnog menadžmenta. Konceptualne temelje i ovoga su puta postavile nadnacionalne organizacije (UN, WB, OECD), dok je Europska unija ideju odvela korak dalje razrađivši detalje u svojoj Bijeloj knjizi 2001. godine.⁶³ Tako Europska komisija u navedenom dokumentu postavlja smjernice za razvoj javne uprave prema ključnim načelima otvorenosti, participacije, odgovornosti, djelotvornosti i koherentnosti, a koja su u službi viših načela proporcionalnosti i supsidijarnosti. Inzistira se na javnom upravljanju s povećanom demokratičnošću i boljom učinkovitošću kroz otvorenost, odgovornost, transparentnost, koherentnost javnih politika i njihovo utemeljenje na konsenzusu, promicanje jednakosti i inkluzivnosti kroz poticanje uključivanja ranjivih skupina društva, itd. Prema Koprić *et al.*, građane se umjesto konzumentima, sada smatra partnerima u radu uprave pa su kao takvi ujedno i suodgovorni za rezultate upravne djelatnosti.⁶⁴

Dok su neki domaći stručnjaci (npr. Lozina, Klarić)⁶⁵ skloni bezrezervnom prihvatanju noviteta, kod Perko Šeparović nailazimo na ponešto kritičniji pristup – ona zamjećuje da i ova

⁶³ Bijele knjige Europske komisije dokumenti su koji sadrže prijedloge za djelovanje Europske unije u određenom području. U nekim slučajevima one slijede Zelene knjige, koje se objavljuju radi pokretanja procesa savjetovanja na razini EU-a. Svrha je Bijele knjige pokretanje rasprave s javnošću, dionicima, Europskim parlamentom i Vijećem u cilju postizanja političkog konsenzusa, a obavljaju se na internetskom portalu Komisije „Iznesite svoje mišljenje” https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say_en. Trenutno ažurne Bijele knjige (Bijela knjiga o budućnosti Europe, Bijela knjiga o o uspostavi jednakih uvjeta na tržištu u pogledu stranih subvencija i Bijela knjiga o umjetnoj inteligenciji) dostupne su na više jezika na službenim internet stranicama EU, na sljedećoj poveznici: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=LEGISSUM:white_paper, dok se na hrvatskom jeziku mogu dohvatiti i preko web stranice Hrvatskog sabora, putem tražilice na poveznici: <https://www.sabor.hr/hr/europski-poslovi/postupanje-s-dokumentima-eu>.

⁶⁴ Ovo je vrlo zanimljiva postavka ako gledamo kroz prizmu upravnog prava. Naime, država kao apstraktni subjekt u svojem nastupu prema pojedincu djeluje autoritarno prvenstveno iz jednostavnog razloga što uopće nije riječ o usporedivim razinama. Kao korektiv ove neravnoteže u jednakosti odnosa koristi se Zakon o općem upravnom postupku (ZUP), skup pravnih normi koji služe kao osnova zaštite pojedinca pred samovoljom države, ili blaže rečeno – pred širokim diskrecijskim ovlastima koje država pridržava unutar svojeg identiteta, a kada odlučuje o pravima ili obvezama tih pojedinaca. Ako opisano uzmemo kao svojevrsni aksiom, možemo izvesti zaključak da ovaj moderni odnos u kojem se građani imaju smatrati suodgovornima za rad uprave ponovno uvodi neravnotežu u odnosu država – građanin. Naime, država i u današnjem, modernom obliku je još uvijek moćniji apstraktno-kolektivni subjekt nasuprot građanina pojedinca pa se očekivano recipročno snošenje odgovornosti pojedinca u ovom suodnosu (u kojem je već izvorno potreban korektiv) ne može smatrati logičnim. Ovo će se dodatno elaborirati kasnije kroz primjer javnozdravstvenih politika.

⁶⁵ Prema Lozini i Klariću ideal doktrine dobre uprave usmjeren je u prvom redu prema stvaranju takve uprave koja će na „optimalan način zadovoljavati one društvene potrebe, koje su pretpostavka za uravnotežen razvoj suvremenog društva” – v. Lozina, D; Klarić M. „Dobra uprava” kao upravna doktrina u Europskoj uniji, Pravni

doktrina preuzima oblik i strategiju političkog uvjetovanja kao i NJM,⁶⁶ što je svakako razumljivo ako uzmemo u obzir da je riječ o istim protagonistima i činjenici da je i sama ideja javnog menadžmenta uopće zapravo originalna komponenta javne uprave anglosaksonskih zemalja (naročito SAD-a), a koja se izrazito razlikuje od kontinentalno-europskog pravnog shvaćanja. Naime, za razliku od europskog kontinenta koji pridržava ideju pravne države s jasno definiranim pojmom javne službe, anglosaksonske zemlje nemaju jasan koncept države niti njena odnosa prema društvu, iz čega nužno proizlazi mnogo uže shvaćanje javnih funkcija *per se*, a koje se uglavnom ne podvrgavaju posebnom pravnom režimu.⁶⁷ Tako iako GG doktrina nastaje kao odgovor na rezultate NJM, ona ne predstavlja ideološki, vrijednosni odmak od neoliberalnih politika jer niti ova doktrina ne teži napuštanju zahtjeva o povećanju efikasnosti i učinkovitosti uprave kroz razne koncepcijski nejasne fleksibilnosti sustava već ih samo nadograđuje kroz raznovrsne modele demokratizacije odnosa (npr. *policy* pristup, specijalizacija, informatizacija).⁶⁸

2.3.1. Neoweberijanska država

Nastavno pojavi GG, u Europi se pronalaze i elementi doktrine neoweberijanske države (*Neo-Weberian State*, NWS). Za nastanak ove doktrine na idejnoj razini, zaslužni su Christopher Pollitt i Geert Bouckaert koji su svome djelu „*Public Management Reform: A Comparative Analysis*” u izdanju iz 2004. godine predstavili predmetni pojam u znanstvenim i stručnim krugovima. Ova doktrina je usmjerena ka modernizaciji javnih uprava stabilnih europskih demokratskih zemalja s izraženom državom blagostanja, da bi se ojačale vrijednosti profesionalizma, efikasnosti i orijentacije prema građanima (*citizen-friendly*).⁶⁹ Ona se oslanja na idealtip monokratske birokracije Maxa Webera te joj dodaje neke nove (*neo*) elemente, kao što su odazivnost, konzultiranje građana i orijentacija prema rezultatima.⁷⁰ Prema Lugar,⁷¹

vjesnik: časopis za pravne i društvene znanosti Pravnog fakulteta Sveučilišta JJ Strossmayera u Osijeku, 28 (2), 2012.

⁶⁶ Perko-Šeparović, I., *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, op.cit. str. 142.

⁶⁷ Lalić Novak, G., Marčetić, G., Đurman, P., Lopižić, I., Manojlović, R., Džinić, J., & Škarica, M. *Komparativna javna uprava - nastavni materijali*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2015.

⁶⁸ Ovo je naročito vidljivo na primjeru korištenja pojma vladavine prava. Vladavina prava nije vladavina putem prava, ona je politički ideal, demokratska vrijednost i predstavlja metapравnu, izvanpravnu doktrinu koncept koji je nastao u anglosaksonskom pravnom krugu. Više o ovome v. u Koprić, I; et al. *Upravna znanost: Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, str. 22.

⁶⁹ Koprić, I., Musa, A., Lalić Novak, G., *Europski upravni prostor*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2012. str. 129.

⁷⁰ Pollitt, C., Bouckaert, G., *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, Oxford University Press, Oxford, 2011. str. 48.

⁷¹ Lugar, M., *Suvremene perspektive doktrine neoweberijanske države*, Specijalistički završni rad (Specijalistički diplomski stručni), Veleučilište s pravom javnosti Baltazar Zapešić, Zapešić, 2022. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:129:809093>, pristupljeno 02.08.2024.

ključni poticaj koji je oblikovao doktrinu neoweberijanske države bilo je održavanje konferencije *First Trans-European Dialogue* (TED) 2008. godine, koju je na Tallinskom tehnološkom sveučilištu ugostio profesor Wolfgang Drechsler, a na kojoj su sudjelovali Europska grupa za javnu upravu (*European Group for Public Administration*, EGPA) i Mreža instituta i visokih učilišta za javnu upravu u Središnjoj i Istočnoj Europi (*Network of Institutes and Schools of Public Administration in Central and Eastern Europe*, NISPAcee), a čiji je zbornik radova zatim tiskan u posebnom izdanju NISPAcee revije za javnu upravu, pod nazivom „Karakteristični europski model? Neoweberijanska država.“ Ha-Joon Chang u svom radu „*Kicking Away The Ladder*“ na temelju pažljive obrade studija javnih politika zaključuje kako je činjenica da neoliberalne reforme nisu uspjele isporučiti svoje ključno obećanje ekonomskog rasta te da su zemlje u razvoju ekonomski rasle bolje pod „lošim“ politikama u razdoblju od 1960. do 1980. godine.⁷² Drechsler provodi sintezu rasprava o izravnoj korelaciji između administrativnog kapaciteta i razvoja zemlje te ih povezuje s rezultatima istraživanja Evansa i Raucha iz 1999. godine,⁷³ a iz kojih proizlazi da weberijanska obilježja javne uprave značajno pospješuju izgleda za ekonomski rast, te zaključuje da weberijanski model sa svim svojim slabostima i dalje predstavlja najbolji model koji postoji.⁷⁴

Pollitt i Bouckaert⁷⁵ definirali su nekoliko ključnih karakteristika neoweberijanske države, među kojima su:

- reafirmacija uloge države kao glavnog generatora rješenja suvremenih problema (globalizacija, tehnološke promjene, demografske izmjene, ekološke prijetnje)
- reafirmacija uloge predstavničke demokracije (nacionalna, regionalna, lokalna) kao legitimacijskog elementa unutar državnog aparata

⁷² Chang, H. J; *Kicking away the Ladder: Development Strategy in Historical Perspective*, Anthem Press, London, 2002.

⁷³ P. Evans i J. E. Rauch proveli su istraživanje o ekonomskom rastu 35 zemalja u razvoju u razdoblju od 1970. do 1990. godine. U ispitivanju su koristili „ljestvicu weberijanstva“ (eng. *Weberianness Scale*) koja se temelji na klasičnim weberijanskim obilježjima službe i položaja službenika. Autori zaključuju kako bi weberijanska obilježja trebala postati bitni faktor u općem modelu ekonomskog rasta te kako bi donositelji politika trebali posvetiti više pažnje izgradnji bolje uprave. V. više u Evans, P., & Rauch, J. E., *Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the Effects of "Weberian" State Structures on Economic Growth*, *American Sociological Review*, 1999. 64 (5).

⁷⁴ Drechsler, W; *The Re-Emergence of "Weberian" Public Administration after the Fall of New Public Management: The Central and Eastern European Perspective*, *Halduskultuur*, (6)O 2005. str. 97-103.

⁷⁵ Pollitt, C., Bouckaert, G., *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, op. cit. str. 118-119.

- reafirmacija uloge upravnog prava s očuvanjem temeljnih načela u odnosima građana i države (jednakost pred zakonom, pravna sigurnost i dostupnost specijalizirane pravne zaštite)
- očuvanje ideje javne službe s posebnim statusom, kulturom, a donekle i pravilima i uvjetima službe.

Doktrina neoweberijanske države se usmjerava prema vanjskim perspektivama, uključujući zadovoljavanje potreba građana. Umjesto oslanjanja isključivo na tržišne mehanizme, ova doktrina zagovara stvaranje profesionalne kulture kvalitete i uslužnosti unutar javne uprave. Unutar vlasti se naglašava potreba za modernizacijom pravnog okvira i upravljanja resursima, s ciljem postizanja rezultata, a ne samo pridržavanja procedura. Time se postiže ravnoteža između *ex ante* i *ex post* kontrole, pri čemu se naglasak stavlja na prevenciju i osiguranje rezultata. Navedene karakteristike naglašavaju važnost modernizacije i prilagodbe klasičnih weberijanskih elemenata kako bi se zadovoljili zahtjevi suvremenog društva, istovremeno zadržavajući osnovne principe javne uprave.⁷⁶

⁷⁶ *Ibid.*

3. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE

Hrvatska je Ustavom definirana kao socijalna država⁷⁷ te se ovim najvišim pravnim aktom također jamči i pravo na zdravstvenu zaštitu, u skladu sa zakonima.⁷⁸ Zdravstveni se sustav temelji na širokoj zakonodavnoj regulativi,⁷⁹ a jezgru čine Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakon o zaštiti prava pacijenata.⁸⁰ Ravnopravnost u pristupu sredstvima za odražavanje ili poboljšanje zdravlja, pravednost u raspodjeli tih sredstava i solidarnost među socijalnim skupinama i generacijama temeljne su vrijednosti na kojima počiva zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Uzimajući u obzir ustavni okvir uređenja Hrvatske kao socijalne države, zdravstveni sustav teži realizaciji koncepata sveobuhvatnosti (uključenost cjelokupnog stanovništva u uspješno i zakonu sukladno provođenje mjera zdravstvene zaštite), kontinuiranosti (pružanje zdravstvene zaštite u svim životnim fazama čovjeka) i dostupnosti (uspostavljanje široke mreže zdravstvenih ustanova kako bi se svakom članu društva omogućio jednostavan pristup svim potrebnim uslugama zdravstva).⁸¹

Financiranje zdravstvenog sustava je kompleksno pitanje, na koje se nude odgovori u obliku različitih modela, a tri su osnovna⁸² načina financiranja:

- tržišni model s privatnim financiranjem temeljenim na zasadima kapitalističkog društva,
- Beveridgeov model nacionalne zdravstvene službe u kojem se zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani, i
- Bismarkov model obveznog zdravstvenog osiguranja koji funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti.⁸³

⁷⁷ Ustav Republike Hrvatske (URH, NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14), čl.1/1.

⁷⁸ URH, čl.59.

⁷⁹ Detaljni popis legislative dostupan je pri web stranicama Ministarstva zdravstva, na sljedećoj poveznici: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/zakoni>, dok se dodatni podzakonski akti i politike javnog zdravstva mogu naći na web stranicama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/>).

⁸⁰ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23; Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23; Zakon o zaštiti prava pacijenata NN 169/04, 37/08.

⁸¹ Babić, S., Borovečki, A., Brborović, O., Durut Beslač, D., Džakula, A., Grba-Bujević, M., Gvozdanović, D., Ivičević Uhernik, A., Josipović, I., Jureša, V., *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*, Šogorić, S. (ur.), Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

⁸² U literaturi se nekad može naći i na četvrti model koji se primjenjivao u bivšim komunističkim državama poput Sovjetskog saveza ili Čehoslovačke, nazivan Semaško modelom. Hrvatska nikad nije bila u dosegu ovog modela zbog svojeg specifičnog jugoslavenskog društvenog razvoja, a koji se odmaknuo od staljinizma.

⁸³ Kovač, N; *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, Ekonomski vjesnik, 2013., 26 (2), str. 553.

U Hrvatskoj se kroz povijest koristio Bismarkov model, a koji u novije vrijeme sadrži i neke druge elemente poput privatnog financiranja iz dobrovoljnih programa osiguranja ili sustava neposrednog plaćanja pa govorimo o miješanom modelu.⁸⁴

Od 1960.-ih do 1990.-ih godina zdravstveni sustav i zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj imali su sljedeća obilježja – temeljili su se na samoupravnim principima, bili su planski, netržišni, a središte zdravstvenog sustava bile su zdravstvene ustanove primarne razine.⁸⁵ Specifičnost jugoslavenskog sustava zdravstva je u nekim svojim karakteristikama smatrana avangardom, naročito nakon državnog raskida sa staljinizmom i formiranja vlastitog oblika socijalističkog samoupravljanja. Razvoj zdravstvenog sustava u socijalističkoj Jugoslaviji bio je zasnovan na iskustvima stečenim u ratnim uvjetima (što je pružilo izuzetnu bazu za razvoj suzbijanja zaraznih bolesti kroz preventivnu djelatnost te razvoj i proizvodnju vakcina) i u okvirima obespravljenosti radničke klase, odnosno izraženim nejednakostima u društvu, stoga je temelj postavljen upravo na ideji zdravstvene zaštite dostupne svima. Štamparov koncept provođenja prvenstveno kroz ustanove primarne zdravstvene zaštite u zajednici i danas stoji kao osnova čitavog sustava.⁸⁶

Zdravstvena se zaštita 1950.-ih intenzivno razvijala te je do 1979. godine zdravstvenim osiguranjem pokriveno 85% stanovništva Jugoslavije,⁸⁷ a do 1988. godine formirano ukupno

⁸⁴ V. više u „Zbirka revizija - Javno zdravstvo, prosinac 2019.“ Kontakti odbora vrhovnih revizijskih institucija Europske unije, dostupno na: <https://www.eca.europa.eu/sites/cc/Lists/>. Revizijska izvješća objavljena su u razdoblju 2014. – 2019.

⁸⁵ Babić, S; et al. *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*, op. cit.

⁸⁶ Web stranica Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar (<https://www.stampar.hr/>), donosi pregled impozantne biografije dr. Andrije Štampara: “ravnatelj Škole narodnoga zdravlja u Zagrebu, dekan Medicinskoga fakulteta, rektor Sveučilišta u Zagrebu, predsjednik Jugoslavenske akademije znanosti i umjetnosti - JAZU od 1947. do 1958. te osnivač Instituta za higijenu rada. 1946. bio je izabran za prvoga potpredsjednika Ekonomsko-socijalnog vijeća UN-a te za predsjednika Privremene (Interimne) komisije, koja je do ratifikacije Ustava Svjetske zdravstvene organizacije (čiji je i autor) obavljala dužnost te organizacije. Predsjedao je i prvoj Svjetskoj zdravstvenoj skupštini Svjetske zdravstvene organizacije u Ženevi 1948., nakon čega je kao izaslanik WHO proučavao javno zdravstvo i medicinsko školstvo u Afganistanu, Egiptu, Sudanu i Etiopiji. No ono što dr. Andriju Štampara čini izuzetnim stručnjakom, ne samo u području zdravstva nego i u civilizacijskom smislu, je ojačavanje i promoviranje preventivne medicine i njenog iznimnog značaja u unaprjeđenju zdravlja cjelokupne populacije. Još 1926. godine osmislio je deset načela na kojima se treba osnivati rad i organizacija zdravstvene službe: 1) važnije je obavješćavanje naroda od zakona; 2) najvažnije je pripremiti teren u jednoj sredini i pravilno shvaćanje o zdravstvenim pitanjima; 3) pitanje narodnog zdravlja i rad na njegovom unapređenju nije monopol liječnika, nego se s njim trebaju baviti svi bez razlike - samo zajedničkom suradnjom može se unaprijediti narodno zdravlje; 4) liječnik treba biti socijalni radnik; s individualnom terapijom se ne može mnogo postići; socijalna terapija je sredstvo koje ga može dovesti do pravog uspjeha; 5) liječnik ne smije biti ekonomski ovisan o bolesniku, jer ga ekonomska ovisnost sprečava u njegovim glavnim zadacima; 6) u pitanju narodnog zdravlja ne smije se činiti razlika među ekonomski jakim i slabima; 7) potrebno je stvoriti zdravstvenu organizaciju u kojoj će liječnik tražiti bolesnika, a ne bolesnik liječnika, jer se samo na taj način može u našem staranju obuhvatiti veći broj onih, čije zdravlje treba čuvati; 8) liječnik mora biti narodni učitelj; 9) pitanje narodnog zdravlja je većeg ekonomskog od humanitarnog značaja; 10) glavno mjesto liječničkog djelovanja su ljudska naselja - mjesta gdje ljudi žive, a ne laboratoriji i ordinacije.”

⁸⁷ Zrinščak, S; *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, Revija za socijalnu politiku, 2007., 14 (2), str. 197.

450 domova zdravlja i 2.550 zdravstvenih stanica kao nositelja primarne zdravstvene zaštite, uključujući i zdravstvenu zaštitu predškolske i školske djece, žena i radnika, laboratorijsku, radiološku, higijensku te epidemiološku službu.⁸⁸ Krevetni fond SR Hrvatske u svim bolničkim ustanovama porastao je od 1949. do 1979. s nepunih 17 tisuća na oko 32 tisuće, dok se broj radnika u zdravstvu u istom razdoblju povećao s jedva 1700 na preko 56 tisuća.⁸⁹ Specifičnost jugoslavenskog modela ogledala se u organizaciji i u financiranju. Naime, Ustavom iz 1974. postavljeni su temelji osnivanja samoupravnih interesnih zajednica (SIZ) na lokalnoj razini,⁹⁰ koje su zamišljene kao mjesta gdje se susreću uplatitelji (predstavници udruženog rada), korisnici i davatelji usluga te gdje se dogovara opseg i prava zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Kako ističe Lasić, „pored konkretnijih uspjeha u statistikama zaštite (npr. majke i djeteta), socijalizam uvodi brigu o zdravlju ljudi direktno tamo gdje provode najviše vremena u široj zajednici - na radnom mjestu. Sva veća poduzeća imala su ambulante, što je omogućavalo bolje preveniranje težih oboljenja i adekvatniji ekonomski povrat uložene zaštite.“⁹¹ Kroz model samoupravljanja zaposlenima u zdravstvu dana je mogućnost sudjelovanja u upravljanju zdravstvenim ustanovama, a i građani kao korisnici usluga imali su utjecaja u upravljanju.⁹²

U socijalističkom razdoblju privatna je praksa bila vrlo ograničena te je temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (1980.) trebala biti potpuno ukinuta do 1985.

⁸⁸ Babić, S; et al. *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*, op. cit.

⁸⁹ Lasić, I., *Što je ostalo od Štampara?*, Portal Novosti, 2020., dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/>, pristupljeno 12. kolovoza 2024.

⁹⁰ Ustav Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije (SFRJ) (1974.):

“Član 51. Samoupravne interesne zajednice osnivaju radni ljudi, neposredno ili preko svojih samoupravnih organizacija i zajednica, radi zadovoljavanja svojih ličnih i zajedničkih potreba i interesa i radi usklađivanja rada u oblasti za koju osnivaju interesnu zajednicu sa tim potrebama i interesima. Prava, obaveze i odgovornosti u međusobnim odnosima u samoupravnoj interesnoj zajednici uređuju se samoupravnim sporazumom o njenom osnivanju, njenim statutom i drugim samoupravnim aktima. Radi zadovoljavanja svojih potreba i interesa u samoupravnim interesnim zajednicama, radni ljudi plaćaju doprinose ovim zajednicama iz svojih ličnih dohodaka i iz dohotka osnovnih organizacija udruženog rada, u skladu sa namjenom, odnosno sa ciljevima kojima ova sredstva služe.

Član 52. Radnici i drugi radni ljudi koji u oblastima obrazovanja, nauke, kulture, zdravstva i socijalne zaštite na načelima uzajamnosti i solidarnosti ostvaruju svoje lične i zajedničke potrebe i interese i radnici organizacija udruženog rada koje obavljaju djelatnosti u tim oblastima, osnivaju samoupravne interesne zajednice u kojima ostvaruju slobodnu razmjenu rada, udružuju rad i sredstva i ravnopravno i zajednički odlučuju o obavljanju tih djelatnosti u skladu sa zajedničkim interesima, utvrđuju politiku razvoja i unapređivanja tih djelatnosti i ostvaruju druge zajedničke interese. Međusobni odnosi u ovim samoupravnim interesnim zajednicama uređuju se tako da se osigurava pravo radnika i drugih radnih ljudi koji u njima udružuju sredstva da odlučuju o tim sredstvima i pravo radnika organizacija udruženog rada koje obavljaju djelatnosti u oblasti za koju je osnovana interesna zajednica da u slobodnoj razmjeni rada ostvaruju jednak društveno-ekonomski položaj kao i radnici u drugim organizacijama udruženog rada. Na ovim osnovama mogu se osnivati samoupravne interesne zajednice i u drugim oblastima društvenih djelatnosti.”

⁹¹ Lasić, I., *Što je ostalo od Štampara?* op. cit.

⁹² Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, Radnička prava, 2016. Dostupno na: https://radnickaprava.org/tekstovi/clanci/lada-weygand-ana-vracar-i-snezana-ivcic-korijeni-privatizacije-zdravstvene-zastite-u-hrvatskoj#_ftn4 (pristupljeno: 15. kolovoza 2024.).

godine, no to se nikada nije zaista i ostvarilo pa su malobrojni privatni djelatnici (najčešće stomatolozi) nastavili s radom. Nakon smrti Josipa Broza Tita 1980. godine, Jugoslavija je započela svoj pad koji se ogledao u sve proturječnijim javnim politikama i izraženijim neravnotežama u odnosima moći između federativnih republika, što je dovelo do duboke državno-političke krize, a čime je osigurano iznimno plodno tlo za klijanje sjemena neoliberalnih ideja. Zadnjih deset godina javnog diskursa Jugoslavije obilježilo je dominiranje narativa o potrebi promicanja strukturnih reformi u svrhu zadovoljavanja uvjeta koje su postavili IMF i WB, a kako bi se srezala domaća potrošnja i provelo refinanciranje duga. Koliko je intenzivno, promptno i bez zadržke krenulo vanjsko upravljanje unutarnjim politikama nakon 1980. godine možemo zorno prikazati na sljedećem primjeru - izražen u postotku narodnog dohotka u Jugoslaviji, dio BDP-a koji je odlazio na zdravstvo u SR Hrvatskoj 1970. godine iznosio je 6.12%, dok npr. 1978. godine bilježi daljnji rast te iznosi 6.78%. Nakon početka reformi koje su nametnule međunarodne institucije, već 1982. vidimo značajan pad tog udjela te SR Hrvatska za zdravstvo izdvaja samo 5% nacionalnog dohotka.⁹³ Posljedično pokušajima da se ublaži negativne trendove koji su kao posljedica nemogućnosti pronalaska odgovarajućeg političkog smjera nakon Titove smrti krenuli bujati u gospodarstvu, do 1988. Jugoslavija je iza sebe imala pet stand-by aranžmana s Međunarodnim monetarnim fondom, jedan kredit Svjetske banke za program strukturalne prilagodbe i sudjelovanje u programu pojačanog monitoringa od strane IMF-a.^{94,95} Iako je odluka za provođenjem procedure pojačanog monitoringa prezentirana kao dobrovoljna, manevarski se prostor svodio na dvije opcije: ukoliko ne bi zatražila monitoring, izgledno je uskraćivanje mogućnosti daljnjeg zaduživanja, a ukoliko ga zatraži, očekuje se konstantan pritisak i provođenje mjera. „U slučaju SFRJ, takve mjere su značile zaustavljanje rasta plaća, povećanje kamatnih stopa kako bi se smanjilo zaduživanje te - liberalizaciju tržišta i postepeno rastavljanje sustava radničkog samoupravljanja i društvenog vlasništva“ obrazlaže Protulipac.⁹⁶

⁹³ Babić, S; et al. *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*, op. cit.

⁹⁴ Protulipac, A; *Privatizacija u Hrvatskoj – tijek, posljedice, mitovi*, Slobodni filozofski, 2014., dostupno na: <https://slobodnifilozofski.com/2014/05/armin-protulipac-privatizacija-u.html> (pristupljeno: 15. kolovoza 2024.).

⁹⁵ Ovo se koristi kao glavna zamjerka protiv jugoslavenskog socijalističkog „eksperimenta“, što ne predstavlja valjani argument. Naime, Jugoslavija je i prije 1980. podizala kredite, a koje je uredno vraćala. Problemi koji su uslijedili u gospodarstvu direktna su posljedica nesnalaženja u novonastalim okolnostima nakon smrti Josipa Broza, kada su i započele proturječnosti u javnim politikama, a što je i dovelo do lošeg upravljanja financijama.

⁹⁶ Protulipac, A; *Privatizacija u Hrvatskoj – tijek, posljedice, mitovi*, op. cit.

U skladu s položenim temeljnim zahtjevima multidimenzionalne analize u izradi ovog rada potrebno je sagledati globalna kretanja u razvoju zdravstvenih sustava pa će se sljedeće detaljno istražiti ovu naglu promjenu smjera u zdravstvenim politikama.

Andrija Štampar, pasionirani zagovornik socijalne medicine, odigrao je ključnu ulogu u osnivanju WHO sastavivši nacrt "*Magna Carta of Health*", koji je nakon ratifikacije 51 države članice postao Ustavom Svjetske zdravstvene organizacije, a u kojem je postavio definiciju zdravlja koju se čak i danas, bez obzira na izrazito kapitalističko vrijednosno usmjerenje Zapada, nitko ne usuđuje osporiti – „zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti.“ Na konferenciji u Alma Ati 1978. godine WHO u sklopu pokreta promicanja zdravlja postavlja zahtjev da se u planiranju rada zdravstvenog sustava zagovara cjelovita primarna zdravstvena zaštita dostupna svima. Smjer koji je zauzela konvencija u Alma Ati nastavio se i '80.-ih godina, a utvrđen je kroz nekoliko programskih dokumenata (Lalondov izvještaj 1974., Povelja iz Ottawe 1986.).⁹⁷ Tendencija kojoj su naginjale te strategije (osmišljavanje cjelovitih zdravstvenih sustava utemeljenih na sudjelovanju zajednice) je bila u kontinuiranom sukobu s mjerama međunarodnih financijskih institucija do kraja '80.-ih, kada je WHO konačno kapitulirao pred neoliberalnim politikama koje su tada preuzele globalno kormilo i koje ni danas nemaju namjeru odstupiti s tog položaja usprkos svim globalnim pokazateljima neodrživosti takve strukture.⁹⁸

Tako je Svjetska zdravstvena organizacija, ključ čijeg postojanja drži dr. Štampar, a koja je s neskrivenim zanimanjem godinama pratila implementaciju njegovih zdravstvenih politika u SFRJ⁹⁹ i smatrala da je iznašao idealtip zdravstvenog sustava koji je potrebno prenijeti širom svijeta, doslovno “preko noći” prihvatila neoliberalne ideje te zajedno s WB, Europskim investicijskim fondom i Londonskom školom ekonomije i političkih znanosti (*sic*) donijela

⁹⁷ Lalondov izvještaj jedan je od prvih dokumenta neke Vlade – u ovom slučaju kanadske – koji traži povratak tradicionalnoj zdravstvenoj zaštiti radi poboljšanja zdravlja stanovništva, a identificira dva cilja: prevenciju zdravstvenih problema i promociju dobrog zdravlja. Dostupno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/>. Povelja iz Ottawe predstavlja odgovor na sve veća očekivanja da se ostvari novi globalni pokret javnog zdravstva te je u njoj definirana cjelokupna vizija takvog pokreta, uz napomenu da strategije i programi unapređenja zdravlja trebaju biti prilagođeni lokalnim potrebama i mogućnostima pojedinih zemalja. Dostupno na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/>.

⁹⁸ Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, op. cit.

⁹⁹ I drugdje – primjerice, Portal Novosti prenosi intervju s Yarong Chen, koja se na Pekinškom sveučilištu bavi istraživanjima javnozdravstvenih politika. Prema Chen, dr. Štampar je ostavio popriličan dojam na zdravstvenu organizaciju Lige naroda (kasnije WHO) kada je boravio u Kini od 1931. do 1936. godine gdje je uz pomoć kolege Berislava Borčića osmislio moderni javnozdravstveni sustav koji se sastojao od mreže zdravstvenih ustanova koje su se širile od urbanih središta do ruralnih sredina, od stručnih istraživačkih instituta do školskih ambulanti i seoskih domova zdravlja. Štamparova vizija uspješnog zdravstvenog sustava proizašla je iz njegove ideje socijalne medicine, iz pristupa koji naglašava dostupnost zdravstvene skrbi običnim ljudima, posebno siromašnima, te važnosti javnozdravstvenog odgoja i poboljšanja životnog standarda. Intervju „U Kini Štamparovo naslijeđe još živi“ je dostupan na: <https://portalnovosti.com/yarong-chen-u-kini-stamparovo-naslijede-jos-zivi?cv=1>.

studiju kojom se zdravstveni sustav u SFRJ opisuje kako “graniči s anarhijom”.¹⁰⁰ Posljedično tome, zdravstveni sustavi u zemljama u razvoju počeli su se temeljiti na tržišnoj koncepciji zdravstvene zaštite, a reformski zahvati su provedeni na više ili manje diskretne načine, ovisno o postojećem kontekstu u pojedinim državama, pri čemu je slučaj Jugoslavije bio i ostao specifičan. Naime, Jugoslavija nije bila “zemlja u razvoju” već bitan geopolitički faktor,¹⁰¹ što pretpostavlja razvijenost i uređenost države, a ovdje se posebno naglašava bogata tradicija na području javnog zdravstva. Međutim, kako ovo nije odgovaralo Zapadu, tijekom ’80.-ih poduzete su razne mjere kako bi se oslabio takav geopolitički položaj i potaknuo raspad ove federacije.

Prilikom težnji ka osamostaljenju Hrvatske postavljeni su tranzicijski ciljevi prijelaza iz planskog u tržišno gospodarstvo te se nakon proglašavanja neovisnosti¹⁰² vrlo brzo kreće u realizaciju zamišljenog. Glavna okosnica svih provedenih reformi bilo je udaljavanje od starog sustava, iako nije postojala nikakva analiza ove preobrazbe u području socijalne politike te nije bilo jasno koje naslijeđene prakse treba mijenjati, a što bi valjalo sačuvati. Ovo je naročito važno za područje zdravstvenog sustava koji se kao jedan od najjačih temelja svake socijalne države vrlo brzo našao na udaru jakog i direktnog utjecaja globalnih agencija,¹⁰³ naročito Svjetske banke koja i danas diktira našu javnozdravstvenu politiku.

U tako opisanim okolnostima kreće se s prvim reformama te krajem svibnja 1990. prestaje funkcionirati SIO zdravstva, a po hitnom se postupku u Saboru Republike Hrvatske prihvaća Zakon o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, koji je zdravstvenim radnicima, među ostalim omogućio obavljanje privatne prakse u ambulantama, ordinacijama, klinikama, bolnicama i ljekarnama, u svrhu pružanja racionalnije i kvalitetnije zdravstvene zaštite.¹⁰⁴ Kroz ovaj zakon uveli su se tržišni uvjeti za pružanje zdravstvene zaštite

¹⁰⁰ V. u European Observatory on Health Care Systems, iz 1999., a dostupno na: <https://iris.who.int/>, što se preuzima kao utvrđena činjenica i dalje diseminira kroz stručnu literaturu (primjerice: Zrinščak, S., *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, Revija za socijalnu politiku, 2007., 14 (2) itd.).

¹⁰¹ Pokret nesvrstanih, luke i brodogradnja itd.

¹⁰² Ustavna odluka o suverenosti i samostalnosti Republike Hrvatske (NN 31-872/1991), objava od 25. lipnja 1991.

¹⁰³ Zrinščak, S., *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, op. cit. str. 199-200.

¹⁰⁴ Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju NN 59/1990: „Član 65. Iza člana 235b. dodaje se član 235c. koji glasi: Zdravstvena zaštita koja se obavlja samostalno osobnim radom, pod za to propisanim uvjetima, može se pružati i u ugovornim odnosima (kooperativni odnos) s organizacijama zdravstva u društvenom vlasništvu, poduzećima i drugim pravnim osobama ako ispunjavaju uvjete za pružanje zdravstvene zaštite te ugovornim odnosima s drugim zdravstvenim radnicima koji samostalno osobnim radom pružaju zdravstvenu zaštitu.”

te se smatra prvim službenim uvođenjem mogućnosti privatizacije zdravstvenog sustava u Hrvatskoj.¹⁰⁵

Tijekom Domovinskog rata, zdravstvo je izrazito centralizirano, što zbog ratnih uvjeta, a što zbog odbacivanja postavki prethodnog decentraliziranog modela bivšeg sustava za koji se smatralo da je uzrokovao gubitak kontrole nad sektorom. 1993. godine, razdvajanjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju, osnovan je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) te je otvorena mogućnost uvođenja dobrovoljnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja, uvođenja participacije za pojedine segmente zdravstvene zaštite, dok se pojedinim liječnicima daje mogućnost da nakon svoga radnog vremena u javnim zdravstvenim ustanovama i privatno pružaju zdravstvenu zaštitu. Navedenim modelom narušeno je načelo jednake dostupnosti zdravstvene zaštite te su se uskoro počele primjećivati i zloporabe sustava - dio liječnika počeo je pacijente preusmjeravati u privatnu praksu s namjerom stjecanja profita.¹⁰⁶

Prema Ivčić, od 1990. do 2000. broj preventivnih pregleda se smanjio se za 78%, sustav nije motivirao liječnike primarne zdravstvene zaštite kako je bilo zamišljeno, a veliki broj pregleda i pacijenata prebačen je na bolnice. Partikularizacija i privatizacija djelatnosti domova zdravlja imala je za posljedicu i gubitak uvida u zdravstvene potrebe stanovništva. U okviru domova zdravlja segmentirane su razne djelatnosti poput pedijatrije, ginekologije, stomatologije, laboratorijske dijagnostike i sl., kako bi se što lakše privatizirale. Pravilnikom o davanju u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta iz 1996. pred ravnatelje je postavljen zahtjev za izradom programa privatizacije. Iako su zdravstveni stručnjaci i političari svesrdno zagovarali ideju privatizacije, liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nisu dijelili entuzijazam u istom opsegu te su isticali primjedbe poput neuvažavanja posebnih uvjeta rada, davanje prostora i opreme u zakup umjesto da se dodjeli koncesija, opominjali su da nisu ponuđene alternative uvođenju privatizaciji primarne zdravstvene zaštite, da su liječnici preopterećeni brojem pacijenata što smanjuje kvalitetu rada, isl. Međutim, taj je model privatizacije dobio zeleno svjetlo od strane WHO, Odbora za zdravstvo Vijeća EU i naravno neizostavne Svjetske banke.¹⁰⁷

2000. godine uvodi se ponovna decentralizacija sustava, koja ideja se suočava s problematikom vlasništva nad zdravstvenim ustanovama, dok se u prijedlogu strategije reforme upozorava

¹⁰⁵ Ivčić, S., *Nastavak privatizacije hrvatskog zdravstvenog sustava*, Radnička prava, 2019., dostupno na: <https://radnickaprava.org/tekstovi/clanci/snjezana-ivcic>. (pristupljeno 15. kolovoza 2024.).

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.*

kako oslanjanje na samoregulaciju kroz tržišne odnose može dovesti do nepovoljnih makroekonomskih učinaka pa čak i kolapsa zdravstvenog sustava, no vladajući nisu razmatrali neka druga moguća rješenja već samo odlučili usporiti proces daljnje privatizacije.¹⁰⁸

Dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje definirano je 2006. Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a zdravlje se sve više konceptualno odmiče od pojmovnog određenja temeljnog ljudskog prava ili osnovne životne potrebe te približava poimanju robe na tržištu zdravstvenih usluga. 2008. godine, u jeku globalne ekonomske krize, provedena je još jedna reforma uz pomoć kredita WB te je uveden novi način organizacije hitne medicinske pomoći i provedena informatizacija zdravstvenog sustava. Međutim, bolja umreženost liječnike nije učinila dostupnijim pacijentima, a loša organizacija sustava prelomila se na leđima hitne medicinske pomoći i primarne zdravstvene zaštite, što je naročito došlo do izražaja u organizaciji rada u ambulantama pod koncesionarima bez obveze dežurstva. Nakon 2008. uslijedile su izmjene zakona u prosjeku jednom godišnje, ali nijedna promjena nije doprinijela boljem i uređenijem sustavu.¹⁰⁹

Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nadziru ulaz pacijenata u zdravstveni sustav, upućujući ih po potrebi na specijalističke preglede i/ili propisujući lijekove. Oni su u Hrvatskoj plaćeni po načelu "glavarine", paušalnog iznosa koji primaju od HZZO-a za svakog osiguranika u skrbi, sustav plaćanja koji je uveden 1990.-ih godina. Takav model je, uz kronični nedostatak kadra, potaknuo liječnike na akumulaciju što većeg broja pacijenata pa se nerijetko događa da su preopterećeni brojem pacijenata u ograničenom vremenu kojim raspolažu, a što se zatim odražava na kvalitetu i broj pruženih usluga. Liječnici više nemaju vremena posvetiti se svakom pacijentu u optimalnom opsegu već ciljem postaje što brže obavljanje pregleda kako bi se moglo primiti što više pacijenata, što je u direktnoj vezi s porastom broja pacijenata upućenih iz primarne u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu te rast broja propisanih lijekova.¹¹⁰

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske još i danas počiva na temeljnoj konstrukciji tri razine zdravstvene zaštite: a) primarnoj (domovi zdravlja, hitna medicinska pomoć, patronaža, ljekarne), b) sekundarnoj (poliklinike, bolnice, lječilišta) i c) tercijarnoj (državni zdravstveni

¹⁰⁸ *Ibid.* U ovome se može prepoznati krilatica "*there is no alternative*", (u prijevodu: nema alternative), slogan koji je često koristila britanska premijerka Margaret Thatcher, a kojim se isticalo da je tržišno gospodarstvo jedini sustav koji djeluje i da je svaka rasprava o tome izlišna. Proces privatizacije vođen u Hrvatskoj obilježen je jakim utjecajem vanjskih neoliberalnih politika, o čemu svjedoči obilje primjera korištene retorike, ali i konkretnih poteza poput ovog.

¹⁰⁹ Ivčić, S., *Nastavak privatizacije hrvatskog zdravstvenog sustava*, op. cit.

¹¹⁰ Zrinščak, S., *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, op. cit.

zavodi, kliničke bolnice i klinički bolnički centri).¹¹¹ Sve ono što se nekad zamjeralo “bivšem sistemu” (problem glomaznog, prekapacitiranog i neuređenog sustava, birokratizacija, izostajanje demokratskih mehanizama, rastrošnost države u osiguravanju zdravstvene zaštite, utjecaj političkih tijela na upravljanje zdravstvom i sl.) danas je dodatno pogoršano, a zdravstvo djeluje poput kronično (i terminalno) bolesnog pacijenta. Neuređeni sustav, disfunkcionalna birokracija, slabo korištenje demokratskih mehanizama, utjecaj političkih tijela na upravljanje zdravstvom – izražene su boljke i današnjeg zdravstvenog sustava, čak u većoj mjeri nego u trenutku pokretanja reformi.¹¹² Nastavno tome, problem golemog i prekapacitiranog sustava zamijenjen je novim problemom – nedostatkom radne snage (i zdravstvenih radnika i pomoćno-tehničkog osoblja), a rastrošnost države u osiguravanju zdravstvene zaštite s jedne je strane obuzdana, primjerice upravo zabranom zapošljavanja u državnim i javnim službama, dok s druge ulaže vrlo visoke iznose u netransparentne i/ili ispodprosječne projekte s privatnim subjektima (npr. privatne onkološke klinike, informatizacija). Navedeno je dovelo do pojave izrazito loše klime u zdravstvenom sustavu, a što posljedično smanjuje kvalitetu zdravstvene skrbi. O kakvoj se klimi radi prezentirat će se na primjeru sociološkog istraživanja prezentiranog ove godine, u radu “Pune čekaonice, prazne ordinacije: motivi iseljavanja liječnica i liječnika iz Hrvatske” kojeg potpisuju Pintarić i Župarić-Iljić.¹¹³ Istraživanje se oslanja na kvalitativnu metodologiju, koristeći polustrukturirane intervjuje kao glavni alat prikupljanja podataka, a intervjuirano je 18 iseljenih liječnika/ca putem online platformi (Zoom i Skype). Ispitivalo se sljedeće:

- utvrđivanje motiva iseljavanja zdravstvenih radnika iz Hrvatske
- identifikacija ključnih razloga koji donose prevagu u procesu donošenja odluke o iseljenju
- analiza utjecaja organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava na odluku o iseljenju.

¹¹¹ V. službene mrežne stranice HZZO, dostupno na: <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>, pristupljeno 02. kolovoza 2024.

¹¹² Činjenice govore da je stari sustav bio značajno decentraliziran, a iako su postojale primjedbe da su politička tijela imala značajan utjecaj u upravljačkim odlukama i da je razina inspekcijskih nadzora bila ispod očekivanog, svejedno ga je karakterizirala visoka autonomija lokalnih zdravstvenih autoriteta i sudjelovanje radnika i korisnika u donošenju odluka. Danas je utjecaj političkih tijela veći i jači nego ikad, a inspekcijski nadzori predstavljaju formalnost. Nadalje, starom se sustavu zamjeralo slabo organiziranu primarnu zaštitu zbog čega se prevelik broj pacijenata upućivao na specijalističke preglede i bolničko liječenje, a što se svim dosadašnjim reformama ne samo da nije uspjelo riješiti, već je stanje dodatno značajno pogoršano. Štoviše, sada se s nostalgijom možemo prisjećati vremena kada je primarna zdravstvena zaštita svojim organizacijskim rješenjima predstavljala čvrsti temelj zdravstvenog sustava. Problem navodno prekapacitiranog sustava zamijenio je problem kroničnog nedostatka zdravstvenih radnika.

¹¹³ Pintarić, Lj., Župarić-Iljić, D., „Pune čekaonice, prazne ordinacije: “ motivi iseljavanja liječnica i liječnika iz Hrvatske, Migracijske i etničke teme, 2024., 40 (1).

Rezultati istraživanja pokazuju da su organizacijski kontekst i loši radni uvjeti u hrvatskom zdravstvenom sustavu glavni potisni čimbenici za iseljavanje. Iako profesionalne aspiracije (usavršavanje, napredovanje) igraju također važnu ulogu, u donošenju odluke o iseljenju presudni su organizacijski problemi (loši međuljudski odnosi, preopterećenost, politizacija struke, nepotizam i korupcija). Također se kao značajan faktor profilira općenita percepcija društveno-političke atmosfere u Hrvatskoj (visoka razina korupcije i loša kvaliteta života). Zaključno, studija donosi rezultate koji sugeriraju potrebu za promjenama u zdravstvenoj politici, s naročitim naglaskom na upravljanje.¹¹⁴

Slijedom bogato pripremljene podloge, u narednom se poglavlju promatra primjena metoda javnog menadžmenta, s ciljem detaljnog prikaza upravljanja u zdravstvu.

¹¹⁴ *Ibid.*

4. PREGLED METODA JAVNOG MENADŽMENTA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU

4.1. UPRAVLJANJE PUTEM PROPISA

Kako smo prethodno definirali, klasičan (legalistički) model upravljanja putem propisa dominira u upravnim kulturama gdje su u javnoj upravi dominantne pravne vrijednosti, a za glavnu tehniku rješavanja nekog javnog problema odabire donošenje odgovarajućeg propisa ili izmjene i dopune već postojećih propisa. Koncept bolje regulacije (better regulation) nastoji poboljšati ovaj model metodama prethodne (*ex ante*) i naknadne (*ex post*) kontrole propisa i njihovih učinaka kroz zahvate deregulacije, poboljšavanja kvalitete propisa i procesa njihova donošenja te upotrebom regulacijskog menadžmenta i novih informacijskih tehnologija.

U području hrvatskog zdravstvenog sustava, prilično detaljan pregled regulative nalazimo na službenim web stranicama Ministarstva zdravstva pa, makar kvantitativno govoreći, djeluje kao da ne nedostaje legislative. Ondje možemo pregledati popis od 30 zakona¹¹⁵ iz područja zdravstvenog sustava, kao i veći broj pravilnika i drugih propisa i podzakonskih akata te posebni, odvojeni popis uredbi i direktiva.

Međutim, ako pažnju usmjerimo na recentnu praksu Ustavnog suda Republike Hrvatske (USRH)¹¹⁶ pokazuje se da zapravo i nije tako. Naime, prema čl. 256/1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti, ministar zdravstva (u trenutku donošenja tog zakona - Milan Kujundžić) trebao je donijeti niz pravilnika (njih čak 57!) u roku 6 mjeseci od dana stupanja Zakona na snagu, odnosno do 1. srpnja 2019., ali nije ispunio svoju zakonsku obvezu. Ministra Kujundžića je po prijevremenom razrješenju dužnosti zbog nekretninskog kriminala u siječnju 2020. godine zamijenio Vili Beroš, koji je do 23. svibnja 2023. donio samo 11 pravilnika, što znači da preostalih 46 nije doneseno čak niti nakon 4 godine, a zbog čega je USRH (postupajući po prijedlogu provođenja nadzora nad donošenjem propisa za izvršenje Ustava, zakona i drugih propisa od strane jednog odvjetničkog ureda) Vladi RH uputio izvješće o utvrđenom propustu

¹¹⁵ Na prvi pogled stranica izgleda solidno složena i pruža dobar pregled regulative. Međutim, već na prvom (ujedno i temeljnom) zdravstvenom zakonu možemo uočiti kako priložena poveznica na tekst zakona objavljen u Narodnim novinama nije ažurna. Naime, u trenutku pisanja ovog rada na snazi je Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji je od svojeg donošenja 2018. godine već prošao nekoliko izmjena i dopuna (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, zaključno s brojem 36/24), dok je na službenoj web stranici ministarstva dostupna isključivo poveznica na tekst zakona iz 2018.

¹¹⁶ Obzirom na kaotično stanje u zdravstvu, pažnju je usmjerila i javnost pa o ovome možemo čitati na portalu Faktograf, gdje Rešković, V. analizira problematiku pod sljedećim naslovom: „*Propusti ministra Beroša ponovno pred Ustavnim sudom*“ od 20. veljače 2024., dostupno na: <https://faktograf.hr/2024/02/20/propusti-ministra-berosa-ponovno-pred-ustavnim-sudom/?cv=1> (pristupljeno 15. srpnja 2024.).

ministra zdravstva da donese propis za izvršenje zakona.¹¹⁷ Do trenutka pisanja ovog rada, iz navedenog razloga ostaju na snazi 42 stara pravilnika, od kojih su neki stari i 30 godina. No, osim ovih nisu ispunjene niti zakonske obveze koje proizlaze iz čl. 103. Zakona o zaštiti na radu – ovdje se radi o potrebi donošenja 4 pravilnika nužna za provođenje ovog zakona, a koje je ministar zdravstva trebao donijeti u roku od 90 dana od dana stupanja Zakona na snagu, odnosno do 17. rujna 2014. godine. Od tada su se izmijenila čak 4 ministra (Siniša Varga, Dario Nakić, Milan Kujundžić i aktualni ministar Vili Beroš). USRH je utvrdio da je ministar Beroš donio samo jedan pravilnik¹¹⁸ koji je stupio na snagu 8. srpnja 2021., dakle čak 7 godina po isteku roka propisanog Zakonom, te je 6. veljače 2024. godine o tome također Izvješćem obavijestio Vladu RH.¹¹⁹ Slijedom navedenog možemo zaključiti da hrvatski zdravstveni sustav podbacuje već u samom temelju upravljanja putem propisa obzirom da ima popriličnih problema u izvršavanju zakonskih obveza donošenja raznih akata.

Da problem upravljanja putem propisa postoji i na nižim razinama prikazat ćemo na primjeru Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ (KIB).¹²⁰ 01. srpnja 2019. godine na snagu je stupio Zakon o zaštiti prijavitelja nepravilnosti¹²¹ koji propisuje da je svaki poslodavac koji zapošljava minimalno 50 osoba (bilo da je riječ o tijelu javne vlasti ili poslodavcu u privatnom sektoru) u obvezi interne regulacije ovog pitanja. Člankom 18. definira se potreba donošenja Pravilnika o načinu imenovanja povjerljive osobe i postupku unutarnjeg prijavljivanja nepravilnosti, a stavkom 2. postavlja i obveza poslodavcu da takav pravilnik učini dostupnim svima koji obavljaju poslove. Zakon je obveznicima primjene ostavio rok 6 mjeseci za donošenje pravilnika i 9 mjeseci za imenovanje povjerenika za unutarnje prijavljivanje nepravilnosti, računato od dana stupanja na snagu ovog zakona. U travnju 2022. godine na snagu je stupio novi Zakon o zaštiti prijavitelja nepravilnosti (ZZPN) donesen zbog potrebe usklađivanja nacionalnog zakonodavstva s pravnom stečevinom Europske unije, odnosno usklađivanja s Direktivom (EU) 2019/1937 Europskog parlamenta i vijeća o zaštiti osoba koje prijavljuju povrede prava Unije od 23. listopada 2019. godine. Poslodavcima su tako ponovno

¹¹⁷ Izvješće USRH broj U-XA-4901/2022 od 23. svibnja 2023. je dostupno na poveznici: <https://sljeme.usud.hr/U-XA-4901-2022.pdf>.

¹¹⁸ Pravilnik o zaštiti na radu radnika izloženih statodinamičkim, psihofiziološkim i drugim naporima na radu, NN 73/2021.

¹¹⁹ Izvješće USRH broj U-XA-3198/2023 od 6. veljače 2024. je dostupno na poveznici: <https://sljeme.usud.hr/U-XA-3198-2023.pdf>.

¹²⁰ Klinika će se koristiti za pregled i nekih drugih aspekata; uzima se za primjer zbog svoje organizacijske veličine – obzirom da je riječ o javnozdravstvenoj ustanovi manjeg tipa od primjerice kliničkog bolničkog centra, organizacijska struktura je jednostavnija za pregled, a time i praćenje javno dostupnih podataka na službenim mrežnim stranicama. Također, Klinika je za vrijeme pandemije percipirana kao javnozdravstvena ustanova od visokog značaja pa se smatra optimalnim kandidatom za analize.

¹²¹ Zakon o zaštiti prijavitelja nepravilnosti, NN 17/19, dostupno na: <https://narodne-novine.nn.hr/>.

ostavljeni rokovi (za donošenje pravilnika do 23. lipnja, a za imenovanje povjerljive osobe i njezinog zamjenika do 23. srpnja 2022. godine) te propisane novčane kazne za propuštanje izvršenja zakonskih obveza.¹²² KIB na svojim službenim mrežnim stranicama nema naveden takav Pravilnik, čak niti s limitiranim pristupom.

Međutim, na razini pojedinačnih ustanova možemo razlikovati one koje bolje upravljaju propisima od ostalih, pa tako primjerice Klinički bolnički centar (KBC) Rijeka na svojim službenim mrežnim stranicama uredno javno objavljuje sve svoje pravilnike, uključujući i Pravilnik o postupku unutarnjeg prijavljivanja nepravilnosti i imenovanju povjerljive osobe.¹²³ Ovoj usporedbi se može prigovoriti u organizacijskom smislu, obzirom da je klinički bolnički centar svakako veća i složenija organizacija od kliničke bolnice, međutim u ovom primjeru to i nije relevantno jer primjere dobre prakse nalazimo i u organizacijama jednake razine, poput Kliničke bolnice Merkur¹²⁴ koja je također uredno javno objavila svoj pravilnik sukladno ZZPN. Neke javnozdravstvene ustanove idu korak dalje pa samoinicijativno i bez prethodno postavljene zakonske obveze reguliraju pitanja od značaja za rad i vlastito poslovanje. Ovo se ilustrira sljedećim primjerom - KIB nema javno objavljenih akata kojima bi se uredilo područje donacija, iako su izvjesni naponi uloženi u njihovo praćenje te se na mrežnim stranicama objavljuju Registri donacija po godinama.¹²⁵ Pitanje donacija je poželjno pažljivo urediti obzirom da je riječ o javnozdravstvenoj sferi koja je pod dosegom jasno postavljenih zahtjeva transparentnosti poslovanja. Primjer dobre prakse je u ovom slučaju KBC Split koji je ovo područje detaljno regulirao nakon što se unutarnjom revizijom otkrila potreba za takvim rješenjem.¹²⁶

4.1.1. Javno savjetovanje

Jedan od najvažnijih koraka u procesu donošenja propisa svakako je imperativ savjetovanja sa zainteresiranom javnošću. Zakon o pravu na pristup informacijama (ZPPI)¹²⁷ tijelima javne vlasti¹²⁸ propisuje obvezu provođenja savjetovanja sa zainteresiranom javnošću od 2013.

¹²² Zakon o zaštiti prijavitelja nepravilnosti, NN 46/22, čl. 35. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1927/Zakon-o-za%C5%A1titi-prijavitelja-nepravilnosti>.

¹²³ Pravilnik o postupku unutarnjeg prijavljivanja nepravilnosti i imenovanju povjerljive osobe, dostupno na: <https://kbc-rijeka.hr/statut-pravilnici>.

¹²⁴ Svi pravilnici, pa tako i spomenuti, dostupni su na: <https://www.kb-merkur.hr/merkur-informacije/dokumenti>

¹²⁵ Dostupno na: <https://bfm.hr/donacije/>.

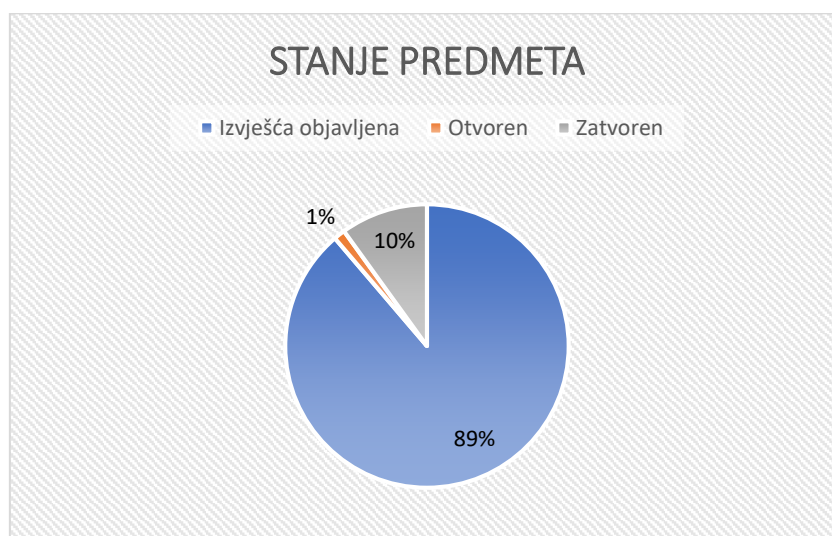
¹²⁶ Uputa o postupcima i načinu korištenja sredstava iz donacija i pomoći u KBC-Split, klasa: 053-01/16-01/507, urbr: 2181-147-03/I.S.-21-2; dostupno na: <https://www.kbsplit.hr/Download>.

¹²⁷ Zakon o pravu na pristup informacijama (NN 25/13, 85/15, 69/22).

¹²⁸ Definicija tijela javne vlasti postavljena je čl. 5., dok čl. 11. precizira obveznike primjene savjetovanja kao „tijela državne uprave, druga državna tijela, jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave i pravne osobe s javnim ovlastima“.

godine. ZPPI je u tandemu s Kodeksom savjetovanja sa zainteresiranom javnošću¹²⁹ iz 2009. zadnjih deset godina činio okosnicu ove regulatorne aktivnosti. Od 01. siječnja ove godine (2024.) stupio je na snagu Zakon o instrumentima politike boljih propisa (ZIPBP),¹³⁰ zatim 16. veljače popratna Uredba o metodologiji i postupku provedbe instrumenata politike boljih propisa¹³¹ te se zaključno 27. ožujka donose i Smjernice za provedbu instrumenata politike boljih propisa.¹³² Tako u postupku savjetovanja od ove godine regulacijski okvir čine dva komplementarna zakona. Javna savjetovanja u pravilu se provode u trajanju od 30, a minimalno 15 dana. Po provedenom savjetovanju, javno tijelo dužno je izraditi izvješće u kojem će raspraviti iznesene prijedloge, primjedbe i mišljenja.

Za potrebe istraživanja ovog rada uzima se detaljan pregled provedenih savjetovanja od strane Ministarstva zdravstva kao krovnog tijela u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a koja se provode putem E-savjetovanja Središnjeg portala za savjetovanje s javnošću.¹³³ Analiziran je ukupan vremenski period od >5 godina: od prvog obavljenog savjetovanja 2019. godine do zaključno posljednjeg za koji se savjetovanje zatvara 18. kolovoza ove godine¹³⁴ (slika 1).



Slika 1. Javna savjetovanja MIZ 2019.-2024., izvor: autorica, prema podacima portala E-savjetovanja.

¹²⁹ Kodeks savjetovanja sa zainteresiranom javnošću (NN 140/09) sadržavao je minimalne standarde i mjere savjetovanja.

¹³⁰ Zakon o instrumentima politike boljih propisa (NN 155/23).

¹³¹ Uredba o metodologiji i postupku provedbe instrumenata politike boljih propisa (NN 19/2024).

¹³² Smjernice za provedbu instrumenata politike boljih propisa objavljene su na mrežnim stranicama Ureda za zakonodavstvo, dostupno na poveznici: <https://zakonodavstvo.gov.hr/UserDocsImages//Smjernice>.

¹³³ Portal E-savjetovanja dostupan je na: <https://savjetovanja.gov.hr/>.

¹³⁴ Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o načinu provođenja preventivne zdravstvene zaštite - datum otvaranja: 19.07.2024., datum zatvaranja: 18.08.2024., očekivana objava izvješća: 18.10.2024. Dostupno na <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=28021>.

U trenutku prikupljanja ovih informacija (12. kolovoza 2024.) trenutno su još otvorena tri savjetovanja. Ukupno je pregledano 231 savjetovanje. Od toga 1% čine trenutno otvorena savjetovanja, a 99% ih je zatvoreno. U analiziranim podacima primijećeno je čak 10% savjetovanja koja su zatvorena bez objavljenih izvješća, što govori o kršenju zakonskih odredbi¹³⁵ kojima je postavljen imperativ donošenja izvješća kako bi se njima raspravilo iznesene prijedloge, mišljenja i primjedbe zainteresirane javnosti. Daljnjom analizom obuhvatilo se 7 savjetovanja o podzakonskim aktima, kako je prikazano u tablici na slici 2.

¹³⁵ Zakon o instrumentima politike boljih propisa, čl.27/3 definira potrebu objavljivanja izvješća sukladno ZPPI, a koji predmetnu materiju adresira u čl. 11/4: „Po isteku roka za dostavu mišljenja i prijedloga tijelo javne vlasti dužno je izraditi i objaviti na središnjem državnom internetskom portalu za savjetovanje s javnošću odnosno internetskoj stranici izvješće o savjetovanju s javnošću, koje sadrži zaprimljene prijedloge i primjedbe te očitovanja s razlozima za neprihvatanje pojedinih prijedloga i primjedbi. Izvješće o savjetovanju s javnošću nositelj izrade nacrtu obvezno dostavlja tijelu koje usvaja ili donosi propis, opći akt ili dokument.“

OPIS	STANJE	BROJ KOMENTARA	PONAVLJANJE SAVJETOVANJA	STUPILO NA SNAGU
Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o sadržaju i načinu vođenja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite Datum otvaranja: 17.07.2020. Datum zatvaranja: 16.08.2020. Očekivana objava izvješća: 16.10.2020.	zatvoreno, bez izvješća	8	ponovljeno 26.05.2023.-25.06.2023. s izvješćem	NN 118/2023
Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za određivanje najviše dozvoljene cijene lijeka na veliko i iznimno više od najviše dozvoljene cijene lijeka na veliko i godišnjeg izračuna cijene lijeka Datum otvaranja: 05.01.2022. Datum zatvaranja: 04.02.2022. Očekivana objava izvješća: 04.03.2022.	zatvoreno, bez izvješća	136	nema ponavljanja	NN 72/2023
Nacrt pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za stavljanje lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i načinu utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te načinu izvještavanja o njima Datum otvaranja: 28.10.2022. Datum zatvaranja: 27.11.2022. Očekivana objava izvješća: 27.01.2023.	zatvoreno, bez izvješća	238	nema ponavljanja	NN 72/2023
Savjetovanje o Nacrtu Pravilnika o sadržaju i obrascu primaljske liste Datum otvaranja: 21.02.2023. Datum zatvaranja: 22.03.2023. Očekivana objava izvješća: 22.05.2023.	zatvoreno, bez izvješća	24	nema ponavljanja	NN 67/2023
Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o parametrima sukladnosti, metodama analize i praćenjima (monitorinzima) vode namijenjene za ljudsku potrošnju Datum otvaranja: 17.02.2023. Datum zatvaranja: 19.03.2023. Očekivana objava izvješća: 19.05.2023.	zatvoreno, bez izvješća	36	nema ponavljanja	NN 64/2023
Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o parametrima zdravstvene ispravnosti materijala i predmeta koji dolaze u dodir s vodom namijenjenoj za ljudsku potrošnju Datum otvaranja: 17.02.2023. Datum zatvaranja: 19.03.2023. Očekivana objava izvješća: 19.05.2023.	zatvoreno, bez izvješća	8	nema ponavljanja	NN 64/2023
Prijedlog Odluke o dopunama odluke o donošenju mreže telemedicinskih centara Datum otvaranja: 20.12.2023. Datum zatvaranja: 19.01.2024. Očekivana objava izvješća: 19.03.2024.	zatvoreno, bez izvješća	0	nema ponavljanja	NN 23/2024

Slika 2. Analiza javnih savjetovanja podzakonskih akata MIZ 2019.-2024.; izvor: autorica, prema podacima portala E-savjetovanja.

Od ovdje promatranih savjetovanja samo je jedno ponovljeno te je u tom ponovljenom postupku objavljeno i izvješće (slika 3).

Ministarstvo zdravstva	Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o sadržaju i načinu vođenja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite Datum otvaranja: 26.05.2023. Datum zatvaranja: 25.06.2023. Očekivana objava izvješća: 25.08.2023.   3 kom. 	Izvješća objavljena
Ministarstvo zdravstva	Savjetovanje o Nacrtu pravilnika o sadržaju i načinu vođenja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite Datum otvaranja: 17.07.2020. Datum zatvaranja: 16.08.2020. Očekivana objava izvješća: 16.10.2020.   8 kom.	Zatvoren

Slika 3. Screenshot stranice E-savjetovanja; izvor: Portal E-savjetovanja, prema filtriranju autorice.

Preostalih je 6 podzakonskih akata stupilo na snagu bez objavljenih izvješća. Ovo se vidi posebno problematičnim za savjetovanja u kojima su zabilježene primjedbe zainteresirane javnosti – ako odbijemo *Prijedlog Odluke o dopunama odluke o donošenju mreže telemedicinskih centara* na koju nije postavljena niti jedna primjedba, preostaje nam 5 takvih savjetovanja. Na *Nacrt pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za stavljanje lijekova na listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao i načinu utvrđivanja cijena lijekova koje će plaćati Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje te načinu izvještavanja o njima* uloženo je čak 238 komentara. Brojčano slijedi savjetovanje o *Nacrtu pravilnika o izmjenama i dopunama Pravilnika o mjerilima za određivanje najviše dozvoljene cijene lijeka na veliko i iznimno više od najviše dozvoljene cijene lijeka na veliko i godišnjeg izračuna cijene lijeka* s ukupno 136 komentara. U savjetovanju o *Nacrtu pravilnika o parametrima sukladnosti, metodama analize i praćenjima (monitorinzima) vode* namijenjene za ljudsku potrošnju uloženo je 36 komentara, na *Nacrt Pravilnika o sadržaju i obrascu primaljske liste* 24 komentara te na *Nacrt pravilnika o parametrima zdravstvene ispravnosti materijala i predmeta koji dolaze u dodir s vodom* namijenjenoj za ljudsku potrošnju 8 komentara. Obzirom da izvješća služe upravo tome da donositelj argumentira neprihvatanje pojedinih prijedloga i primjedbi, ovakav potez predstavlja grubo zanemarivanje glasa javnosti koje je zakonom potrebno uzeti u obzir prilikom donošenja propisa, te se u ovom primjeru može iščitati prethodno spominjana autoritarnost postupanja države prema svojim subjektima. O ovoj problematici progovara i Povjerenik za informiranje u svojem Analitičkom izvješću o praćenju provedbe ZPPI¹³⁶ u kojem se obuhvaća praćenje usklađenosti provedbe savjetovanja s javnošću u Ministarstvu zdravstva i Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) s člankom 11. ZPPI tijekom 2021. godine. Podatci su obrađeni i prezentirani u tablici na slici 4.

¹³⁶ Analitičko izvješće o praćenju provedbe Zakona o pravu na pristup informacijama br. 6/21 - Usklađenost provedbe savjetovanja s javnošću u Ministarstvu zdravstva i Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje s člankom 11. Zakona o pravu na pristup informacijama, dostupno na: <https://pristupinfo.hr/2021-MZ-i-HZZO>.

Indikator	Broj/Udio
Broj objavljenih akata	84
Broj akata za koje je trebalo biti provedeno savjetovanje s javnošću	32
Broj akata kojima se cjelovito uređuje predmet normiranja	10
Broj akata kojima se mijenja i/ili dopunjuje postojeći akt	22
Broj donesenih akata anticipiranih planom savjetovanja	17
Udio akata anticipiranih planom savjetovanja (%)	53%
Broj provedenih savjetovanja s javnošću	29
Udio provedenih savjetovanja s javnošću (%)	90.6%
Prosječno trajanje svih savjetovanja s javnošću (MIZ)	27,8 dana
Prosječno trajanje svih savjetovanja s javnošću (HZZO)	3 dana
Broj savjetovanja provedenih u odgovarajućem roku	22
Udio akata za koje je savjetovanje provedeno u roku (%)	68.7%
Broj objavljenih izvješća o provedenom savjetovanju	18
Udio objavljenih izvješća o provedenom savjetovanju (%)	62.08%
Broj savjetovanja na koje nije pristigao ni jedan komentar	13
Ukupan broj zaprimljenih komentara	2841
Ukupan broj prihvaćenih ili djelomično prihvaćenih komentara	5
Udio prihvaćenih ili djelomično prihvaćenih komentara (%)	7%

Slika 4. Interpretacija Analitičkog izvješća o praćenju provedbe Zakona o pravu na pristup informacijama br. 6/21; izvor: autorica, prema izvješću Povjerenika za informiranje.

Izvješće analizira 84 akta (zakona, pravilnika, odluka, statuta) objavljena u Narodnim novinama, od kojih je 32 trebalo biti predmetom savjetovanja s javnošću. Od 32 akta, 29 je prošlo proces savjetovanja, što čini 90.6% udjela. Savjetovanja su provedena u roku za 22 akta

(68.7%). Ministarstvo zdravstva je za 22 akta provelo savjetovanje u roku od 27.8 dana, dok je HZZO za dva akta provelo savjetovanje od samo tri dana, što se smatra neprihvatljivim. Za 18 od 29 provedenih savjetovanja objavljena su izvješća, što čini 62.08% udjela. Ukupno je zaprimljen 2841 komentar, od kojih je samo 7% prihvaćeno ili djelomično prihvaćeno. Analitičko izvješće ukazuje na potrebu za poboljšanjem u području planiranja i provođenja savjetovanja s javnošću kako bi se osigurala veća transparentnost i uključivanje javnosti u donošenje važnih zakonskih i podzakonskih akata te se preporučuje bolja anticipacija obveza, kvalitetnija izrada obrazloženja za akte, dosljedna objava izvješća o savjetovanjima i motiviranje građana za sudjelovanje u savjetovanjima.¹³⁷

Obzirom da je loša praksa zadržana i u 2023. godini, zaključuje se kako bi zakonodavni okvir bilo preporučljivo upotpuniti sankcijama koje u sadašnjoj pozitivnopravnoj regulativi izostaju. Osim nepridržavanja proceduralnih pravila u postupku donošenja propisa, MIZ ima problema i s nomotehničkim zahtjevima, što će se promotriti na sljedećem primjeru.

Pravilnik je po svojoj formi podzakonski pravno obvezujući akt kojim se proširuje i detaljizira određeni dio ili članak zakona, a u kojem je sadržano ovlaštenje za njegovo donošenje. U ovom dijelu će se promotriti Nacrt pravilnika o načinu provođenja preventivne zdravstvene zaštite, a koji je u proceduri savjetovanja od 19.07. do 18.08.2024. Ovlaštenje za donošenje pravilnika postavljeno je člankom 19/7. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.¹³⁸ Obzirom da je

¹³⁷ *Ibid.*

¹³⁸ Zbog naglašavanja kompleksnosti predmetne materije kroz međuovisnosti različitih aspekata zdravstvene zaštite, članak se prenosi u cijelosti: „1. Pravo na zdravstvenu zaštitu iz članka 18. ovoga Zakona osigurava se pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe.

2. Osiguranim osobama u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja iz članka 18. ovoga Zakona Zavod osigurava plaćanje zdravstvenih usluga u cijelosti za: 1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djece do navršene 18. godine života, osiguranih osoba iz članka 12. stavaka 2. i 3. te članka 15. ovoga Zakona, 2. specifičnu zdravstvenu zaštitu redovitih učenika i redovitih studenata prema propisima o redovitom školovanju u Republici Hrvatskoj, 3. preventivnu zdravstvenu zaštitu, 4. zdravstvenu zaštitu žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda, 5. zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinski pomognutom oplodnjom, u skladu sa zakonom kojim se uređuje medicinski pomognuta oplodnja, 6. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina života, 7. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom iz registra osoba s invaliditetom utvrđenog zakonom kojim se uređuje registar osoba s invaliditetom, 8. cjelokupno liječenje zaraznih bolesti za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprječavanje njihova širenja, 9. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu, 10. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti, 11. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti, 12. cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti, 13. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu, 14. zdravstvenu zaštitu u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja, 15. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć u djelatnosti hitne medicine koja uključuje hitni prijevoz kopnenim, vodenim i zračnim putem, 16. kućne posjete i kućno liječenje, 17. patronažnu zdravstvenu zaštitu, 18. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika, 19. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept, 20. zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, 21. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite, 22. palijativnu zdravstvenu zaštitu, 23. postupke koji su sastavni dio preventivnih pregleda u okviru specifične zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

3. Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20 % pune cijene zdravstvene zaštite, a koji iznos ne može biti manji od postotaka proračunske osnovice utvrđenih točkama 1. do 8. ovoga stavka za: 1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške

riječ o izrazito kompleksnom području s velikim brojem međuovisnih zdravstvenih postupaka, pripremi Nacrta pravilnika pristupilo se vrlo ozbiljno. Tako je 27.03.2024. ministar zdravstva donio Odluku o osnivanju Radne skupine s ciljem izrade Nacrta, u koju je imenovano čak 13 prominentnih stručnjaka¹³⁹ iz područja zdravstvene zaštite. Radna skupina je do 19.07.2024. (gotovo 4 mjeseca, približno 110 dana) izrađivala ovaj bitni podzakonski akt. Uz Nacrt, u dokumente na sustavu E-savjetovanja priloženo je i Obrazloženje kojim se definira sadržaj nacrtu i argumentira važnost predmetnog uređenja zdravstvene zaštite. „Navedeno područje je važan dio reforme zdravstvenog sustava. Sveobuhvatna reforma zdravstvenog sustava ima za opći cilj održivost zdravstvenog sustava s pacijentom u središtu (...) Zaokret prema preventivi i ranom otkrivanju bolesti važan je dio i provodi se kroz više novih reformskih mjera. Preventivni zdravstveni pregledi su jedna od tih mjera koje će se provoditi unutar javnog zdravstvenog sustava, kroz obvezno zdravstveno osiguranje“, stoji u Obrazloženju. Kada uzmemo u obzir materiju koja je predmetom ovog regulatornog zahvata, ozbiljnost i stručnost imenovane radne skupine te obrazloženje koje ističe koliko je ovo područje važno za reformu zdravstvenog sustava, jasno je da se legitimno očekuje kvalitetna i detaljna definicija predmetne materije. Međutim, kao što je vidljivo na slici 5., to nije slučaj.

zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije – 1 % proračunske osnovice, 2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite – 2 % proračunske osnovice, 3. ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda – 2 % proračunske osnovice, 4. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući – 1 % proračunske osnovice po danu, 5. liječenje u drugim državama članicama i trećim državama u skladu s propisima Europske unije, međunarodnim ugovorom, ovim Zakonom i općim aktom Zavoda, ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno, 6. troškove bolničke zdravstvene zaštite – 4,01 % proračunske osnovice po danu, 7. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za odrasle osobe u dobi od 18 do 65 godina – 40,09 % proračunske osnovice, 8. dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala Zavoda za osobe starije od 65 godina – 20,04 % proračunske osnovice.

4. Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u visini od 0,30 % proračunske osnovice za: 1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, u skladu s općim aktom Zavoda, 2. izdavanje lijeka po receptu.

5. Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz stavka 3. ovoga članka koji je obvezna snositi osigurana osoba može po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznositi najviše 120,26 % proračunske osnovice.

6. Zdravstvene usluge koje se osiguravaju osiguranim osobama u okviru zdravstvene zaštite iz stavaka 2., 3. i 4. ovoga članka utvrđuje općim aktom Zavod.

7. Način provođenja preventivne zdravstvene zaštite iz stavka 2. točke 3. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

8. Način provođenja izvanbolničke hitne medicinske pomoći u djelatnosti hitne medicine koja uključuje hitni prijevoz iz stavka 2. točke 15. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

9. Posebne kategorije bolesnika i način provođenja sanitetskog prijevoza iz stavka 2. točke 18. ovoga članka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo.“

¹³⁹ Odluka o osnivanju Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Pravilnika o načinu provođenja preventivne zdravstvene zaštite, klasa: 029-01/24-04/51 urbr. 534-02-1-2/6-24-2 od 27. ožujka 2024., preuzeto s mrežnih stranica Ministarstva zdravstva na poveznici: <https://zdravlje.gov.hr/Objave/Odluka-RS-Pravilnik>.

NACRT

Na temelju članka 19. stavka 7. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“, br. 80/13, 137/13, 98/19 i 33/23) ministar zdravstva donosi

PRAVILNIK O NAČINU PROVOĐENJA PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Članak 1.

- (1) Ovim Pravilnikom uređuje se provođenje preventivne zdravstvene zaštite osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje preventivnim zdravstvenim pregledima.
- (2) Izrazi koji se koriste u ovom Pravilniku, a imaju rodno značenje, odnose se jednako na muški i ženski rod.

Članak 2.

- (1) Preventivni zdravstveni pregledi iz članka 1. ovoga Pravilnika provode se na razini primarne zdravstvene djelatnosti.
- (2) Preventivni zdravstveni pregledi provode se u djelatnosti obiteljske (opće) medicine.

Članak 3.

- (1) Preventivni zdravstveni pregled sastoji se od prikupljanja podataka o zdravstvenom stanju, životnom stilu i navikama osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, fizikalnog pregleda, dijagnostičkih postupaka, završnog mišljenja te edukacije i savjetovanja.
- (2) Protokol o načinu provedbe preventivnih zdravstvenih pregleda iz stavka 1. ovoga članka odlukom donosi ministar nadležan za zdravstvo (dalje u tekstu: ministar).
- (3) Odluka iz stavka 2. ovoga članka objavljuje se na mrežnim stranicama ministarstva nadležnog za zdravstvo.

PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 4.

Ministar će u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Pravilnika donijeti odluku iz članka 3. ovoga Pravilnika.

Članak 5.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu osmoga dana od dana objave u „Narodnim novinama“.

KLASA:

URBROJ:

Zagreb,

MINISTAR

izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med.

Slika 5. Vizualno uređeni Nacrt pravilnika o načinu provođenja preventivne zdravstvene zaštite; izvor: MIZ, javno dostupni Nacrt s portala E-savjetovanje, grafički uredila autorica.

Ovim Pravilnikom trebalo se urediti provođenje preventivne zdravstvene zaštite osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje preventivnim zdravstvenim pregledima, međutim ne uređuje se praktički ništa. Čitav Nacrt se svodi na proglašavanje primarne zdravstvene skrbi provoditeljem ovih pregleda, a sami pregledi su nabrojani poopćeno i bez ikakvih detalja ili razrade. Detaljizacija će se provesti Protokolom koji će donijeti ministar zdravstva u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu Pravilnika. Dakle, radna skupina je gotovo 4 mjeseca pripremala tekst Nacrta kojim je opet ostavila ministru manevarski prostor za stvarnu razradu ovog važnog pitanja. Ovo predstavlja lošu praksu iz razloga što se zainteresirana javnost uključuje u raspravu jedino na onoj razini na kojoj se ne raspolaže nikakvim detaljima pa samim time nema o čemu niti raspravljati, dok će se razrađeni tekst Protokola sastaviti „iza zatvorenih vrata“ bez sudjelovanja zainteresirane i stručne javnosti - ovdje je najvećim dijelom naglasak upravo na stručnoj javnosti koja neće dobiti priliku

sudjelovanja u sastavljanju ovog protokola već isključivo oni stručnjaci koje je ministar sam odabrao.

4.1.2. Procjena učinaka propisa

Procjena učinaka propisa (PUP) je ključan instrument za osiguranje kvalitete zakonodavstva. Ovaj proces omogućuje dublju analizu i razumijevanje potencijalnih posljedica koje novi zakoni ili izmjene postojećih zakona mogu imati na društvo, gospodarstvo, okoliš i druge aspekte javnog života. Cilj je osigurati da svaki zakon bude što učinkovitiji i korisniji za sve dionike, minimizirajući moguće negativne učinke.¹⁴⁰

U Hrvatskoj je od 13.05.2017. do 31.12.2023. na snazi bio Zakon o procjeni učinaka propisa,¹⁴¹ a koji je zatim zamijenjen novim zakonskim rješenjem. Ova se tematika prezentira na službenim mrežnim stranicama Ureda za zakonodavstvo Vlade RH. Prema Zakonu o instrumentima politike boljih propisa postupak procjene učinaka propisa obuhvaća niz koraka koji osiguravaju da se svaki prijedlog zakona temeljito analizira prije nego što se uputi u proceduru donošenja. Stručni nositelj, koji je zadužen za izradu nacrt prijedloga zakona, dužan je izraditi Obrazac iskaza o procjeni učinaka propisa. Obrazac detaljno opisuje problem koji zakon namjerava riješiti, specifične ciljeve koje želi postići, kao i učinke koje će zakon imati na različite aspekte društva. Savjetovanje s javnošću čini bitan dio ovog procesa kako bi se prikupilo mišljenja, prijedloge i primjedbe zainteresiranih strana. Ovaj korak osigurava da zakonodavci ne donose odluke izolirano, već uvažavajući različite perspektive i interese dionika. Nakon savjetovanja, Obrazac iskaza se dodatno dorađuje, a zakon se usklađuje s mišljenjima Ureda za zakonodavstvo i drugih nadležnih tijela.¹⁴²

Uredbom o metodologiji i postupku provedbe instrumenata politike boljih propisa definirani su standardi za procjenu učinaka propisa. Metodologija uključuje analizu problema, definiranje specifičnih ciljeva te procjenu učinaka zakona na različite sektore, uključujući gospodarstvo, održivi razvoj, socijalnu skrb i ljudska prava. Svaki od ovih sektora ima svoje specifične kriterije za procjenu učinaka. Primjerice, u području gospodarstva se procjenjuje kako će zakon utjecati na makroekonomsko okruženje, tržišno natjecanje, tržište rada, istraživanje i razvoj te

¹⁴⁰ Musa, A., *Prilagodba procesa izrade propisa europskim integracijama: novine i izazovi*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 2015., 6 (1), str. 32.

¹⁴¹ Zakon o procjeni učinaka propisa (ZPUP, NN 44/17).

¹⁴² O postupku i obrascu v. više na mrežnim stranicama Ureda za zakonodavstvo Vlade RH, pod rubrikom *Postupak procjene učinaka propisa*, dostupno na: <https://zakonodavstvo.gov.hr/procjena-ucinaka-propisa-507/>, pristupljeno 18. srpnja 2024.

zaštitu potrošača, dok se u području održivog razvoja analizira utjecaj zakona na klimu, kvalitetu zraka, vode i tla, kao i na održivost prirodnih resursa.¹⁴³

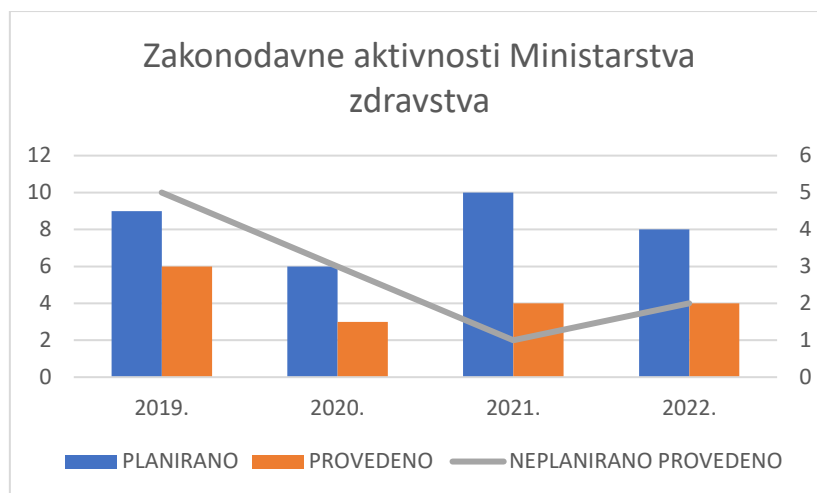
Jedan od temeljnih aspekata PUP-a je inkluzivnost - proces savjetovanja s javnošću osigurava da glasovi građana, poslovnih subjekata, nevladinih organizacija i drugih zainteresiranih strana budu uključeni u zakonodavni proces. Ova transparentnost pomaže u identificiranju potencijalnih problema i osigurava da zakoni budu pravedni i učinkoviti. Osim javnosti, važno je i uključivanje relevantnih institucija, kao što su ministarstva, regulatorna tijela i stručne organizacije. Njihova ekspertiza i uvid u specifična područja omogućuju dublje razumijevanje složenih pitanja i osiguravaju da zakoni budu utemeljeni na relevantnim podacima i analitičkim alatima. Procjena učinaka propisa iznimno je bitan proces za osiguranje kvalitete zakonodavstva obzirom da kroz temeljitu analizu, savjetovanje s javnošću i konzultacije s relevantnim institucijama, zakonodavci mogu donositi informirane odluke koje će imati pozitivne učinke na društvo. Kroz kontinuiranu procjenu i prilagodbu zakona, država može graditi pravni okvir koji je prilagođen izazovima modernog društva te preostaje pratiti kakve će rezultate polučiti ovaj novi zakonodavni okvir.¹⁴⁴

Na mrežnim stranicama Ureda za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske¹⁴⁵ objavljuju se i Izvješća o provedbi plana zakonodavnih aktivnosti. Izvješće za 2023. godinu u trenutku pisanja ovog rada još nije objavljeno pa će se analizirati aktivnosti Ministarstva zdravstva (MIZ) u vremenskom periodu od 2019. do 2022. godine. Prikupljeni podatci po godinama prikazani su u tablici niže (slika 6.)

¹⁴³ Uredba i metodologija pobliže se opisuju na mrežnim stanicama Ureda za zakonodavstvo Vlade RH, pod rubrikom Metodologija procjene učinaka propisa, dostupno na: <https://zakonodavstvo.gov.hr/instrumenti-politike-boljih-propisa/procjena-ucinka-propisa-507/metodologija-procjene-ucinka-propisa/519>, pristupljeno 18. srpnja 2024.

¹⁴⁴ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 196.

¹⁴⁵ Izvješća se mogu razgledati i/ili preuzeti na službenim mrežnim stranicama Ureda za zakonodavstvo: <https://zakonodavstvo.gov.hr/godisnji-plan-normativnih-aktivnosti/229>.



Slika 6. Zakonodavne aktivnosti MIZ 2019.-2022.; izvor: autorica, prema izvješćima o provedbi plana zakonodavnih aktivnosti Ureda za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske.

Provedba Plana zakonodavnih aktivnosti za 2019. prema stručnom nositelju Ministarstva zdravstva iznosi 67% s 9 planiranih i 6 provedenih aktivnosti. Od planiranog 1 postupka procjene učinaka propisa izvršeno je 100%, a riječ je o Zakonu o genetski modificiranim organizmima. Od neplaniranih prijedloga zakona za koje je utvrđena naknadna procjena učinaka propisa, MIZ ima 1 za Zakon o izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Neplanirane zakonodavne aktivnosti ostvarene su predlaganjem 5 *ad hoc* zakona (zakoni koji su iznimke od usvojenog Plana). MIZ je proveo 5 zakonodavnih aktivnosti bez prethodne procjene učinaka te 1 s procjenom, 5 ih je bilo neplanirano bez procjene, a neplanirani s procjenom učinaka niti jedan.

Provedba Plana za 2020. godinu za MIZ iznosi 50% sa 6 planiranih i 3 provedenih aktivnosti. Planiranih procjena učinaka propisa u 2020. godini nema, dok je neplaniranih, za koje je utvrđena naknadna procjena učinaka, 3. Neplaniranih zakonodavnih aktivnosti bilo je ukupno 3. Provedene su 3 zakonodavne aktivnosti bez procjene učinaka propisa, 0 aktivnosti s procjenom učinaka i 3 neplanirane *ad hoc* aktivnosti bez procjene učinaka.

Provedba Plana za 2021. godinu za MIZ iznosi 40% s 10 planiranih i 4 provedenih aktivnosti. Od planiranih 3 postupka procjene učinaka propisa izvršeno je 0%. Utvrđena je naknadna procjena učinaka propisa za 1 zakonodavnu aktivnost, a radi se o Zakonu o izmjenama i dopunama zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Neplanirane zakonodavne aktivnosti ostvarene su kroz 1 takav postupak. MIZ je proveo 4 planirane zakonodavne aktivnosti bez procjene učinaka propisa, niti jednu planiranu s procjenom, 1 neplaniranu bez procjene učinaka i nijednu neplaniranu s procjenom učinaka.

Provedba Plana za 2022. godinu za MIZ iznosi 50% s 8 planiranih i 4 provedenih aktivnosti. Od 4 planiranih postupaka procjene učinaka propisa izvršeno je 25% odnosno 1 – za Zakon o vodi za ljudsku potrošnju. Utvrđene su naknadne procjene učinaka propisa za 2 izmjene zakona. Neplanirane zakonodavne aktivnosti ostvarene su predlaganjem 2 ad hoc zakona. MIZ je proveo 3 planirane zakonodavne aktivnosti bez procjene učinaka propisa, 1 planiranu s procjenom učinaka, 2 neplanirane bez procjene i nijednu neplaniranu s procjenom učinaka propisa.

Ovi podaci ukazuju na izazove u planiranju i provođenju zakonodavnih aktivnosti Ministarstva zdravstva, posebno u kontekstu neplaniranih aktivnosti i nedovršenih procjena učinaka propisa, što zasigurno imata implikacije na učinkovitost i kvalitetu propisa koje donose.

Za konkretniji primjer procjene učinaka propisa zdravstvenog sektora izdvaja se Savjetovanje o Obrascu naknadne procjene učinaka propisa za Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Zakon o izmjeni i dopunama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti,¹⁴⁶ koje je provelo Ministarstvo zdravstva, a trajalo je od 11.04.2023. do 11.05.2023. s očekivanom objavom izvješća 11.07.2023. Na ovaj obrazac uloženo je 6 komentara, a izvješće nije nikad objavljeno. Kao zanimljivost izdvaja se točka 3.5. u RIA analizi pod nazivom „Analiza učinaka primjene Zakona na zaštitu okoliša“ u kojoj ministar navodi da primjena Zakona nema učinaka na zaštitu okoliša, dok jedan trezveni glas zainteresirane javnosti ovdje ostavlja komentar kako tu pretpostavku treba mijenjati iz razloga postojanja potrebe zbrinjavanja infektivnog otpada, a oko čega je problematika postala vrlo izraženom prilikom pandemije koronavirusa. Na ostavljeni komentar nema odgovora.

Za najrecentniji primjer uzima se posljednje objavljeno Savjetovanje o Obrascu prethodne procjene za Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti,¹⁴⁷ zatvoreno 11. siječnja 2024., s uredno objavljenim izvješćem. Prema izvješću, sva su 4 uložena komentara „primljena na znanje“, što svakako predstavlja proaktivni pomak u komunikaciji s javnošću, koliko god minimalan bio. Ovdje se iz Obrasca izdvajaju točke 2. Analiza postojećeg stanja i 3. Utvrđivanje ishoda odnosno promjena, u kojim sekcijama su zadana sljedeća pitanja: „Što je problem koji zahtjeva izradu ili promjenu zakonodavstva? Zašto je potrebna izrada nacrtu prijedloga zakona? Navedite dokaz, argument, analizu koja podržava potrebu za izradom nacrtu

¹⁴⁶ Postupak savjetovanja dostupan je na: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=23844>.

¹⁴⁷ Postupak savjetovanja dostupan je na: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=26080>.

prijedloga zakona. Što je cilj koji se namjerava postići? Kakav je ishod odnosno promjena koja se očekuje u području koje se namjerava urediti“?

Na sva ova pitanja i zahtjeve, MIZ odgovara identičnim odgovorom,¹⁴⁸ a koji glasi: „*Zakonski prijedlog ima za cilj unaprijediti postupak odobravanja specijalizacija, sklapanje ugovora o međusobnim pravima i obvezama vezanim uz specijalističko usavršavanje između zdravstvene ustanove i specijalizanta, kao i uređenje stvarnih troškova specijalizacije te naknadi u slučaju otkaza ugovora. Uredit će se mogućnost da privatnu praksu u ordinaciji može obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim preddiplomskim i diplomskim studijem ili sveučilišnim integriranim preddiplomskim i diplomskim studijem ili specijalističkim diplomskim stručnim studijem ako, između ostalih, nije u radnom odnosu odnosno ne obavlja drugu samostalnu djelatnost, osim u slučaju kada ima sklopljen ugovor s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje. Također ima za cilj unaprijediti odredbe u vezi s polaganjem europskog specijalističkog ispita pred Europskom udrugom medicinskih specijalista (UEMS).*“ Dakle, MIZ zapravo ne nudi nikakve druge odgovore dalje od materije kojom se zakon ima namjeru baviti, pa tako neka temeljna pitanja poput „zašto je potrebna izrada“ ili „kakav je očekivani ishod“ ostaju u potpunosti neodgovorena. Navođenje dokaza, argumenta ili analize kojim bi se podržalo potrebu za izradom nacрта prijedloga zakona MIZ apsolutno ignorira. Slijedom iznesenog, razvidno je da se u procjenu učinaka propisa ne ulaže dovoljno već se aktivnost isključivo svodi na šturo iznošenje nekih osnovnih ideja, bez ikakve dublje analize.

Svi ovdje promotreni primjeri vezani su uz primjenu starog Zakona o procjeni učinaka propisa iz 2017. koji je u međuvremenu postao opsoletan. Preostaje pratiti primjenu novog zakonskog rješenja u nadi da će izostati ponavljanje loše prakse.

4.1.3. Upravna simplifikacija i moderne tehnologije

Upravna se simplifikacija provodi raznovrsnim metodama (zakonodavnom giljotinom, upotrebom informacijsko-komunikacijskih tehnologija, konstruktom jedinstvenog upravnog mjesta), a izražava težnju da se djelovanje uprave što više pojednostavi - kako u pogledu jasnoće i razumljivosti propisa tako i u smislu samih procedura u upravi.

U području zdravstva pojednostavljenje kroz deregulaciju promotrit će se kroz prizmu internih akata kojima svaka javnozdravstvena ustanova kao organizacija s visokom razinom autonomije uređuje područje vlastitog djelovanja. Analizirat će se primjer Klinike za infektivne bolesti

¹⁴⁸ Ova metoda se naziva *copy/paste*.

„Dr. Fran Mihaljević“ - svi ovdje korišteni podaci javno su dostupni pa tako i preuzeti s mrežnih stranica Klinike. Regulatorni okvir djelovanja Klinike obuhvaća kombinaciju osnovnih zakonskih propisa (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, Zakon o zaštiti prava pacijenata i Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju), dok su prava i dužnosti zdravstvenih radnika ponajprije regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, a na druga pitanja u vezi s profesionalnim obavljanjem zdravstvene djelatnosti primjenjuju se odredbe posebnih zakona o profesijama u zdravstvu.¹⁴⁹ Prema javno objavljenim podacima na mrežnim stranicama Klinike, „financijsko poslovanje neposredno je regulirano osnovnim zakonskim propisima,¹⁵⁰ a posljedično financijsko izvještavanje temelji se na primjeni ugovornog odnosa s HZZO-om i ostalih zakonskih propisa, te internih odluka, mjera i aktivnosti uprava zdravstvenih ustanova poput Pravilnika o rashodu i daljnjem postupanju s rashodovanom imovinom; Procedura evidencija o odrađenom prekovremenom radu djelatnika; Procedura o stvaranju ugovornih obveza; Procedura likvidiranja računa i Procedura evidentiranja i obračuna odrađenog rada.“¹⁵¹ Opći akti i odluke Klinike koji su javno dostupni na službenim mrežnim stranicama su: Statut Klinike, Pravilnik o unutarnjem ustroju i sistematizaciji položaja i radnih mjesta s izmjenama i dopunama,¹⁵² Pravilnik o popisu imovine i obveza i njegova izmjena, Pravilnik o načinu korištenja vlastitih prihoda ostvarenih od obavljanja osnovne i drugih djelatnosti na tržištu, Procedura o blagajničkom poslovanju, Procedura naplate prihoda i njena izmjena, Pravilnik o postupku provođenja jednostavne nabave, Odluka o cijeni izrade preslike ili izrade digitalnog formata skeniranjem medicinske

¹⁴⁹ Zakon o liječništvu, Zakon o ljekarništvu, Zakon o sestrinstvu, Zakon o primaljstvu, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Zakon o djelatnostima u zdravstvu, Zakon o krvi i krvnim pripravcima, Zakon o zaštiti od neionizirajućeg zračenja, Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zakon o lijekovima, Zakon o medicinskim proizvodima, Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja te Zakon o medicinskim pomognutoj oplodnji.

¹⁵⁰ Redom se nabrajaju: Zakon o proračunu, Pravilnik o proračunskom računovodstvu i računskom planu, Zakon o fiskalnoj odgovornosti, Zakon o sustavu unutarnjih financijskih kontrola u javnom sektoru, Zakon o radu, Zakon o plaćama u javnim službama, Uredba o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama, Temeljni kolektivni ugovor za službenike i namještenike u javnim službama, Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakon o javnoj nabavi, Zakon o zaštiti prava pacijenata, Mreža javne zdravstvene službe, Zakon o porezu na dodanu vrijednost, Zakon o porezu na dohodak, Zakon o obveznim odnosima, Pravilnik o financijskom izvještavanju u proračunskom računovodstvu, Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Zakon o ustanovama, Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite.

¹⁵¹ Tekst preuzet sa službene mrežne stranice Klinike za infektivne bolesti, pod rubrikom *Zakoni, propisi i akti*, dostupno na: <https://bfm.hr/zakoni-propisi-i-akti/>, pristupljeno 01. kolovoza 2024.

¹⁵² Pravilnik je iz kolovoza 2014. godine, a izmjene i dopune su vršene u srpnju 2015. te veljači i prosincu 2023. godine. Izmjene i dopune su također javno dostupne.

ili nemedicinske dokumentacije te Procedura upravljanja i raspolaganja nekretninama u vlasništvu Klinike za infektivne bolesti. Javno nisu dostupni sljedeći akti: Pravilnik o radu, Pravilnik o zaštiti na radu, Pravilnik o unutarnjem nadzoru, Pravilnik o zaštiti arhivskoga i registraturnog gradiva Klinike te Odluka o početku, završetku i rasporedu radnog vremena. Na mrežnim stranicama Klinike navedeno je da se sadržaj ovih akata otkriva isključivo na pisani zahtjev, što pretpostavlja i mogućnost odbijanja takvog zahtjeva.

Za konkretni primjer deregulacije može se uzeti činjenica da su bolnice u vrijeme SFRJ imale Pravilnike o zaštinoj odjeći, čija je primjena prestala u većem ili manjem obimu (ovisno o pojedinoj ustanovi). KIB, kao i većina javnozdravstvenih ustanova, na svojim službenim mrežnim stranicama nema objavljen takav pravilnik niti službenu proceduru ili neki drugi akt kojim bi se uređivalo pitanje službenih odora.

Materija koju su takvi pravilnici regulirali odnosila se na uniforme pa se tako propisivalo vrstu, količinu, rok korištenja i način njihove nabave, a detaljni tabelarni prikaz bi se prilagao uz pravilnik kao njegov sastavni dio. Regulacija je bila detaljna i precizna, omogućavala je kontrolu i upravljanje te planiranje budućih izdataka, a za realizaciju su uglavnom bili zaduženi knjigovođe osnovnih sredstava. Danas interni akti javnozdravstvenih ustanova više nisu opterećeni pravilnicima o službenim odorama pa medicinsko osoblje nosi uniforme raznih boja i krojeva, a koje su uglavnom nabavili o vlastitom trošku.¹⁵³

Opisana deregulacija u zdravstvu je proizvela sljedeće učinke: pacijenti više ne mogu razlikovati razlikovati upravno osoblje od fizičkih osoba (drugih pacijenata); često nije moguće razlikovati kategoriju zaposlenika jer medicinsko osoblje o vlastitom trošku nabavlja odore prema vlastitoj preferenciji te se uniforme javljaju i u crvenoj ili crnoj boji, slijedom čega pacijentu nije jasno kako se obratiti službenoj osobi (doktor, sestra, referent). Mogući su i sljedeći učinci: otežano kontinuirano praćenje stanja osobnih zaduženja i prekid redovnog periodičnog planiranja nabave službene odjeće; neupućenost osoblja u procedure postupanja s osobnim zaduženjima (ako se prilikom oštećenja ili dotrajalosti uniforme stanje ne dojavljuje referadi ili se predmetna uniforma ne predaje referentu već se jednostavno baci u smeće, to može predstavljati knjigovodstveni problem jer zaduženje ostaje evidentirano u sustavu), itd.

U zdravstvu je najpoznatiji zahvat upravnog pojednostavljenja uvođenje eRecept sustava odnosno elektroničkog recepta kojim se pacijentima omogućilo da dobiju propisane lijekove

¹⁵³ Ustanove još uvijek ponekad provedu nabavu službenih odora, ali ove nabave se više ne provode planski i redovno. Prema javno objavljenim podacima, Klinika je primjerice zadnji puta provela postupak jednostavne nabave uniformi 2019. godine; dostupno na: https://bfm.hr/wp-content/uploads/2019/10/11_02-Dokumentacija-za-nadmetanje.docx.

bez potrebe za fizičkim posjetom liječniku radi podizanja papirnato recepta. Liječnici tako izdaju recepte putem računala, a pacijenti mogu podići lijekove u bilo kojoj ljekarni u Hrvatskoj samo predajući svoju zdravstvenu iskaznicu. Ova digitalizacija procesa smanjuje administrativni teret za zdravstvene radnike, ubrzava proces za pacijente, te smanjuje potrebu za papirnatom dokumentacijom, a ujedno smanjuje i mogućnost pogrešaka te gubitak fizičkih dokumenata.¹⁵⁴

Primjer eRecepta jasno ilustrira kako digitalizacija i modernizacija mogu pojednostaviti administrativne procese u zdravstvenom sustavu. Međutim, iako izgleda kao ogledni primjer uspješno provedenog modernizacijskog zahvata, u realizaciji kroz praktični rad uočene su brojne poteškoće. Naime, eRecepti samo su jedan od modula usluga unutar krovnog informacijskog sustava, notornog CEZIH-a (Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske).

CEZIH povezuje različite zdravstvene ustanove i omogućuje razmjenu zdravstvenih podataka u realnom vremenu te obuhvaća mnoge usluge uključujući eRecept, eUputnicu, eKartone, i druge elektroničke servise koji omogućuju funkcioniranje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Osmišljen je kao integralna informacijska infrastruktura za povezivanje različitih segmenata zdravstvenog sustava, uključujući obiteljsku medicinu, ljekarne, laboratorije i bolnice. Glavni cilj bio je omogućiti standardiziranu obradu i pohranu zdravstvenih podataka na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Kroz godine, CEZIH je prepoznat kao hvaljeno rješenje zbog digitalizacije zdravstvenog sustava, što je omogućilo uštede vremena i smanjenje papirologije u medicinskom sektoru. Međutim, sustav je daleko od savršeno uhodanog, podložan je tehničkim poteškoćama i kritikama zbog čestih padova. Financijsko analiziranje CEZIH-a pokazalo se vrlo izazovnim, obzirom da nema javno dostupnih preglednih podataka o ovom ogromnom informatičkom pothvatu hrvatskog zdravstva, barem ne na jednom mjestu. Pokušaji da se zbroji ukupan trošak izrade, implementacije i održavanja sustava vrlo su otežani obzirom da se podatci o ugovorima nalaze na Elektroničkom oglasniku javne nabave (EOJN),¹⁵⁵ a njihovo je ekstrakciranje praktički onemogućeno zbog nepreglednosti, izostanka repetitivnih ključnih riječi i općenito opsežnosti dokumentacije.

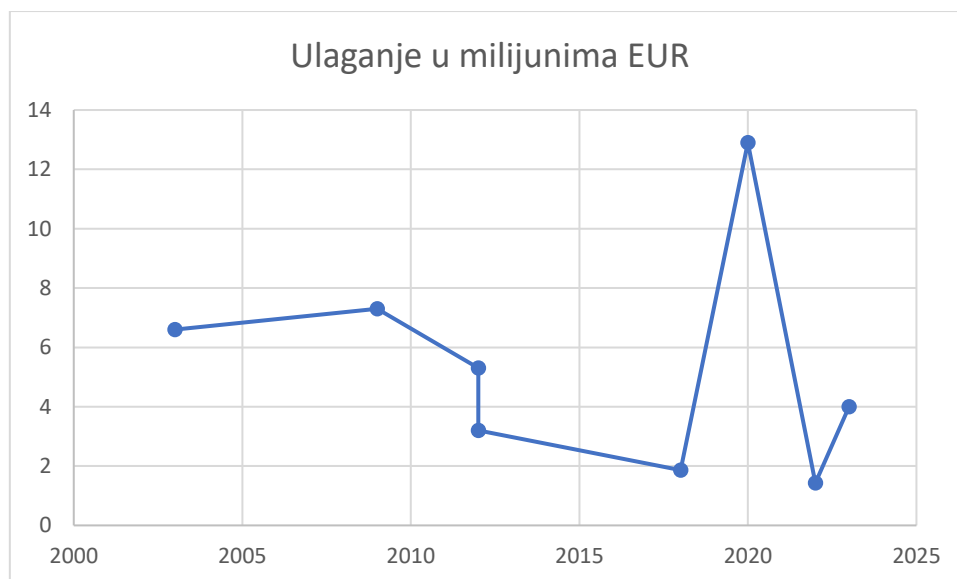
¹⁵⁴ Interpretacija prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., dostupno na: <https://vlada.gov.hr/ZPPI/Strategije>; pristupljeno 5. kolovoza 2024.

¹⁵⁵ Elektronički oglasnik javne nabave platforma je za provođenje postupka javne nabave sukladno Zakonu o javnoj nabavi, na kojem naručitelji objavljuju postupke javne nabave dok gospodarski subjekti sudjeluju kao ponuditelji u postupcima javne nabave. Dostupno na: <https://eojn.nn.hr/Oglasnik/>.

Pretraživanjem EOJN te istraživanjem medijskih napisa prikupljeni su sljedeći djelomični podatci - tadašnje Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (MZSS) sklopilo je 2003. godine prvi ugovor vrijedan oko 6,6 milijuna EUR s Ericsson Nikola Tesla d.d. (ENT) za „informatizaciju primarne zdravstvene zaštite“, nakon čega nema podataka sve do 2008. i 2009. godine, kada je sustav postao operativan, a spomenuta zagrebačka tvrtka dobila novi ugovor (za održavanje sustava) vrijedan oko 7,3 milijuna EUR. Krajem 2012. godine izravnom je nagodbom sklopljen i treći ugovor između Ministarstva zdravlja i ENT d.d, vrijedan oko 5,3 milijuna EUR, ponovno na ime usluga održavanja. Iste godine je na natječaju HZZO-a za projekt izgradnje informatičke infrastrukture vrijedan oko 3,2 milijuna EUR pobijedio KING ICT d.o.o. Ovdje se radilo o nadogradnji infrastrukturne platforme na kojoj će se razvijati sve usluge e-zdravstva u sljedećih nekoliko godina, a obuhvaćeni su informatički sustavi HZZO-a i primarne zdravstvene zaštite. ENT d.d. i Ministarstvo zdravstva potpisali su i 2018. godine ugovor vrijedan 1.86 milijuna EUR koji je vezan uz niz rješenja za efikasnije upravljanje zdravstvenim sustavom, zatim je između istih subjekata 2020. zaključen natječaj o održavanju i nadogradnji za naredne 3 godine, vrijednosti 12,9 milijuna EUR. ENT d.d. je i 2022. uz IN2 d.o.o. dobio posao vrijedan 1.43 milijuna EUR za migraciju podataka CEZIH-a. 2023. godine s ENT d.d. je potpisan novi ugovor o održavanju, na godinu dana, vrijedan oko 4 milijuna EUR. Ovako prikupljeni podatci govore o minimalno 42,59 milijuna EUR utrošenih u sustav CEZIH-a.¹⁵⁶ Osim navedenih, u realizaciji kroz niz godina sudjelovale su i brojne druge tvrtke (S&T d.o.o., Computech d.o.o., itd) o kojima nema spomena na službenim mrežnim stranicama MIZ ili HZZO pa bi bilo potrebno analizirati svaki ikad objavljeni postupak nabave na EOJN, što izlazi iz dosega ovog istraživanja. Činjenica da svi podatci o ovom sustavu nisu pregledno prikazani na jednom mjestu predstavlja poražavajući primjer odnosa države prema zahtjevima transparentnosti i otvorenosti.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Riječ je o okvirnom iznosu; prilikom preračunavanja korišten je fiksni tečaj konverzije, koji iznosi 7,53450 HRK za 1,00 EUR, a koji je utvrdilo Vijeće Europske unije.

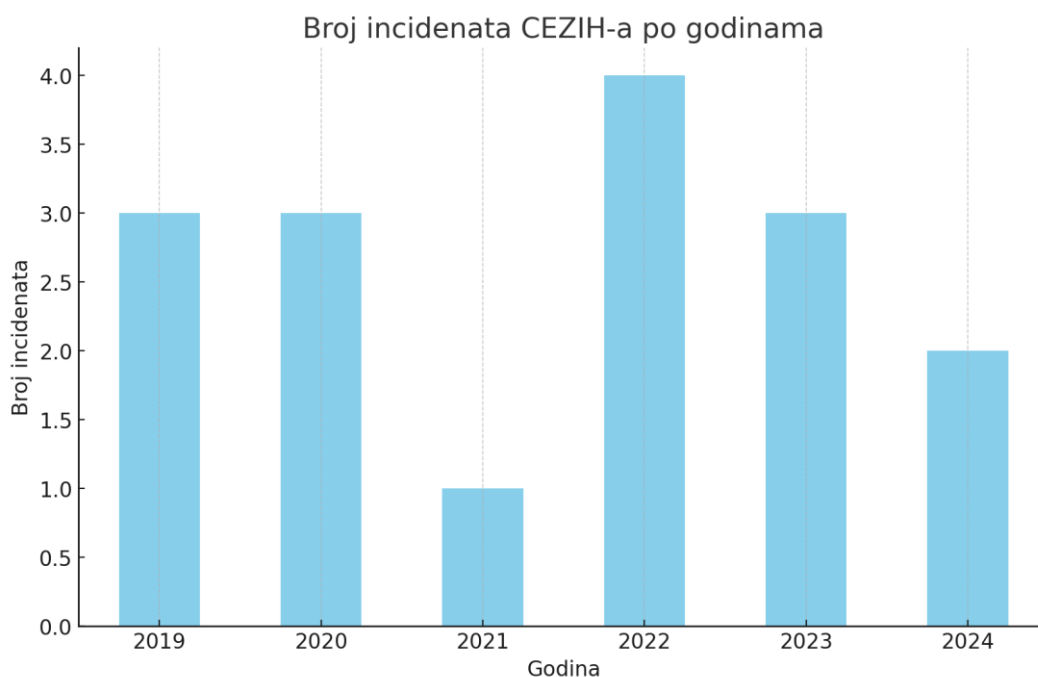
¹⁵⁷ Podaci su prikupljeni s EOJN, dostupno na: <https://eojn.nn.hr/Oglasnik/>, te filtriranjem rezultata pretraživanja novinskih napisa, primjerice Telegram (dostupno na: <https://www.telegram.hr/tema/cezih/>), Večernji (dostupno na: <https://www.vecernji.hr/sustav-cezih-vec-tjednima-dovodi-lijecnike-do-ocaja-i-ugrozava-pacijente-1793357>), Index (dostupno na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/u-20-godina-na-cezih-drzava-je-ulupala-milijune-i-milijune-eura/2589024.aspx>), itd.



Slika 8. Ulaganje u CEZIH u milijunima EUR; izvor: autorica, prema vlastitom istraživanju baze EOJN i medijskih napisa (približno, dostupni samo djelomični podaci).

Međutim, problematika oko CEZIH-a nije limitirana na nedostatak transparentnosti – u žiži javnosti najčešće se nalazi činjenica da sustav ima ogromnih problema u redovnom radu, do mjere da se postavljaju neka ozbiljna pitanja funkcioniranja čitavog zdravstvenog sustava.¹⁵⁸ Za analizu učestalosti prekida rada CEZIH-a (operativni incident kolokvijalno poznat kao „pad sustava“) korištene su samo informacije prikupljene s javnih portala. Naime, zbog određenih tehničkih rješenja ovog sustava svima koji su zaposleni u zdravstvenom sektoru i u radu koriste barem neku od CEZIH-ovih ekstenzija poznato je da do operativnih poteškoća dolazi svaki petak u jutarnjim satima, ali obzirom da pojašnjenje ove specifičnosti zahtjeva informatičko-tehnološku analizu, zadržat ćemo se samo na velikim, ozbiljnim incidentima koji su bili opsežno popraćeni u medijima (Index, Večernji list, Dnevnik.hr, Net.hr, Slobodna Dalmacija, i dr.), za vremenski period od 2019. do 2024. godine.

¹⁵⁸ Primjerice članak objavljen na mrežnim stranicama Večernjeg Lista pod naslovom „Česti problemi s CEZIH-om: Postavlja se pitanje ostvaruju li građani Ustavom zajamčenu zdravstvenu zaštitu“; dostupno na: <https://www.vecernji.hr/vijesti/tko-je-odgovoran-za-ucestale-probleme-cezih-a-sustav-vec-tjednima-dovodi-lijece-nike-do-ocaja-i-ugrozava-pacijente-1793357>.



Slika 9. Broj operativnih incidenata CEZIH-a 2019.-2024.; izvor: autorica prema vlastitom istraživanju medijskog izvještavanja.

23. kolovoza 2019. Index je izvijestio o nedostupnosti sustava kao incidentu koji je trajao satima.¹⁵⁹ 15. veljače i 19. ožujka 2019. o problemima u radu CEZIH-a javili su iz MAMM d.o.o., društva koje predstavlja suradnike poduzeća ENT d.d., te su zamolili korisnike da pređu u model rada koji je predviđen za izvanredne situacije.¹⁶⁰ Za 2020. godinu izostaju direktne poveznice na tekstove koji izvještavaju o padu sustava te se pretpostavlja da su arhivirane ili jednostavno uklonjene s portala, ali u rezultatima pretraživanja¹⁶¹ se mogu naći naslovi koji svjedoče o incidentima, sukladno poznatoj uzrečici „internet sve pamti.“ Tako su o padu CEZIH-a u 2020. godini primjerice pisali Poslovni dnevnik („17. velj 2020. – Veliki problemi u sustavu e-Recepata, e-Uputnica, e-Nalaza, e-Naručivanja: HZZO uputio preporuku liječnicima.“), MAMM d.o.o. („24. ožu 2020. – Trenutno CEZIH sustav ima poteškoće u radu“) i Osijek Express („27. ožu 2020. – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje objavio je danas kako će tijekom vikenda CEZIH biti 'out'“). 28. kolovoza 2021. godine Zadarski.hr prenosi tekst Slobodne Dalmacije o nemogućnosti podizanja lijekova zbog prekida rada CEZIH-a.¹⁶² 23. ožujka 2022. TPortal javlja da se lijekovi mogu podignuti samo „papirom od

¹⁵⁹ Dostupno na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/proradio-sustav>.

¹⁶⁰ O ovome v. više na: <https://mamm.hr/sustav-cezih/>.

¹⁶¹ Postavke pretraživanja za dohvat navedenih informacija su: <https://CEZIH+NE+RADI.01.01.2020:31.12.2020>.

¹⁶² Dostupno na: <https://zadarski.slobodnadalmacija.hr/zadar/regional/u-apotekama-pao-sustav-za-recepte-za-podizanje-lijekova>.

liječnika.¹⁶³ 18. kolovoza 2022. Šibenski portal obavještava o padu CEZIH-a,¹⁶⁴ o čemu javlja i HRT,¹⁶⁵ kao i Jutarnji list.¹⁶⁶ Metkovski portal izvještava o padu sustava 2. studenog zbog velikog opterećenja,¹⁶⁷ a Slobodna Dalmacija javlja o konačnom otklanjanju poteškoća i uspostavljanju rada 4. studenog 2022.¹⁶⁸ 19. srpnja 2023. Večernji list izvještava o višednevnoj problematici s prekidom rada,¹⁶⁹ a o novom padu CEZIH-a 28. rujna 2023. izvjestili su Index,¹⁷⁰ Telegram¹⁷¹ i portal Mirovina.hr.¹⁷² 22. studenog 2023. ponovno su zabilježene poteškoće, o čemu javlja Večernji list.¹⁷³ 19. srpnja 2024. Večernji obavještava o novom padu sustava,¹⁷⁴ a 12. kolovoza 2024. o novom prekidu rada pišu Jutarnji list¹⁷⁵, 24 sata¹⁷⁶ i Poslovni dnevnik.¹⁷⁷ Iz ovog pregleda incidenata vidljivo je da sustav ima popriličnih operativnih problema koji se vrlo negativno održavaju na krajnje korisnike, a iako je u upotrebi već duži niz godina, još uvijek nije izborio pobjedu nad sigurnošću rukom pisanih uputnica i recepata. Međutim, ono što se ovim istraživanjem isprofiliralo kao posebno zabrinjavajuće jest nedostatak podataka u 2020. godini. Ova godina predstavlja svojevrsnu prekretnicu u zdravstvenom sustavu RH zbog proglašenja pandemije,¹⁷⁸ a koja je službeno završena tek 12. svibnja 2023.¹⁷⁹ i u kojoj se bilježi rast utjecaja javnozdravstvenog sektora u koncentraciji autoriteta izvršne vlasti. Ovaj rad neće detaljno analizirati državnu i javnu upravu za vrijeme

¹⁶³ Dostupno na: <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/pao-cijeli-sustav-do-lijekova-u-ljekarnama-trenutno-samo-s-papirom-od-lijecnika-20220323>.

¹⁶⁴ Dostupno na: <https://sibenskiportal.hr/iz-hrvatske/pao-informaticki-sustav-u-bolnicama-diljem-hrvatske/>.

¹⁶⁵ Dostupno na: <https://vijesti.hrt.hr/hrvatska/pao-informaticki-sustav-u-bolnicama-0-9079159>.

¹⁶⁶ Dostupno na: <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/pao-informaticki-sustav-u-bolnicama-diljem-hrvatske-nitko-nije-ima-ovid-u-elektronicke-uputnice-15236410>.

¹⁶⁷ Dostupno na: <https://likemetkovic.hr/portal/pao-sustav-za-izdavanje-recepata-i-uputnica/>.

¹⁶⁸ Dostupno na: <https://slobodnadalmacija.hr/split-i-zupanija/split/pao-informacijski-sustav-u-zdravstvu-pacijenti-ne-mogu-do-lijekova-na-recept-doktori-ne-mogu-pisati-uputnice>.

¹⁶⁹ Dostupno na: <https://www.vecernji.hr/vijesti/lijecnici-se-pozalili-pacijenti-ostali-bez-uputnica-i-recepata-jer-cezih-tjedan-dana-ne-funkcionira-1696306>.

¹⁷⁰ Dostupno na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/ljudi-svako-malo-ne-mogu-do-lijekova-evo-tko-se-time-bavi-i-koliko-to-placamo/2499666.aspx>.

¹⁷¹ Dostupno na: <https://www.telegram.hr/vijesti/berosev-sustav-svako-malo-pada-pa-gradani-danima-ne-mogu-do-lijekova-doktori-za-telegram-opisuju-opet-je-kaos/>.

¹⁷² Dostupno na: <https://www.mirovina.hr/zdravlje/pao-cezih-gradani-ne-mogu-po-lijekove-i-na-kontrole-kod-lijecnika-vec-dva-dana/>.

¹⁷³ Dostupno na: <https://www.vecernji.hr/vijesti/nove-poteskoce-u-radu-cezih-a-ponovno-se-rusi-intenzivno-radimo-na-otklanjanju-1733578>.

¹⁷⁴ Dostupno na: <https://www.vecernji.hr/vijesti/pao-i-cezih-ima-probleme-u-radu-sustava-radimo-na-otklanjanju-1786071>.

¹⁷⁵ Dostupno na: https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/pao-je-cezih-oglasio-se-hzzo-molimo-korisnike-da-prijedu-na-uputnice-i-recepte-na-papiru-15491366?cx_linkref=jl_home_najnovije.

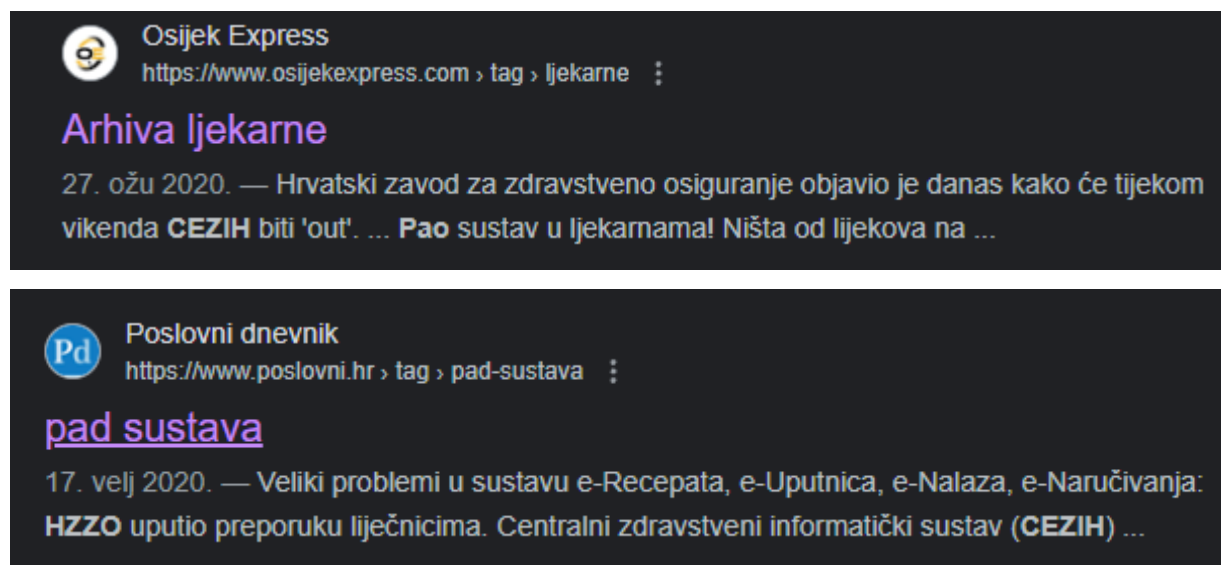
¹⁷⁶ Dostupno na: <https://www.24sata.hr/news/cezih-je-u-dva-tjedna-pao-vec-tri-puta-iznimno-je-kompleksan-sustav-radimo-na-normalizaciji-999062>.

¹⁷⁷ Dostupno na: <https://www.poslovni.hr/hrvatska/cezih-ponovno-pao-centralni-zdravstveni-sustav-ponovno-nedostupan-4451793>.

¹⁷⁸ Odluka Ministarstva zdravstva dostupna je na: <https://zdravstvo.gov.hr>.

¹⁷⁹ Odluka o proglašenju prestanka epidemije bolesti Covid-19 uzrokovane virusom SARS-CoV-2, NN 51/23, dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2023_05_51_842.html.

pandemije, ali je neizostavno izraziti sumnju u kontrolu medija i ograničavanje slobode protoka informacija. Naime, upravo je nevjerojatno da za čitavu godinu nije moguće dohvatiti nijedan tekst koji se bavio pitanjem pada sustava, iako su zabilježeni.¹⁸⁰



Slika 10. Screenshot rezultata pretraživanja Interneta o operativnim incidentima CEZIH-a 2020. godine, a koji rezultati nisu dostupni za dohvat; izvor: autorica, vlastito istraživanje.

Informatizacija zdravstva općenito ima previše problema, što je moguće ilustrirati dodatnim primjerima uspostave platforme Cijepise i projekt e-Bolnice.¹⁸¹ Platforma Cijepise doživjela je potpuni fijasko zbog iznimno loše izvedbe, a vrijednost čitavog projekta procijenjena je na 595.668,75 EUR, dok je (navodno) za platformu plaćeno „samo“ približno 26.133,33 EUR.¹⁸² Vlasnik tvrtke izvođača Cuspis d.o.o. poznanik je ministra zdravstva pa su mediji s velikim zanimanjem pratili realizaciju ovog projekta, a govorilo se i o mogućoj ostavci Vilija Beroša. Naime, web stranica Cijepise napravljena je iz predloška koji se može kupiti po cijeni od 49 USD, a za ove informatičke usluge nije bio raspisan javni natječaj.¹⁸³ Natječaj također nije raspisan ni za izradu stranice Korona.hr, koja usluga je plaćena približno 150.000,00 EUR tvrtki Media Val d.o.o. Ministarstvo je opravdalo ove ugovore člankom 42. Zakona o javnoj nabavi¹⁸⁴ kojim se propisuju izuzeci primjene temeljem „zaštite bitnih sigurnosnih interesa

¹⁸⁰ Kada se uzme u obzir da je i za sljedeću, 2021. godinu samo jedan tekst upozoravao na pad sustava, sumnja postaje izraženija.

¹⁸¹ O ovome je opsežno pisao Telegram, primjerice - <https://www.telegram.hr/komentari/zasto-je-propalo-cijepljenje-u-hrvatskoj-skandal-s-milijunima-za-autora-platforme-cijepise-govori-sasvim-dovoljno/>.

¹⁸² Da je ovaj tip informatizacije moguće provesti i uspješno i jeftinije potvrđuje primjer Međimurske županije koja je svoju (funkcionalnu) platformu za naručivanje uspostavila 2 mjeseca prije nacionalne, a što je platila oko 5.300,00 EUR.

¹⁸³ O ovome je primjerice pisao Index - <https://www.index.hr/vijesti/clanak/stranicu-cijepise-radila-firma-berosevog-fotografom-koji-kosta-49-dolara/2269021.aspx>.

¹⁸⁴ Zakon o javnoj nabavi, ZJN (NN 120/16, 114/22).

Republike Hrvatske“, a ugovor je zaključen po dostavi pozitivnog mišljenja tadašnjeg Ministarstva gospodarstva, poduzetništva i obrta, kao nadležnog tijela državne uprave za pitanja javne nabave. S druge strane, projekt e-Bolnice financiran je sredstvima EU (približno 15 milijuna EUR) s namjerom uspostave standardnih integriranih informatičkih sustava u javnim bolnicama, a za izvođača je javnim natječajem izabrana tvrka s bogatim iskustvom izrade cvjetnih aranžmana - Navada d.o.o. Međutim, natječaj je poništen, a novci vraćeni EU zato što su „postale poznate okolnosti zbog kojih inače ni ne bi došlo do pokretanja postupka nabave“. Spomenute okolnosti odnose se na činjenicu da bolnice imaju svoja pojedinačna informatička rješenja i da su integrirane na CEZIH, iako ne postoji međusobna integracija između javnozdravstvenih ustanova.¹⁸⁵

Nakon ovog detaljnog pregleda informatizacije javnog zdravstva nažalost se ne može ponuditi ohrabrujući zaključak. Postupci informatizacije su nasumičini, neujednačeni, sustavi nisu povezani, dok centralni sustav ima trajnih i ozbiljnih operativnih problema, a što sve zajedno čini zdravstvo administrativno disfunkcionalnim i krajnje netransparentnim. Zbrojeno s ostalim prethodno analiziranim aspektima upravljanja, ovo se negativno odražava na razinu i kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi.

4.2. UPRAVLJANJE S NAGLASKOM NA ISHODE I IZVEDBU

4.2.1. Upravljanje putem ciljeva

Management by objectives (MBO) se kao koncept koristi u različitim sektorima, uključujući i zdravstvo, no specifični, dokumentirani primjeri provedbe MBO-a u hrvatskom zdravstvu često nisu tako nazvani istaknuti. Međutim, postoje projekti i inicijative unutar zdravstvenog sustava koji pokazuju elemente MBO-a, te se za primjer izdvaja Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke kojeg je Hrvatska usvojila 2006. godine. Program je dio šire strategije prevencije i ranog otkrivanja raka i provodi se uz podršku Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), te županijskih zavoda za javno zdravstvo. Ciljevi programa uključuju smanjenje mortaliteta od raka dojke za 25% unutar pet godina od početka provođenja programa, povećanje postotka otkrivenih karcinoma u ranoj fazi te poboljšanje kvalitete života oboljelih žena. Kao primarni alat za probir koristi se mamografija jer omogućuje otkrivanje raka dojke u ranoj fazi, često i do dvije godine prije nego što postane klinički vidljiv. U okviru

¹⁸⁵ O ovome je izvještavao primjerice Telegram - <https://www.telegram.hr/politika-kriminal/debaki-famozne-reforme-zdravstva-berosu-propao-projekt-za-koji-je-eu-dala-112-milijuna-kuna-razlog-je-show/>.

Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke 2017. godine tiskane su i Hrvatske smjernice za osiguranje kvalitete probira i dijagnostike raka dojke.¹⁸⁶ Prema zadnje dostupnim podacima¹⁸⁷ ukupno je završeno šest ciklusa pozivanja žena, a sedmi je u tijeku.¹⁸⁸ Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), svake godine u okviru Programa učini se oko 150.000 mamografskih pregleda, odaziv je oko 60%, a provedbom ovog programa ukupno je otkriveno preko 7.000 novih karcinoma dojke. Raspon odaziva prema županijama kreće se između 45 i 80%, a najveći odaziv imaju Međimurska, Krapinsko-zagorska, Brodsko-posavska i Požeško-slavonska županija, i to u rasponu 70-80%.¹⁸⁹ Tako u ovom programu možemo prepoznati elemente MBO (postavljanje ciljeva, određivanje ključnih aktivnosti, njihovu organizaciju i provođenje, praćenje i analizu) pa čak i govoriti o primjeru dobre prakse. S druge strane, za Nacionalni program ranog otkrivanja raka debelog crijeva (usvojen 2007. godine), to se ne može ustvrditi. Naime, iako je program osmišljen komplementarno prethodno spomenutom, ovdje su izostali ključni elementi praćenja i analize.¹⁹⁰ 2023. godine poduzeti su određeni naponi u smislu unapređenja ovog programa te je donesen suplementarni Nacionalni program oportunističkog probira raka debelog i završnog crijeva u visokorizičnih pacijenata u ordinacijama obiteljske (opće) medicine u Republici Hrvatskoj do 2026.¹⁹¹ u kojem se ističe važnost praćenja i evaluacije te stoga preostaje pratiti njegovu realizaciju u budućnosti .

Upravljanje putem rezultata (*management by results*, MBR) usmjereno je na postizanje specifičnih rezultata ili ishoda unutar organizacije. U hrvatskom zdravstvu elemente upravljanja putem rezultata možemo promotriti na primjeru pristupa reformi hitne medicinske službe (HMS). Prema Nacionalnom planu oporavka i otpornosti 2021.-2026.,¹⁹² cilj unapređenja učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava je jačanje primarne zdravstvene zaštite, povećanje dostupnosti ljekarničke skrbi u izoliranim i ruralnim područjima, razvijanje modela bolničkog sustava otpornog na izazove i krizne situacije te bolje povezivanje primarne i sekundarne/tercijarne zdravstvene zaštite. Među inim, izdvaja se željeni

¹⁸⁶ Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/10/HR-smjernice_Rak-dojke.pdf.

¹⁸⁷ Hrvatski zavod za javno zdravstvo temeljem izvješća Županijskih zavoda za javno zdravstvo prati provedbu ovog programa i o tome obavještava javnost; dostupno na: <https://www.hzjz.hr/nacionalni-programi/rano-otkrivanje-raka-dojke/>.

¹⁸⁸ Sedmi ciklus pozivanja žena na mamografski pregled je započeo u ožujku 2021., a uključuje godišta 1952.-1971.

¹⁸⁹ Hrvatski zavod za javno zdravstvo, dostupno na: <https://www.hzjz.hr/nacionalni-programi/rano-otkrivanje-raka-dojke/>, pristupljeno 12. kolovoza 2024.

¹⁹⁰ Više o programu dostupno na: <https://www.zzjzdnz.hr/projekti/nacionalni-program-ranog-otkrivanja-raka-debelog-crijeva>.

¹⁹¹ Program je dostupan na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDoc>.

¹⁹² Nacionalni plan oporavka i otpornosti dostupan je na: <https://planoporavka.gov.hr>.

rezultat povećanja efikasnosti HMS kroz smanjenje vremena odgovora na hitne pozive i poboljšanje kvalitete pružene skrbi. Neke komponente planirane reforme već su započele s provedbom, primjerice uspostava helikopterske hitne medicinske službe (*helicopter emergency medical service*, HEMS). HEMS je s dnevnim letovima krenuo 30. ožujka ove godine, paralelno iz četiri baze u četiri najveća hrvatska grada,¹⁹³ a početkom srpnja su uvedene i noćne intervencije u jadranskim bazama, u skladu s ugovorima koje je Ministarstvo zdravstva sklopilo s pružateljem usluge.¹⁹⁴ Ovaj projekt je osmišljen u skladu s europskim standardima i ima za cilj zbrinjavanje hitnih pacijenata unutar „zlatnog sata“, čime se povećava šansa za preživljavanje za 30 do 50%. Elementi upravljanja putem rezultata vidljivi su u postavljenim očekivanim konkretnim rezultatima (uspostava HEMS, smanjenje vremena odaziva i poboljšanje kvalitete pružene skrbi) i aktivnostima (restrukturiranje kroz uvođenje regionalnih centara i optimizacija rasporeda timova na terenu, uvođenje novih tehnologija), ali za konkretnu ocjenu provedbe ovog reformskog zahvata preostaje pratiti daljnje aktivnosti, naročito provođenje evalucije i eventualne korekcije aktivnosti po prikupljenim rezultatima, što se zasad postavlja kao temeljni problem svakog reformskog zahvata u Hrvatskoj.

Funkcionalni pregled (*functional review*) je alat javnog menadžmenta koji se koristi za analizu i optimizaciju uspješnosti i učinkovitosti organizacija u javnom sektoru. Ova metoda obuhvaća sustavan pregled funkcija, struktura, procesa i resursa unutar organizacija kako bi se identificirale mogućnosti za poboljšanje, eliminaciju suvišnih aktivnosti te unapređenje organizacijske učinkovitosti. Za unapređenje učinkovitosti potrebno je identificirati funkcije koje su ključne za postizanje organizacijskih ciljeva te osigurati da se resursi koriste na optimalan način, dok se smanjenje redundantnosti provodi uklanjanjem preklapanja funkcija i aktivnosti koje nepotrebno opterećuju organizaciju. Povećanje transparentnosti postiže se osiguravanjem jasnih i transparentnih procesa upravljanja kako bi se povećala odgovornost unutar organizacije, a poboljšanje kvalitete finim kalibriranjem usluga u smjeru učinkovitosti i usmjerenosti na realne potrebe. U hrvatskom zdravstvu je nekoliko puta proveden funkcionalni pregled, ali ne u svim segmentima i ne u potpunosti na nacionalnoj razini, a inicirani su u suradnji s međunarodnim organizacijama (Svjetska banka, Europska komisija, WHO) u kontekstu reformi za poboljšanje učinkovitosti i održivosti zdravstvenog sustava. Za primjer funkcionalnog pregleda uzima se trenutni program Svjetske banke za hrvatski zdravstveni sustav koji je dio šireg okvira podrške za digitalnu transformaciju i zelenu

¹⁹³ Zagreb, Split, Rijeka, Osijek.

¹⁹⁴ Više o ovome v. na poveznici: <https://www.hzhm.hr/hr/aktualno/novosti/hhms-sljedece-godine-krece-s-radom-potpisani-ugovori-o-javnoj-nabavi-usluge-i-izveden-probni-let>.

tranziciju ekonomije. Projekt pod nazivom *Croatia Digital, Innovation and Green Technology* (DIGIT), uključuje financiranje unapređenja istraživačke infrastrukture i primjene digitalnih tehnologija za povećanje produktivnosti i učinkovitosti, uključujući zdravstveni sektor.¹⁹⁵ Svjetska banka također kreditira post-potresnu obnovu ključnih zdravstvenih objekata (*Post-Earthquake Recovery of Health Facilities Project*),¹⁹⁶ što je dio šireg programa za jačanje otpornosti i poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga u Hrvatskoj. Iako su funkcionalni pregledi provedeni u određenim dijelovima hrvatskog zdravstvenog sustava, cjelovita i sustavna analiza koja bi obuhvatila sve aspekte sustava još uvijek je u tijeku ili nije u potpunosti provedena. Ovi pregledi služe kao osnova za reforme i poboljšanja, ali njihova uspješnost ovisi o političkoj volji, dostupnosti resursa i sposobnosti za provedbu preporučenih mjera, što je u Hrvatskoj izrazito problematično.

4.2.2. Upravljanje s naglaskom na uspješnost

Temeljni zahtjev ovog upravljanja je povećanje uspješnosti i učinkovitosti, a što se postiže upotrebom različitih alata i tehnika. Inzistira se na mjerenju upravne aktivnosti kroz kvantifikacije i objektivizacije rezultata te uspostavom pouzdanih i preciznih indikatora uspješnosti, strateškom planiranju i mjerenju produktivnosti, a predstavlja izrazito bitan način legitimacije uprave u društvu.¹⁹⁷

Upravljanje s naglaskom na uspješnost promotrit će se na primjeru najnovijeg plana zdravstvene reforme, koji predstavlja dio šire strategije za unapređenje učinkovitosti, kvalitete i održivosti hrvatskog zdravstvenog sustava. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine predstavlja srednjoročni strateški dokument koji ima za cilj unaprjeđenje zdravstvenog sustava i zdravstvenih ishoda populacije u Hrvatskoj.¹⁹⁸ Plan se temelji na usklađenosti s Nacionalnom razvojnom strategijom Republike Hrvatske do 2030. godine, posebno u okviru strateškog cilja Zdrav, aktivan i kvalitetan život. Ključni ciljevi i prioriteti postavljeni ovim planom uključuju bolje zdrave životne navike i učinkovitiju prevenciju bolesti - fokus je na promicanju zdravih životnih navika, ranom otkrivanju bolesti, te prevenciji bolesti uzrokovanih štetnim čimbenicima okoliša. Prema metodologiji propisanoj od strane EU, za potrebe postavljanja prioriteta korišten je metoda mapiranja potreba (needs mapping), koja uključuje sustavno prikupljanje, analizu i interpretaciju podataka kako bi se identificirale

¹⁹⁵ Više o ovome dostupno je na: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2023/06/22/world-bank-supports-croatia-in-advancing-its-digital-transformation-and-green-transition-agenda>.

¹⁹⁶ O ovome više na: <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P173998>.

¹⁹⁷ Koprić, I., et al. *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, op. cit. str. 107-123.

¹⁹⁸ Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. dostupan je na: https://zdravlje.gov.hr/razvoj_zdravstva.

potrebe za određenim uslugama, resursima ili intervencijama, te kako bi se odredili prioriteti za ulaganja i razvoj.¹⁹⁹ Planom se postavljaju mjere kao što su podizanje svijesti o zdravlju, reforma nacionalnih programa ranog otkrivanja raka, te jačanje prevencije zaraznih bolesti. Unaprjeđenje sustava zdravstvene zaštite planira se kroz jačanje primarne zdravstvene zaštite, bolju koordinaciju i integraciju svih razina zdravstvene zaštite, te unaprjeđenje kvalitete skrbi kroz uvođenje novih modela organizacije i tehnologija. Dokument sadrži SWOT²⁰⁰ analizu koja identificira snage (visoka stručnost zdravstvenih radnika, razvijena primarna zdravstvena zaštita i dobra financijska dostupnost zdravstvene zaštite), slabosti (neravnomjerna zemljopisna raspodjela zdravstvenih resursa, nedostatna koordinacija ustanova i dugo vrijeme čekanja na zdravstvene usluge), prilike (korištenje sredstava EU za unaprjeđenje sustava, konsenzus o potrebi za reformama) i prijetnje (odljev zdravstvenih radnika, starenje stanovništva, te neadekvatna razina osobne odgovornosti za vlastito zdravlje među građanima). Planirane mjere i intervencije izvode se kroz digitalizaciju i e-zdravstvo (daljnja digitalizacija, jačanje informatičke infrastrukture) te unapređenjem zdravstvene infrastrukture kroz modernizaciju postojećih i izgradnju novih kapaciteta, s posebnim naglaskom na povećanje dostupnosti skrbi u ruralnim i izoliranim područjima. Posebni ciljevi i mjere uključuju prevenciju nezaraznih bolesti i promocija zdravlja kroz edukaciju i podizanje svijesti građana te unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite kroz uvođenje nacionalnog okvira za unaprjeđenje kvalitete skrbi, integracija zdravstvenih usluga i razvoj cjelovitih modela dugotrajne skrbi. Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021.-2027. predstavlja ambiciozan i sveobuhvatan okvir za unapređenje hrvatskog zdravstvenog sustava te se kao pozitivne odlike izdvajaju dobre prakse korištenja nekih modernih metodologija i alata prilikom izrade (mapiranje potreba, SWOT analiza). Međutim, kao i većina strateških dokumenata u Hrvatskoj, pati od nekih kroničnih boljetica, a koje se dalje detaljno precizira u nadi da će ova dijagnostika biti od koristi u nekim budućim aktivnostima strateškog planiranja. Analizom plana uočeni su sjedeći nedostaci i rizici:

- 1) Nedostatak detaljne operacionalizacije ciljeva - iako plan sadrži jasne ciljeve i prioritete, nedostatak detaljnije razrađenih operativnih koraka i konkretnih planova za provedbu otežava praćenje napretka i ostvarenje ciljeva. Bez jasnih mehanizama implementacije, postoji neotklonjivi rizik da neki ciljevi ostanu neostvareni.

¹⁹⁹ Rezultati mapiranja potreba dostupni su na službenim mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva: <https://zdravlje.gov.hr/mapiranje>. Pristupljeno 15. kolovoza 2024.

²⁰⁰ SWOT analiza analizira i identificira četiri aspekta, a to su: S - *Strengths* (snage), W - *Weaknesses* (slabosti), O - *Opportunities* (prilike), T - *Threats* (prijetnje).

- 2) Ovisnost o vanjskim izvorima financiranja - plan se oslanja na sredstva iz fondova Europske unije za provedbu većine ključnih inicijativa, posebno u području infrastrukture i digitalizacije. Ova ovisnost o vanjskim izvorima financiranja može biti problematična ako dođe do kašnjenja u povlačenju sredstava ili promjena u prioritetima EU fondova, a naročito je problematična u smislu prethodno spominjane politike uvjetovanja.
- 3) Odljev kadrova - iako se u planu prepoznaje problem odlaska zdravstvenih radnika, ne nude se konkretne mjere za zaustavljanje ovog trenda. Nedovoljno razrađenim mjerama za zadržavanje kadrova i poboljšanje radnih uvjeta nije moguće promijeniti organizacijsku klimu koja je dovela do ovog negativnog trenda te se pozitivni pomaci nemaju temeljem čega očekivati.
- 4) Nedovoljna koordinacija među institucijama - plan ukazuje na potrebu za boljom koordinacijom između različitih razina zdravstvene zaštite, ali se nedovoljno bavi mehanizmima za postizanje te koordinacije. Bez jasnog okvira za suradnju između različitih dionika, postoji izraziti rizik od fragmentacije i neučinkovitosti u provedbi reformi, a što je već više puta viđeno i kao takvo trebalo bi biti odgovarajuće adresirano.
- 5) Nedostatak praćenja i evaluacije - iako plan predviđa određene mehanizme za praćenje napretka, nedostatak specifičnih indikatora uspješnosti i detaljno razrađenih planova evaluacije može otežati procjenu učinkovitosti provedenih mjera i pravovremeno prilagođavanje strategije.
- 6) Geografska nejednakost - plan prepoznaje problem neujednačene dostupnosti zdravstvene zaštite između urbanih i ruralnih područja, ali ponuđene mjere možda neće biti dovoljne za potpuno rješavanje ovog problema obzirom da nema detaljne analize ili projekcije o učincima planiranih aktivnosti.
- 7) Rizik od prevelikog oslanjanja na digitalizaciju - bez dovoljno ulaganja u edukaciju korisnika i zdravstvenih radnika, može dovesti do problema u implementaciji novih tehnologija.

Iako plan razvoja zdravstva postavlja temelje za pozitivne promjene, njegovi nedostaci ukazuju na potrebu za detaljnijom razradom operativnih koraka i osiguravanjem koordinacije. Bez pažljivog praćenja i prilagodbe u realnom vremenu, postoji rizik da će mjere ostati nedovoljno implementirane ili će se suočiti s neočekivanim preprekama, što ugrožava provedbu čitavog plana. Problematika je inače prepoznata na nadnacionalnoj razini (EU) prilikom sudjelovanja u prijašnjim reformskim zahvatima te se ovaj puta instruirala potreba pažljivijeg pristupa. Sukladno tome, MIZ je 2022. godine pristupio izradi Okvira za procjenu

učinkovitosti zdravstvenog sustava (*Health System Performance Assessment, HSPA framework*), kako bi se postavio temelj za kontinuirano praćenje i objavu zdravstvenih ishoda na razini ustanova i regija, uključujući ishode koje su prijavili pacijenti. Planirano je da se okvir za HSPA usvoji do kraja rujna, a izvješće o HSPA do kraja prosinca 2022. Prema podacima sa službenih mrežnih stranica MIZ,²⁰¹ od toga je zasad usvojen Akcijski plan za izradu izvješća o procjeni učinkovitosti zdravstvenog sustava te su postavljeni razvojni pokazatelji koji se trenutno ne mogu izračunati, no postat će dijelom okvira HSPA u budućnosti. Za konačnu ocjenu Plana reforme zdravstva sa svim svojim elementima preostaje kontinuirano pratiti njegovu daljnju provedbu.

4.3. UPRAVLJANJE S NAGLASKOM NA KVALITETU I KORISNIKE

Prema Zakonu o kvaliteti zdravstvene zaštite (ZKZZ),²⁰² kvaliteta zdravstvene zaštite je rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi. Zakon u člankom 2., stavkom 4. definira standarde kvalitete zdravstvene zaštite kao precizne kvantificirane opise mjerila u vezi s obavljanjem zdravstvenih postupaka, zdravstvenim radnicima, opremom, materijalima i okolišem u kojima se obavljaju zdravstveni postupci, a kojima se osigurava kvaliteta zdravstvene zaštite. Standarde donosi ministar zdravstva, a trenutno je još uvijek na snazi Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite iz 2011.²⁰³ koji člankom 3. definira sljedeće standarde: (1) neprekidno poboljšanje kvalitete kliničkih i nekliničkih postupaka, (2) sigurnost pacijenata i osoblja, (3) medicinska dokumentacija, (4) prava i iskustva pacijenata, zadovoljstvo osoblja, (5) kontrola infekcija, (6) smrtni slučajevi i obdukcija, (7) praćenje nuspojava lijekova i štetnih događaja vezanih uz medicinske proizvode, (8) unutarnja ocjena i (9) nadzor sustava osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite. Zakon člankom 9. stavkom 2. postavlja obvezu²⁰⁴ ustrojavanja posebnih jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite zdravstvenim ustanovama s više od 40 zaposlenih radnika, a druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost u obvezi su odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite.

²⁰¹ Podatci su dostupni na: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjesca/hspa/5736>.

²⁰² Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 118/18), čl.2/4. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/1763/Zakon-o-kvaliteti-zdravstvene-za%C5%A1tite>.

²⁰³ Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11), čl. 3. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html.

²⁰⁴ ZKZZ, čl. 9/2.

U zdravstvenim se ustanovama osnivaju Povjerenstva za kvalitetu zdravstvene ustanove koja, uz poslove utvrđene zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, obavljaju sljedeće poslove:²⁰⁵

- provodi aktivnosti vezano za uspostavu sustava osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite
- provodi aktivnosti vezano za uspostavu sustava sigurnosti pacijenta
- procjenjuje ispunjavanje standarda kvalitete zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima zdravstvene ustanove
- sudjeluje u vanjskim provjerama kvalitete
- provodi aktivnosti vezano za pripreme za akreditacijski postupak
- predlaže i sudjeluje u provedbi edukacije iz područja kvalitete zdravstvene zaštite i
- surađuje s Ministarstvom u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite.

Povjerenstva su dužna MIZ-u dostavljati polugodišnja izvješća o svojem radu. Ova izvješća nekad je prikupljala Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, međutim stupanjem na snagu ovog zakona Agencija je ukinuta te je Ministarstvo preuzelo sve poslove, pismohranu i drugu dokumentaciju, sredstva za rad, prava i obveze i financijska sredstva Agencije. Ovo se pokazalo vrlo lošim potezom. Naime, Agencija je prikupljala izvješća i dostavljala ih u preglednom i sintetiziranom obliku te su se ona uredno objavljivala na mrežnim stranicama MIZ-a sve do 2018. godine. Nakon ukidanja Agencije, izvješća više nisu objavljivana.²⁰⁶

Reformski plan za razvoj zdravstva²⁰⁷ naglašava potrebu za izgradnjom nacionalnog okvira unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite. Ovo uključuje operativne sustave koji osiguravaju kontinuitet u provedbi mjera za poboljšanje kvalitete skrbi i sigurnosti pacijenata na svim razinama sustava. Konstatira se da su kontrola i unapređenje kvalitete liječenja i sigurnosti pacijenata u Hrvatskoj još uvijek u razvoju te se kao osnovni preudvjet za operacionalizaciju sustavnog pristupa unapređenju kvalitete spominje akreditacija bolnica. Međutim, implementacija ovog okvira još uvijek nije u potpunosti zaživjela, što predstavlja prepreku za postizanje višeg standarda kvalitete u zdravstvenom sustavu. Naglašava se važnost razvoja i

²⁰⁵ *Ibid*, čl. 12.

²⁰⁶ Dostupno na službenim mrežnim stranicama MIZ: <https://zdravlje.gov.hr/izvjesca-o-rad-u-povjerenstva-za-kvalitetu-zdravstvene-ustanove/6372>.

²⁰⁷ Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>; pristupljeno 10. kolovoza 2024.

kontinuiranog ažuriranja Kataloga informacijskih standarda u zdravstvu. Ovaj katalog bi trebao podržati sustav upravljanja i integracije skrbi, te unaprijediti učinkovitost, djelotvornost, kvalitetu i sigurnost unutar zdravstvenog sustava. Posebno se ističe potreba za jačanjem sustava za praćenje zdravstvenih ishoda, što je ključno za uvođenje promjena i poboljšanja unutar zdravstvenog sustava. Unapređenje sustava prikupljanja podataka i njihova analiza temelji su za kvalitetno upravljanje zdravstvom te preostaje pratiti provedbu reformskih mjera.

O dosadašnjoj implementaciji sustava upravljanja kvalitetom u zdravstvu 2014. pisali su Žabica, Lazibat i Dužević nakon provedenog istraživanja kojim je anketirano ukupno 117 zdravstvenih ustanova sa sve tri razine (primarne, sekundarne i tercijarne zaštite), a organizacijski se obuhvatilo širok spektar ustanova (KBC, klinika, zavod, opća bolnica, specijalna bolnica, dom zdravlja, klinička bolnica). Istraživanje je pokazalo da uprave zdravstvenih ustanova svoje znanje o upravljanju kvalitetom crpe iz zakonske i podzakonske regulative (84,9%), ispitivanja zadovoljstva pacijenata provode tek povremeno (62,8%), a vlastite protokole koristi 58,1%. Najupečatljiviji podatak ovog istraživanja svakako je visoki udio od 95,5% ustanova koje ne primjenjuju nikakav oblik TQM, zatim činjenica da 81% ustanova ne primjenjuje međunarodne norme za izgradnju sustava kvalitete (ISO 9001:2008), i podatak da više od 80% ispitanika ne vidi nikakve prednosti uvođenja sustava upravljanja kvalitetom.²⁰⁸ Iako je riječ o starijem istraživanju, u međuvremenu u sustavu upravljanja kvalitetom nije došlo do značajnih promjena.

Od novijih istraživanja ističe se ono Škarice i Vrtodušić Hrgović, provedeno na uzorku od 281 zaposlenika više županijskih zavoda za javno zdravstvo koji su implementirali i certificirali sustav upravljanja kvalitetom prema ISO 9001 standardu, objavljeno 2021.²⁰⁹ Glavni cilj studije bila je procjena stavova zaposlenika prema dimenzijama zadovoljstva poslom (plaća, odnosi s kolegama, odnosi s nadređenima, karakteristike posla, mogućnosti napredovanja, priznanja, uvjeti rada i edukacija) u okviru implementiranih sustava upravljanja kvalitetom. Istraživanje je pokazalo da implementacija TQM principa pozitivno utječe na zadovoljstvo zaposlenika u javnom zdravstvu, a razlike u stavovima značajno su ovisne o obrazovanju, duljini staža i poziciji zaposlenika. Rezultati govore u prilog potrebi za daljnjim razvojem sustava upravljanja kvalitetom u javnom zdravstvu Hrvatske.

²⁰⁸ Žabica, S., Lazibat, T., Dužević, I., *Implementacija sustava upravljanja kvalitetom na različitim razinama zdravstvene djelatnosti*, Poslovna izvrsnost 8 (1), 2014. str.17.

²⁰⁹ Škarica, I., Vrtodušić Hrgović, A., *Implementation of total quality management principles in public health institutes in the Republic of Croatia*, International journal of productivity management and assessment technologies, 6 (16), 2021.

Za konkretni primjer upravljanja kvalitetom u pojedinačnoj javnozdravstvenoj ustanovi uzima se Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihalević“.²¹⁰ Na službenim mrežnim stranicama tako se navodi da KIB „ima uspostavljenu organizacijsku strukturu sustava kvalitete u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi u skladu s Pravilnikom o akreditacijskim standardima iz 2011.“²¹¹ (...) Organizacijskom strukturom sustava kvalitete koordinira uprava Klinike. Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor organizira i koordinira rad Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite (Jedinica za kvalitetu), Povjerenstva za unutarnji nadzor i Povjerenstva za kvalitetu. Klinika ima dokumentiranu politiku i ciljeve kvalitete, a izradila je i Priručnik kvalitete kao temeljni dokument sustava kvalitete. Klinika ima razvijen sustav za upravljanje pritužbama pacijenata te brojne protokole i smjernice kojima je cilj povećanje kvalitete i sigurnosti pacijenata.“²¹² Međutim, od svega navedenog ništa nema javno objavljeno na svojim mrežnim stranicama. „Tijekom 2011. Klinika je u organizaciji Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu provela edukaciju svojih djelatnika o akreditacijskim standardima i akreditacijskom postupku za bolničke zdravstvene ustanove. Krajem 2011. godine zadovoljeni su uvjeti javnog natječaja Agencije za kvalitetu za financiranje troškova akreditacijskog postupka bolničkih zdravstvenih ustanova od strane HZZO-a. Ravnatelj Klinike imenovao je predstavnike za kvalitetu u svim ustrojstvenim jedinicama, a pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor formirao je timove za akreditacijsku samoprocjenu. Nakon inicijalne samoprocjene, dana 17. srpnja 2019. godine provedena je vanjska procjena ustanove ispred Službe za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a u okviru Programa poboljšanja kvalitete i djelotvornosti pružanja zdravstvenih usluga, čiji je nositelj Ministarstvo zdravstva temeljem zajma Svjetske banke. Nastavno na pozitivan rezultat vanjske procjene te upute stručne Komisije, KIB nastavlja raditi na unaprjeđenju sustava kvalitete kroz plan provedbe suvremenog sustava kontrole kvalitete i akreditacije.“²¹³

„Radi ostvarenja nadzora nad stanjem sustava kvalitete i utvrđivanja sukladnosti djelovanja svih ustrojstvenih jedinica Klinike prema Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove, Klinika provodi postupak unutarnje ocjene. Za svaku nesukladnost evidentiranu unutarnjom ocjenom, pokreću se popravne i preventivne radnje“, stoji na

²¹⁰ Svi raspravljani podaci javno su objavljeni na službenim mrežnim stranicama Klinike; pod rubrikom *Osiguranje kvalitete*, dostupno na: <https://bfm.hr/osiguranje-kvalitete/>, pristupljeno 5. kolovoza 2024.

²¹¹ Ovaj pravilnik je u međuvremenu stavljen van snage donošenjem novog Pravilnika 2019. godine (NN 92/19), međutim tekst ne adresira ove izmjene.

²¹² Službene mrežne stranice Klinike, *Osiguranje kvalitete*, dostupno na: <https://bfm.hr/osiguranje-kvalitete/>, pristupljeno 05. kolovoza 2024.

²¹³ *Ibid.*

službenim mrežnim stranicama. Klinika ima unutarnji sustav medicinskih provjera koje čine: kliničko-patološke konferencije, sastanci Povjerenstva za bolničke infekcije, sastanci Povjerenstva za lijekove, kliničke konferencije na kojima se prikazuju posebni klinički slučajevi te godišnja izvješća o svim aspektima rada ustanove.“²¹⁴

Na službenim stranicama 2018. godine su objavljeni Rezultati ankete o zadovoljstvu bolesnika u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi, koja se provela u veljači 2017. i predstavlja jedinu takvu javno dostupnu aktivnost Klinike do trenutka pisanja ovog rada. U međuvremenu su donesene izmjene i dopune Pravilnika o unutarnjem ustroju i sistematizaciji položaja i radnih mjesta²¹⁵ te se nekadašnja Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite reorganizira u Službu istog naziva, a obuhvaća Jedinicu za kvalitetu, Odjel za epidemiologiju i biološku sigurnost, Odjel za medicinsku dokumentaciju te Odjel za akreditaciju, s ukupno 18 izvršitelja, međutim, prema javno dostupnim informacijama²¹⁶ još nije provedeno popunjavanje radnih mjesta otvorenih ovom sistematizacijom.

4.4. UPRAVLJANJE PUTEM TRŽIŠTA I NATJECANJA

Kako je prethodno opisano, hrvatski je zdravstveni sustav do 1980. postigao visoku razinu decentralizacije pod utjecajem radničkog samoupravljanja. Ovaj sustav omogućavao je široko dostupnu zdravstvenu zaštitu koja je bila karakteristična za socijalistički model, temeljen na idejama Andrije Štampara. Model je naglašavao javnozdravstvene kampanje, edukaciju populacije i važnost primarne zdravstvene zaštite, a zbog visoke uspješnosti ulagani su napor u prenošenje ovog modela diljem svijeta. Međutim od 1980. događa se promjena zdravstvene paradigme na globalnoj razini, a Hrvatska pod pritiskom međunarodnih financijskih institucija počinje uvoditi tržišne principe u svoj zdravstveni sustav.

4.4.1. Privatizacija

Kako ističu Waygand, Vračar i Ivčić, zaokret od sustava koji je usmjeren na zdravlje kao pravo i potrebu prema sustavu koji je usmjeren isključivo prema uslugama dostupnim na tržištu može

²¹⁴ *Ibid.*

²¹⁵ Pregled izmjena i dopuna Pravilnika o unutarnjem ustroju i sistematizaciji položaja i radnih mjesta javno je dostupan na službenim mrežnim stranicama Klinike, pod rubrikom *Zakoni, propisi i akti*, dostupno na: <https://bfm.hr/zakoni-propisi-i-akti/>, pristupljeno 08. kolovoza 2024.

²¹⁶ Ovdje se podrazumijevaju informacije koje je moguće dohvatiti preko portala *Burza rada* Hrvatskog zavoda za zapošljavanje - HZZ (dostupno na: <https://burzarada.hzz.hr/>) te na službenim mrežnim stranicama Klinike, pod rubrikom *Natječaji za zapošljavanje* (dostupno na: <https://bfm.hr/natjecaj/>). Završna pretraga ovih informacija provedena je 15. kolovoza 2024.

se pratiti kroz promjenu terminologije koja je počela reflektirati neoliberalni jezik korišten u dokumentima IMF-a i WB-a. Mediji su prihvatili novi diskurs i počeli se fokusirati na "neracionalnu" upotrebu zdravstvenih resursa, kritizirajući prevelike izdatke za liječnike, medicinske sestre i opremu, umjesto da se bave problemima organizacije i planiranja koji direktno utječu na dostupnost zdravstvene zaštite. Esencijalne komponente zdravstvenog sustava počele su se smatrati neodrživim troškom, medicinsko osoblje navodno je prepisivalo previše lijekova i bolovanja, a pacijenti su kritizirani zbog čestih posjeta liječnicima i navodnog nedostatka brige za vlastito zdravlje. Promjena paradigme potpuno se učvrstila '90.-ih godina kada su krenule nove reforme, uključujući uvođenje dodatnog dopunskog osiguranja te inzistiranje na individualnoj odgovornosti za zdravlje, uz već započetu racionalizaciju i štednju.²¹⁷

Andrija Hebrang, tadašnji ministar zdravstva i socijalne zaštite te izraziti zagovornik privatizacije, predložio je da se izdvajanja za zdravstvo vrše iz osobnih dohodaka „kako bi se pučanstvo naučilo da zdravstvene usluge imaju svoju cijenu“.²¹⁸ Tako se i u praksi krenulo s donošenjem rješenja usmjerenih ka parcijalnoj privatizaciji sustava. Slikovitu najavu nadolazećih promjena 1990.-ih dao je Mladen Radković, pomoćnik predsjednika Republičkog komiteta za zdravstvenu i socijalnu zaštitu SR Hrvatske: *“Uvijek je u ribnjaku dobro imati štuku. Morat ćemo se, dakle, naučiti na konkurenciju, na kompeticiju, na to da opstaju bolji, brži i jeftiniji. Društveni sektor u sve to ulazi, istina, s previše zaposlenih, prevelikom administracijom, istrošenom opremom i golemim dugom, ali kako je već u proceduri izmjena zdravstvenog zakona koja bi omogućila i privatnom sektoru da participira u SIZ-u odnosno fondu zdravstvene zaštite, to je skora budućnost.”*²¹⁹

Najavljene reforme usporene su početkom rata, ali Hebrang 1994. u svom programskom tekstu *Reorganization of the Croatian Health Care System* ponovno najavljuje privatizaciju.²²⁰ Ovaj tekst smatra se “manifestom privatizacijskog procesa” obzirom da se u njemu inicira sve što je uskoro uslijedilo: rezanje troškova, kontrola neracionalnog izdavanja lijekova, definiranje

²¹⁷ Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, Radnička prava, 2016. Dostupno na: https://radnickaprava.org/tekstovi/clanci/lada-weygand-ana-vracar-i-snjezana-ivcic-korijeni-privatizacije-zdravstvene-zastite-u-hrvatskoj#_ftn4 (pristupljeno: 15. kolovoza 2024.).

²¹⁸ Intervju u listu Sindikalna javnost od 1. siječnja 1991.

²¹⁹ Intervju u Radničkim novinama od 12. ožujka 1990. Radković je također i koautor studije “Polazne osnove za izmjenu novog sistema zdravstva i zdravstvenog osiguranja SRH Hrvatske”, u kojoj se obrazlaže da je praksa pokazala kako model iz 1980.-ih ne funkcionira i treba ga mijenjati. Po mišljenju autorice ovog rada, upravo je ovo ključan trenutak u razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava – umjesto da se odbace loše prakse usvojene '80.-ih te provede reset sustava povratkom na originalne postavke, čini se zaokret u potpuno krivom smjeru čime se izbija jedan od glavnih nosećih zidova zdravstvenog sustava, a što će se kasnije pokazati pogubnim.

²²⁰ Hebrang A., *Reorganization of the Croatian health care system*, Croatian Medical Journal 35 (1994.), str.130-136.

vlasništva i modela upravljanja zdravstvenim ustanovama, uvođenje privatnog vlasništva i privatne prakse, privatizacija primarne zdravstvene zaštite itd.²²¹

Reforme zdravstva od početka '90.-ih do danas su brojne i još uvijek im se ne nazire kraj, a jednako tako ne nazire se niti postizanje rezultata koje su pretpostavljale. Naime, reforme su trebale polučiti raznovrsne pozitivne rezultate od povećane efikasnosti sustava u financijskom i u zdravstvenom smislu, preko ojačavanja primarne zdravstvene zaštite sve do osnaživanja pacijenata za preuzimanje brige za vlastito zdravlje itd.²²² U praksi je stanje sljedeće: sustav je sve manje efikasan u oba pogleda, primarna zdravstvena zaštita i dalje grca u sve većim problemima, a pacijenti se suočavaju s problematikom samostalne skrbi oko obavljanja preventivnih pregleda za što su prije skrbile (u međuvremenu ukinute ili ograničene) javnozdravstvene službe poput školske i studentske medicine te medicine rada. U novije vrijeme zdravlje se definira kao potrošno i kapitalno dobro,²²³ dakle kao samo još jedna od roba na tržištu.²²⁴

Apsurdno je da se efikasnost zdravstvenog sustava, jačanje primarne zdravstvene zaštite i edukacija populacije o važnosti brige za vlastito zdravlje pokušavaju postići dijametralno suprotnim programom od onoga koji je razvio Andrija Štampar, a koji počiva upravo na ovim temeljima. Naročito je neprimjereno naglo prebacivanje odgovornosti na pacijente koje se može iščitati iz Vodiča za samopomoć²²⁵ HZZO-a iz vremena ministra Nakića kojim se želi potaknuti pacijente da umjesto korištenja hitne pomoći ili posjećivanja liječnika isprobaju "primijeniti lijek za samoliječenje iz kućne ljekarne." Time se pacijentima prezentira iskrivljena slika o satima dugom čekanju u jedinici HMS i potiče ih se na samostalno nestručno

²²¹ Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, op. cit.

²²² Reforme koje su educirale pacijente o važnosti zdravog života nisu uzele u obzir činjenicu da zdrav životni stil pretpostavlja i određeni materijalni status, kao i korištenje zdravstvene zaštite u privatnom sektoru, za mogućnost kojeg mnogi primarni korisnici zdravstvenog sustava jednostavno nemaju sredstava, a što nisu sami skrivili.

²²³ „može se razlikovati zdravlje kao potrošno dobro i zdravlje kao kapitalno dobro. Kada se na zdravlje gleda kao na potrošno dobro, tada ono ima izravan utjecaj na pojedinca, budući da ljudi žele biti zdravi. Kao kapitalno dobro, zdravlje ima utjecaj na pojedinca i na cjelokupno tržište jer se smatra da zdravi ljudi manje vremena provode na bolovanju, odnosno sposobni su za rad i obavljanje radnih aktivnosti izravno i neizravno povezanih s tržištem. Pretpostavka je da više rada povećava dohodak i zadovoljstvo. Pojedinci su ti koji potražuju, ali i »proizvode« zdravlje. Veza između zdravlja i gospodarstva može se objasniti i putem kanala štednje i ulaganja uzimajući u obzir očekivani životni vijek. One zemlje u kojima je stanovništvo zdravo i životni vijek stanovništva duži, vjerojatnije će imati veću štednju, a time i veću motivaciju za ulaganja u fizički i intelektualni kapital od zemalja u kojima je zdravlje ljudi ugroženo ili narušeno, a životni vijek relativno kratak.“ Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., dostupno na: <https://vlada.gov.hr/ZPPI/Strategije>; pristupljeno 5. kolovoza 2024.

²²⁴ Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, op. cit.

²²⁵ „Razmislite, kada imate bolove ili druge simptome, biste li radije: (a) uputili se u jedinicu HMS-a, čekali nekoliko sati, dobili pomoć samo za vaše neposredne simptome (...) ili (b) primijenili lijek za samoliječenje iz kućne ljekarne, kontaktirali svog izabranog liječnika (...) naučili od svog liječnika što činiti (...)“. *Vodič za samopomoć, akutna i hitna stanja te bezreceptne lijekove*, brošura HZZO, dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/userdocsimages/arhiva/files/>. Pristupljeno 05. kolovoza 2024.

djelovanje, što može imati po život opasne posljedice. Ministar Nakić ostat će zapamćen po spornim predloženim mjerama štednje (ukidanje “Programa 72 sata” za oboljele od raka, najava naplate korištenja hitne pomoći za pacijente za čije se stanje ispostavi da nije hitno), ali ni prijetnja financijskom penalizacijom kao niti objavljivanje edukativne brošure nisu doveli do “odgovornijeg zdravstvenog ponašanja” pacijenata.²²⁶

Razlog tome počiva u činjenici da nijedan od tih pokušaja (kao uostalom i sve reforme zdravstva ili uprave uopće) nije bio utemeljen na pažljivom dugoročnom planiranju ili brižljivo osmišljenoj strategiji, već se radilo o nepovezanim, *ad hoc* mjerama kojima se željelo postići instant rezultat uštede.²²⁷ Svaljivanje odgovornosti na pojedinca pod egidom njegove ravnopravnosti u odnosu prema državi smo već prethodno spomenuli u kontekstu novog shvaćanja uloge građana kao partnera uprave. Ono što je zabrinjavajuće u ovom obliku partnerstva jest činjenica da partneri nisu ravnopravni, a izostaje precizna definicija udjela. Zdravi život kojem se podučava stanovništvo nije jednako dostupan svakom pojedincu obzirom da podrazumijeva određeni materijalni status, naročito ako u obzir uzimamo korištenje zdravstvene zaštite u privatnom sektoru. Primarnim korisnicima zdravstvenog sustava tako na raspolaganju ostaje javni, okljaštren svim dosadašnjim reformskim zahvatima. Naime, javno zdravstvo tišti problem listi čekanja, dok u privatnom aranžmanu taj problem nije eksponiran. Tako se građane može educirati da trebaju pravovremeno obavljati preventivne preglede, ali im to novostečeno znanje slabo može biti od pomoći ako takve preglede ne mogu platiti. Koliko je nerealno očekivati ravnopravni odnos između države i pojedinca ilustriraju riječi Andrije Hebranga: “(...) započeli smo i borbu za smanjenje prava osiguranika (...) Treba im jasno reći što mogu dobiti za ono što su platili.”²²⁸

Problematika privatizacije zdravstva promotrit će se na primjeru privatnih onkoloških klinika, upravo iz razloga da se što jasnije predoči težina i ozbiljnost ovog pitanja. Posljednjih nekoliko godina hrvatsko se zdravstvo suočava s nizom kontroverzi vezanih uz privatizaciju onkoloških usluga, što je kulminiralo sukobima između privatnih medicinskih poduzetnika, optužbama za korupciju, te općim nezadovoljstvom zdravstvenih stručnjaka i šire javnosti.²²⁹ U središtu ovih zbivanja nalazi se Opća bolnica Zabok, gdje se odvija pravi "rat" između dviju moćnih

²²⁶ Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, op. cit

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Intervju u listu Sindikalna javnost od 1.1.1991.

²²⁹ Za ilustraciju mogu poslužiti brojni medijski napisi od kojih se izdvaja primjerice Portal Novosti s naslovom *Rat onkoloških bolnica: pljušte prijave DORH-u*, dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/rat-privatnih-onkoloških-bolnica-pljušte-prijave-dorh-u> ili Nacional *Obračun medicinskih klanova preko leđa pacijenata – DORH istražuje optužbe, bolesnici na čekanju*, dostupno na: <https://www.nacional.hr/obracun-medicinskih-klanova-preko-leda-pacijenata-dorh-istrazuje-optuzbe-bolesnici-na-cekanju/>. Pristupljeno 30. kolovoza 2024.

privatnih bolnica, Radiochirurgije i UPMC (University of Pittsburgh Medical Center) Ireland Limited. Ovaj sukob ilustrira sve dublje sistemske probleme hrvatskog zdravstvenog sustava, a počeo je natječajem za zakup prostora unutar Opće bolnice (OB) Zabok, koji je bio namijenjen sveobuhvatnom onkološkom programu. Na natječaj su se prijavile dvije privatne bolnice: Radiochirurgia i UPMC Ireland Limited. Iako je Radiochirurgia ponudila gotovo dvostruko veći iznos zakupa u usporedbi s UPMC-om, Upravno vijeće bolnice jednoglasno je odabralo ponudu UPMC-a, čija je ponuda iznosila samo 20.287 EUR mjesečno. Ova odluka odmah je izazvala sumnje u nepravilnosti, budući da je UPMC poslovno povezan s Draganom Primorcem, osobom bliskom vladajućem HDZ-u²³⁰, što je dovelo do optužbi za nezakonito pogodovanje i zloupotrebu položaja. Tako je Radiochirurgia podnijela kaznenu prijavu protiv članova Upravnog vijeća OB Zabok, a s druge strane, bolnica Zabok je podnijela kaznenu prijavu protiv ključnih ljudi Radiochirurgije.²³¹ U trenutku pisanja ovog rada nema dostupnih informacija o pravomoćnim presudama.

Od 2017. godine, hrvatska vlada postupno prepušta razvoj onkoloških usluga privatnom sektoru, dok javne bolnice (unatoč dostupnim sredstvima iz EU fondova) još uvijek čekaju na nabavu prijeko potrebne medicinske opreme. Ovo u javnom sektoru stvara plodno tlo za privatne poduzetnike, koji sklapaju unosne ugovore. Jedan od najspornijih primjera je ugovor Radiochirurgije s HZZO-om iz 2018. godine,²³² kojim je ovoj privatnoj bolnici omogućeno pružanje stereotaktične radiokirurgije, obzirom da javni sektor još uvijek nije bio opremljen potrebnom opremom za ove zahvate. Odluka HZZO-a iz 2022. godine dodatno je olakšala pacijentima pristup Radiochirurgiji, što je rezultiralo značajnim povećanjem broja plaćenih postupaka o trošku HZZO-a.

U kontekstu ovdje opisanih događaja bitno je napomenuti da Hrvatska ima jednu od najviših stopa smrtnosti od raka u Europskoj uniji. Hrvatski zdravstveni sustav u kontekstu privatizacije onkoloških usluga²³³ otkriva širi problem privatizacije zdravstva, te postaje jasno da se

²³⁰ O kojoj razini bliskosti se zapravo radi otkriva činjenica da je upravo Dragan Primorac kandidat HDZ-a u predstojećim predsjedničkim izborima. O ovome v. više, primjerice: <https://www.fiuman.hr/hdz-sluzbeno-istaknuo-dragana-primorca-kao-svog-kandidata-za-predsjednika-rh/>.

²³¹ O ovome v. Portal Novosti "Rat onkoloških bolnica: pljušte prijave DORH-u", dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/rat-privatnih-onkoloskih-bolnica>, pristupljeno 30. kolovoza 2024.

²³² O ovome vidi Odluku HZZO kl: 500-7/17-01/310, urbr: 338-01-25-18-05 od 09. veljače 2018.

²³³ Portal Novosti tako nabroja: „Vlada od 2018. godine strateške projekte u onkologiji prepušta tržištu: tada je sklopljen i prvi ugovor s Radiochirurgijom, već iduće je pokrenut mega-projekt personaliziranog liječenja raka u suradnji s Rocheom, 2022. godine u OB Zabok najavljuje onkološki program od strateškog interesa sa zemlju, a 2023. godine Medikolova onkološka bolnica dobija status strateškog projekta RH.“ *Rat onkoloških bolnica: pljušte prijave DORH-u*, dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/rat-privatnih-onkoloskih-bolnica-pljuste-prijave-dorh-u>, pristupljeno 30. kolovoza 2024.

provedenim tržišnim reformama nije postigao uspjeh već su se postojeći problemi dodatno produbili.

4.4.2. Outsourcing

Od 2014. do 2019. vanjsko ugovaranje je doživjelo svoju primjenu u manjem ili većem obuhvatu te s različitim rezultatima, ovisno o sektorima u kojima se krenulo s tom mjerom. Tako je, primjerice, izvjesno vrijeme tvrtka *Adriatic servis* s državom imala ugovor za usluge čišćenja prostorija državnih tijela (porezne ispostave, uredi Ministarstva unutarnjih poslova i uredi pojedinih bolnica u 15 županija, te u gradovima Splitu, Rijeci, Puli), sve dok u lipnju 2019. zbog nepromijenjenih razina prihoda, a povećanja izdataka te kašnjenja s objavama postupaka javne nabave nisu postali nelikvidni.²³⁴ Izdvajanje popratnih službi iz djelokruga rada javnih tijela teoretski je logično rješenje kada su u pitanju pomoćno-tehnički poslovi koje u javnim tijelima obavljaju kategorija zaposlenika definirana kao „namještenici“, da bi se ostvarila profesionalizacija javne uprave. No, takvi radikalni zahvati traže kvalitetnu pripremu i detaljnu analizu, uz uvažavanje komparativnih iskustava zemalja koje imaju višegodišnju prednost u izvođenju takvih manevara, dakle praksu koja u RH još uvijek nije ozbiljno shvaćena.²³⁵

Djelatnost čišćenja je najčešći pomoćni posao koji se usmjerava na vanjsko ugovaranje i mahom se koristi u cilju ostvarivanja ušteda, dok je pitanje kvalitete potisnuto u drugi plan.²³⁶ Glavni razlog za učestalost outsourcinga ove djelatnosti vrlo je jednostavan i samorazumljiv. Naime, na poslovima čišćenja zaposlene su osobe niske razine obrazovanja (NKV, NSS) i po samoj logici stvari podrazumijeva se da je riječ o poslu koji ne traži nikakve posebne kvalifikacije te da ga može obavljati bilo koja radno sposobna osoba. Uzevši to u obzir, nema nikakvog posebnog razloga zašto bi npr. čistačica koja čisti ured nekog ministarstva morala ujedno biti i namještenik tog ministarstva. Tako gledano, čistačica je nepotrební višak u smislu ugovora po kojem ostvaruje prava i prima plaću za rad. Ušteda se vidi realnom ako se djelatnost prepusti vanjskom ugovaranju obzirom da se time za poslodavca (državu) automatski gube obveze iz dotadašnjeg ugovora - od same plaće namještenika do drugih benefícija na koje

²³⁴ O ovome piše Lider Media: <https://lider.media/aktualno/adriatic-servis-dao-drzavi-kosaricu-necemo-vise-cistiti-prostorije-drzavnih-tijela-36527>.

²³⁵ Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, op. cit. 22-23.

²³⁶ Razvidno iz najčešće korištene formulacije „**prihvatljiva** kvaliteta.“

zaposlenik ima pravo prema kolektivnom ugovoru (dodatak na radni staž, pravo na plaćeno bolovanje i dr.).²³⁷

Outsourcing se na svjetskom tržištu pojavio '90-tih godina kao prikladno rješenje za unaprijeđenje usluge čišćenja objekata koji su održavani zastarjelim metodama i kompliciranim tehnikama čišćenja, zbog čega je čišćenje bilo sporo i skupo i nije odgovarajuće pratilo podizanje standarda u razvijenim zapadnim zemljama. U tim je okolnostima vanjsko ugovaranje omogućilo primjenu efikasnijih tehnika, uporabu odgovarajuće opreme i ono najvažnije - specifičnu organizaciju rada prema stručnom menadžmentu, zbog čega je outsourcing u svojim počecima zabilježio značajan uspjeh. No, kako kapitalizam primarno sagledava svaku pojavu kroz prizmu mogućnosti povećanja profita, ubrzo se uvidjelo da vanjsko ugovaranje ne donosi nužno i uštede. Prema istraživanju provedenom 2011. u lokalnim jedinicama Velike Britanije²³⁸ istaknuo se trend vraćanja javnih poslova pod kontrolu javnog sektora, dok je 2013. PSI (*Public Services International*) *Social Barometer* izvještajem u Finskoj²³⁹ utvrđeno da je vanjskim ugovaranjem došlo do povećanja troškova i pada kvalitete (ovo je potvrdilo 52% ravnatelja općinskih domova zdravlja i 45% ravnatelja centara za socijalnu skrb), što je dovelo do razvoja istog trenda. Upravitelji objekata shvatili su da efikasno i kvalitetno čišćenje ne ovisi o vještini onih koji te poslove obavljaju, već da je temeljno pitanje način na koji se rukovodi tim poslovima, a sve što se može napraviti samostalno bez plaćanja nekog drugog, uvijek je i jeftinije. Ako se u računicu ubaci i stavka da vanjski servis cijenu svoje usluge uvećava za vlastitu zaradu i PDV, jednostavnom matematikom potvrđuje se da čišćenje u tuđem aranžmanu nije nužno povoljnije. Tako je trend outsourcinga vrlo brzo počeo gubiti inicijalni momentum, preokrećući se u dijametralno suprotnu verziju - *insourcing*.²⁴⁰

²³⁷ Vrijedi istaknuti i vrlo bitno pitanje porodičnog dopusta, obzirom da na tim poslovima u RH uglavnom rade žene.

²³⁸ UNISON., *The value of returning local authority services in-house in an era of budget constraints*, UNISON: The Public Service Union, 2011. (prema Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*)

²³⁹ Public Services International donosi pregled podataka pod naslovom *Finland: Many municipalities are reclaiming outsourced services*, dostupno na: <https://www.world-psi.org/en/finland-many-municipalities-are-reclaiming-outsourced-services>; pristupljeno 15 kolovoza 2024. (Prema Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*)

²⁴⁰ Za ilustraciju primjerice u Njemačkoj, bremenske dnevne tiskovine 2009. o pilot-projektu vlastitog čišćenja u javnoj službi Licht am Ende des Tunnels, dostupno na: <https://www.gpr.bremen.de>. Međutim, da nije riječ o isključivo poslovima za koje nije potrebna kvalifikacija, svjedoči sljedeći primjer iz Frankfurta - 2000. godine su se uz pomoć globalnog pružatelja usluga trebali riješiti IT-problemi Deutsche Verkehrsbanka (DVB). Troškovi su trebali biti smanjeni, a fleksibilnost, kvaliteta i dostupnost IT-usluga povećani kroz sveobuhvatno povjeravanje zadataka vanjskom izvođaču. Međutim, istodobno fokusiranje DVB Banke na osnovno poslovanje u međunarodnoj transportnoj industriji dovelo je do snažnijeg procesa smanjenja poslovanja nego što se prvotno očekivalo. Ovdje su se pokazala ograničenja outsourcinga: fleksibilnost troškova bila je ograničena prema dolje, a pružene usluge nisu uvijek odgovarale poslovnim zahtjevima. Deficiti u performansima morali su se dodatno

Prema Đulabiću, Masterplan bolnica iz 2014.²⁴¹ trebao je osigurati funkcionalno spajanje u cilju stvaranja nove mreže bolnica i omogućiti racionalnije upravljanje bolničkim troškovima. Izradili su ga francuski konzultanti za cijenu od 200.000,00 EUR, a njegova primjena u roku tri godine (2014.-2016.) trebala je postići ukupnu uštedu od približno 53 milijuna EUR. Bitni ciljevi uključivali su bolju dostupnost bolničke zdravstvene zaštite, veće kapacitete za produženo i dugotrajno liječenje, itd. Plan je mijenjan nekoliko puta, obzirom da su se postavljeni ciljevi pokazali kao popriličan izazov. Kako se prilikom prvog spomena uvođenja outsourcinga odmah pokrenula žestoka sindikalna kampanja, vladajući su se odlučili na manje intenzivno promoviranje ove mjere. Tako je outsourcing pomalo i potihlo uveden u zdravstveni sektor, bez većih negodovanja javnosti.

Prema podacima²⁴² iz 2018., većina je bolnica uvela outsourcing nekih nezdravstvenih usluga. KBC Rijeka i KBC Split jedini su veliki klinički bolnički centri koji nisu angažirali vanjske tvrtke za obavljanje usluga, niti ih imaju namjeru ugovarati u dogledno vrijeme. S druge strane, KBC Zagreb vanjske je tvrtke angažirao još 2003. za usluge pranja rublja, na što se godišnje utroši 1,5 milijuna EUR. Također su outsourcingom obuhvaćene usluge čišćenja prostora lokacije Rebro (godišnje oko 860.000,00 EUR), računalne usluge (oko 415.000,00 EUR) te zaštitarska služba (oko 66.500,00 EUR godišnje). KBC Sestara milosrdnica u outsourcing daju pranje rublja na izdvojenim lokacijama Klinike za traumatologiju i Klinike za tumore, ali ne iz razloga postizanja ušteda, već činjenice da je to jedina opcija zbog nedovoljnih kapaciteta vlastite praonice i zabrane zapošljavanja pomoćnog osoblja. KB Merkur privatnom sektoru prepušta usluge pranja i glačanja bolničkog rublja, uključujući otpremu i dopremu, obzirom da bolnica financijski nije sposobna investirati u projekt rekonstrukcije praonice i nabavu potrebne opreme. U KB Dubrava koriste se vanjske usluge zaštitarske tvrtke, dok za druge poslove vanjsko ugovaranje nije isplativo. Opće bolnice u Karlovcu, Vinkovcima, Varaždinu, Koprivnici, Kninu oslanjaju se na vlastiti kadar i nisu sklone ugovaranju pomoćnih poslova s privatnim sektorom. OŽB Vinkovci od outsourcinga je odustala istekom ugovora, 1. siječnja 2018. iz razloga što takav angažman nije donio nikakve uštede, a na natječaj raspisan krajem 2017. javile su se tvrtke s ponudama daleko iznad bolničkog limita. Ogulinska bolnica

pokriti vlastitim osobljem, što je rezultiralo daljnjim povećanjem IT-troškova. Zbog ovih iskustava s "One-Stop-Shop" strategijom, sada je uspostavljen diferencirani proces IT-sourcinga. Dobro organiziran IT odjel može raditi znatno ekonomičnije od vanjskog izvođača. V. više u *Insourcing statt Outsourcing*, dostupno na: <https://m.manager-magazin.de/digitales/it/a-360646.html>.

²⁴¹ Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016., dostupno na: [https://vlada.gov.hr/Nacionalni%plan%bolnica\(Masterplan\)](https://vlada.gov.hr/Nacionalni%plan%bolnica(Masterplan)).

²⁴² Prema istraživanju Novog lista, *Bolnički outsourcing: Privatne tvrtke samo u KBC-u Zagreb godišnje naplate 21 milijun kuna*, dostupno na: http://www.novolist.hr/Vijesti/Hrvatska/Bolnicki-outsourcing-Privatne-tvrtke-samo-u-kbc-u-Zagreb-godisnje-naplate-21-milijun-kuna?meta_refresh=true.

djelomično izdvaja poslove čišćenja jer od države nema dozvolu novog zapošljavanja, ali navodi nisku kvalitetu usluge vanjskih tvrtki, otkazivanje ugovora prije isteka roka i sl. Bolnice zadovoljne uslugom outsourcinga su u manjini. U pulskoj bolnici trošak usluga pranja rublja nakon vanjskog ugovaranja 2015. pao je za oko 15%, dok je kvaliteta usluge procijenjena boljom od prijašnje. Šibenska bolnica zadnjih desetak godina također bilježi financijske uštede na pomoćnim izdvojenim poslovima, dok kvaliteta i učinkovitost bilježe pozitivne pomake; no vrijedi istaknuti da usluge čišćenja i kuhinje i dalje obavljaju njihovi radnici te da navedene poslove nemaju namjeru izdvajati.²⁴³

Outsourcing se u javnom sektoru sve češće koristi kao mjera za smanjenje troškova, ali bez adekvatne pripreme i analize. Iako može donijeti uštede, problem nastaje kada je kvaliteta usluga stavljena u drugi plan.²⁴⁴ Ovo je izrazito problematično u zdravstvenim ustanovama gdje je održavanje visokog stupnja čistoće uz redovitu dezinfekciju prostora esencijalni zahtjev u sprečavanju bolničkih infekcija, a za što vanjski radnici nisu odgovarajuće osposobljeni.

4.4.3. Rezultati i posljedice

Da u cijelom svijetu sve više dolaze do izražaja negativne posljedice uvođenja tržišnih mehanizama u zdravstvo može se potkrijepiti recentnim istraživanjem objavljenim u Lancetu ranije ove godine. Benjamin Goodair i Aaron Reeves²⁴⁵ analizirali su 13 studija koje su se bavile pitanjima učinaka privatizacije zdravstvene skrbi te su prikupljene podatke sistematizirali na sljedeći način:

- učinci na zdravstvene ishode: U većini studija visok stupanj privatizacije i outsourcinga povezivao se s lošijim zdravstvenim ishodima, uključujući povećanu smrtnost koja se mogla izbjeći. Nijedna studija nije pokazala da privatizacija poboljšava zdravstvene ishode pacijenata.
- učinci na osoblje: Privatizirane bolnice obično su smanjile broj zaposlenih, posebno visokokvalificiranih medicinskih sestara i spremačica, dok broj liječnika obično nije smanjen.
- učinci na dostupnost zdravstvene skrbi: Rezultati su bili mješoviti. U SAD-u su bolnice postale manje dostupne nakon privatizacije zbog promjena u sastavu pacijenata ili

²⁴³ *Ibid.*

²⁴⁴ Đulabić, V., *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, op. cit. 22-23.

²⁴⁵ Goodair, B., Reeves, A., *The effect of health-care privatisation on the quality of care*, The Lancet Public Health, 9 (3), 2024. 199-206.

smanjenja broja pruženih usluga. S druge strane, u Hrvatskoj su pacijenti u privatiziranim ustanovama dobivali preciznije termine.

- učinci na financije i kvalitetu: Privatizirane bolnice obično su ostvarile veće profitne marže, ali često na štetu kvalitete skrbi. Iako privatizacija može smanjiti troškove, postoji izraziti rizik da to bude na štetu dugoročnih ishoda u pitanjima kvalitete zdravstvene skrbi.²⁴⁶

Ukupno gledano, znanstveni dokazi koji podržavaju daljnju privatizaciju zdravstvene skrbi su zanemarivi obzirom da posljedice uključuju pogoršanje kvalitete zdravstvene zaštite, smanjenje broja visokokvalificiranih medicinskih sestara i pomoćnog osoblja zaduženog za čišćenje, povećanje stope bolničkih infekcija te povećanje broja umrlih od bolesti koja je mogla biti spriječena. U radu se za potrebe sagledavanja učinaka privatizacije u Hrvatskoj uzela studija Hebrang *et al.*,²⁴⁷ a riječ je o jedinom analiziranom tekstu ovog istraživanja koji naglašava isključivo pozitivne učinke.²⁴⁸ Hebrangov stav o privatizaciji već je ranije iznesen, no ono što je potrebno naglasiti upravo na primjeru ovog istraživanja jest činjenica da se u stručnoj literaturi jednom postavljene teze teško mijenjaju, naročito ako izostaje interes. Tako je Hebrang (neopravdano) postavio zaključak o pozitivnim učincima privatizacije zdravstva u Hrvatskoj, što se daljnjim citiranjem diseminira u stručnim krugovima.²⁴⁹ Obzirom da državni vrh postojano pridržava ranije postavljeni smjer daljnje privatizacije zdravstva, primjećuje se

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ Hebrang, A., Henigsberg, N., Erdeljic, V., et al. *Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility*, Health Policy Plan 18, 2003. str. 421–28.

²⁴⁸ Studija se bavi pitanjima poput određivanja preciznog termina naručivanja posjeta (dan, sat, minuta) i mogućnošću naručivanja putem telefona između 3 promatrane grupe – privatiziranih ustanova, ustanova u postupku privatizacije i javnozdravstvenih ustanova, metodom strukturiranih intervjua s liječnicima opće prakse. Izrazita pristranost u ovom istraživanju proizlazi ne samo iz činjenice da nije moguće otkloniti sumnju u pristranost percepcije pojedinih liječnika, već su i promatrani parametri pretjerano tehničke prirode. Istraživanje ne precizira kojom tehnologijom se koji subjekt služio, primjerice - kojim računalom, kojim informatičkim programom, je li evidencija pisana ručno (studija je rađena 1997. i 1999. godine) i sl. Naime, moderne tehnologije nisu jeftine, a javnom zdravstvu se ionako gleda što više srezati troškove jer je upravo to cilj svake dosad provedene reforme; tako je poznato da javni sektor ne raspolaže s najnovijom tehnologijom, naročito onom koja se koristi za administrativne poslove. S druge strane, privatni subjekti nisu limitirani u mogućnosti ulaganja u vlastitu infrastrukturu. Osim toga, u privatnom režimu vlasnik pridržava pravo zapošljavanja vlastitog kadra (ovdje je naglasak naročito na administrativnom osoblju) kojem može ponuditi izdašna primanja (za razliku od javnog sektora koji ima limite u broju zaposlenih, a plaće nisu konkurentne privatnom), stoga ovakvo uspoređivanje rezultata nije prihvatljivo. Iako se autori u tekstu ograđuju od potencijalnih kritika priznavanjem određenih manjkavosti istraživanja („neki od analiziranih pokazatelja nude dvosmisleni interpretaciju“, „većina pokazatelja mjeri percepciju liječnika, koja može biti podložna pristranosti, a postoje i poteškoće u interpretaciji, generalizaciji ili selektivnoj svjesnoj ili nesvjesnoj distorziji“), studija svejedno sugerira da privatizacija potiče pružatelje zdravstvenih usluga na strukturne promjene koje nisu resursno zahtjevne, a kojima se povećava dostupnost usluga u uvjetima povećane tržišne konkurencije. Međutim, studija o dostupnosti usluga ne uključuje temeljno pitanje platežne moći građana, a o kojoj ova dostupnost primarno ovisi.

²⁴⁹ O ovome je prethodno bilo riječi u slučaju klasifikacije jugoslavenskog zdravstvenog sustava kao sustava koji „graniči s anarhijom“, još jedna sintagma koja je dalje godinama diseminirana po stručnoj literaturi nakon što je lansirana '90.-ih godina prošlog stoljeća.

nedostatak interesa stručne zajednice da jasnije kritizira ovu javnu politiku,²⁵⁰ a što daje naslutiti da je struka pod izrazitim političkim utjecajem. Ovo predstavlja ogromnu zapreku daljnjem napretku javnog zdravstva, stoga se izražava nada da će ovaj rad potaknuti buduće stručne rasprave.

²⁵⁰ O ovim pitanjima direktno i javno uglavnom progovara istraživačko novinarstvo, a zamjetan je i udio nepristranog dijela znanstvene zajednice koja se bavi širim područjem upravne znanosti, međutim izostaje specijalizirani glas struke – zdravstva i zdravstvene uprave.

5. ZAKLJUČAK

Istraživanje javnog menadžmenta u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske pokazalo je da se unatoč brojnim reformama sustav i dalje suočava s ozbiljnim izazovima koji ugrožavaju njegovu pravednost, učinkovitost pa čak i samu održivost. Analizom ključnih rezultata istraživanja utvrđeno je da primjena različitih metoda javnog menadžmenta u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske ima značajan utjecaj na učinkovitost, kvalitetu i dostupnost zdravstvenih usluga. Upravljački modeli koji se temelje na propisima pokazali su se nedovoljno djelotvornima u regulaciji i standardizaciji procesa, obzirom da čak i kada su solidno osmišljeni izostaje politička volja izvršne vlasti za njihovu primjenu, do razine neizvršavanja zakonskih obveza. Upravna simplifikacija, naročito u kontekstu informatizacije, ne samo da ne dovodi do planiranog pojednostavljenja već otvara vrata koruptivnim i drugim sumnjivim aktivnostima. S druge strane, pristupi koji naglašavaju rezultate i ishode pružanja usluga pridonijeli su nekim pozitivnim pomacima unutar sustava, ali su uglavnom bili previše usmjereni na kvantitativne pokazatelje, zanemarujući kvalitativne aspekte skrbi. Modeli koji stavljaju naglasak na kvalitetu i korisnike pokazali su najveći potencijal za unaprjeđenje cjelokupnog sustava, posebno u kontekstu prilagodbe specifičnim potrebama. Međutim, uspješnost ovih modela ovisila je o sposobnosti uprave da razumije potrebu kontinuiranog praćenja konkretnih pokazatelja zbog moguće potrebnih adekvatnih korekcija, a koja sposobnost predstavlja preveliki izazov za većinu javnozdravstvenih ustanova. Tržišno orijentirani modeli suočili su se s izazovima u osiguravanju pravednog pristupa zdravstvenim uslugama za sve građane te su često dovodili do povećanja nejednakosti u dostupnosti usluga, što ukazuje na potrebu za odbacivanjem ovakvih principa u zdravstvenoj skrbi. Ukupno gledajući, istraživanje je kao ključne probleme definiralo preveliku fragmentaciju sustava, neadekvatno korištenje resursa, te (ondje gdje uopće postoje) nedovoljno učinkovite mehanizme nadzora i evaluacije. Daljnje reforme trebale bi se fokusirati na unaprjeđenje upravljačkih sposobnosti, osnaživanje mehanizama za mjerenje i evaluaciju kvalitete usluga, te osiguranje pravedne i dostupne zdravstvene skrbi za sve građane. Stoga je potrebno razmotriti alternativne modele upravljanja koji bi bolje odgovarali specifičnostima hrvatskog zdravstvenog sustava.

Jedan od takvih modela je koncept neoweberijanske države, koji se temelji na obnovi ključnih elemenata tradicionalnog weberijanskog pristupa upravljanju, uz integraciju suvremenih tehnika koje su se pokazale učinkovitima. Argument za primjenu neoweberijanskog modela u Hrvatskoj leži u povijesnom naslijeđu i iskustvu koje je zemlja stekla u vrijeme jugoslavenskog socijalističkog sustava, u kojem je unutar specifičnih političkih i ideoloških okvira postojala

svijest o važnosti institucionalne stabilnosti, pravne sigurnosti i odgovornosti javne uprave. Naime, uprava je u Jugoslaviji u mnogim aspektima imala weberijanske postavke, poput naglaska na formaliziranim procedurama, hijerarhijskoj strukturi, imenovanju u službu i jaku upravnopravnu osovinu. Spomenuti elementi su suštinski povezani s weberijanskim idealima i pružaju solidnu osnovu za daljnji razvoj sustava koji može odgovoriti na suvremene izazove, a istovremeno zadržati ključne vrijednosti koje osiguravaju pravednost i dostupnost zdravstvene zaštite.

Primjena neoweberijanske države nudi rješenja koja kombiniraju prednosti tradicionalnog weberijanskog modela s potrebom za modernizacijom i prilagodbom suvremenim izazovima. Reafirmacija upravnog prava, jačanje profesionalizma u javnoj službi i fokus na odgovornost i transparentnost ključni su elementi ovog pristupa koji se vidi nužnim u rješavanju postojećih problema u hrvatskom zdravstvenom sektoru, ali i općenito javnoj upravi. Neoweberijanski pristup također naglašava važnost zaštite javnih interesa i jednakosti pred zakonom, što je od presudne važnosti u kontekstu zdravstvene zaštite koja mora biti dostupna svim građanima, neovisno o njihovom socioekonomskom statusu.

LITERATURA

Knjige i članci:

1. Babić, S; Borovečki, A; Brborović, O; Durut Beslač, D; Džakula, A; Grba-Bujević, M; Gvozdanović, D; Ivičević Uhernik, A; Josipović, I; Jureša, V; *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*, Šogorić, S; (ur.), Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
2. Bogetić, D; Životić, A; *Jugoslavija i Arapsko-izraelski rat 1967.*, Institut za savremenu istoriju Beograd, 2010., str. 177-210.
3. Chang, H. J; *Kicking away the Ladder: Development Strategy in Historical Perspective*, Anthem Press, London, 2002.
4. Christensen, T; Lægreid, P; *The Challenge of Coordination in Central Government Organizations: The Norwegian Case*, Public Organization Review, 8 (2008.), str. 97-116.
5. Drechsler, W; *The Re-Emergence of "Weberian" Public Administration after the Fall of New Public Management: The Central and Eastern European Perspective*, Halduskultuur, 6 (2005.), str. 94-108.
6. Džinić, J; Manojlović Toman, R; *Evaluacija učinkovitosti primjene instrumenata upravljanja kvalitetom u hrvatskim jedinicama lokalne samouprave – studije slučaja*, u: Koprić, I; Džinić, J; Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 129-157.
7. Đulabić, V; *Povelje javnih službi: pokušaj podizanja kvalitete javne uprave i jačanja uloge građana*, Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 2006., 56 (1), str. 7-48.
8. Đulabić, V; *Mogućnosti i rizici primjene tržišnih instrumenata u javnoj upravi*, u: 7. Forum za javnu upravu: Musa, A., (ur.) *Od javnog prema privatnom? Privatizacija i outsourcing javnih usluga*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Zagreb, 2014. str. 7-26.
9. Evans, P; Rauch, J. E; *Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the Effects of "Weberian" State Structures on Economic Growth*, American Sociological Review, 1999., 64 (5), str. 748-765.
10. Giljević, T; *Upravni kapacitet hrvatskih ministarstava: između profesionalizacije i politizacije*, Zagrebačka pravna revija 4 (2), 2015., str. 207-229.
11. Goodair, B; Reeves, A; *The effect of health-care privatisation on the quality of care*, The Lancet Public Health, 2024., 9 (3), str. 199-206.

12. Grabbe, H; *Europeanization Goes East: Power and Uncertainty in the EU Accession Process*, u: Featherstone, K., Radaelli, C., (ur.), *The Politics of Europeanization*, Oxford University Press, Oxford, 2003., str. 309-310.
13. Hebrang A., *Reorganization of the Croatian health care system*, Croatian Medical Journal 35 (1994.), str. 130-136.
14. Hebrang, A., Henigsberg, N., Erdeljic, V., et al. *Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility*, Health Policy Plan 18, 2003. str. 421–28.
15. Ivčić, S., *Nastavak privatizacije hrvatskog zdravstvenog sustava*, Radnička prava, 2019., dostupno na: <https://radnickaprava.org/tekstovi/clanci/snjezana-ivcic>.
16. Koprić, I., Musa, A., Lalić Novak, G., *Europski upravni prostor*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2012.
17. Koprić, I; Marčetić, G; Musa, A; Đulabić, V; Lalić Novak, G; *Upravna znanost: Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Zagreb: Studijski centar za javnu upravu i javne financije Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, 2014.
18. Kovač, N; *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, Ekonomski vjesnik, 2013., 26 (2), str. 551-562.
19. Lalić Novak, G; Marčetić, G; Đurman, P; Lopižić, I; Manojlović, R; Džinić, J; Škarica, M; *Komparativna javna uprava - nastavni materijali*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2015.
20. Lasić, I., *Što je ostalo od Štampara?*, Portal Novosti, 2020., dostupno na: <https://www.portalnovosti.com/>.
21. Lozina, D; Klarić M; „Dobra uprava" kao upravna doktrina u Europskoj uniji, Pravni vjesnik: časopis za pravne i društvene znanosti Pravnog fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku 2012., 28 (2), str. 23-37.
22. Lugar, M., *Suvremene perspektive doktrine neoweberijanske države*, Specijalistički završni rad (Specijalistički diplomski stručni), Veleučilište s pravom javnosti Baltazar Zaprešić, Zaprešić, 2022. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:129:809093>.
23. Manojlović Toman, R; *Danski model novog javnog menadžmenta-može li poslužiti kao uzor Hrvatskoj*, Hrvatska i komparativna javna uprava: časopis za teoriju i praksu javne uprave, 2010., 10 (4), str. 961-996.
24. Manojlović Toman, R; *Upravljanje učinkom u hrvatskoj lokalnoj samoupravi*, u: Koprić, I; Džinić, J; Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 65-96

25. Musa, A; *Prilagodba procesa izrade propisa europskim integracijama: novine i izazovi*, Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske, 2015., 6 (1), str. 3-40.
26. Musa, A; *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, u: Koprić, I; Džinić, J; Manojlović Toman, R; (ur.) *Upravljanje kvalitetom i učinkovitošću u javnoj upravi*, Institut za javnu upravu, Zagreb, 2016., str. 185-220.
27. Perko Šeparović, I; *Izazovi javnog menadžmenta – dileme javne uprave*, Golden Marketing – Tehnička knjiga, Zagreb, 2006.
28. Perko Šeparović, I; *Javno-privatno partnerstvo*, u: Perko Šeparović, I; (ur) *Priručnik za dobro upravljanje*, Hrvatski pravni centar, Zagreb, 2006., str. 115-137.
29. Pintarić, Lj; Župarić-Iljić, D; „*Pune čekaonice, prazne ordinacije*“: motivi iseljavanja liječnica i liječnika iz Hrvatske, Migracijske i etničke teme, 2024., 40 (1), str. 63-89.
30. Pollitt, C; Bouchaert, G; *Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
31. Protulipac, A; *Privatizacija u Hrvatskoj – tijek, posljedice, mitovi*, Slobodni filozofski, 2014., dostupno na: <https://slobodnifilozofski/protulipac-privatizacija-u.html>.
32. Pusić, E; *Nauka o upravi*, 12. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Školska knjiga, Zagreb 2002.
33. Rešković, V; „*Propusti ministra Beroša ponovno pred Ustavnim sudom*“, Faktograf, 2024., dostupno na: <https://faktograf.hr/2024/02/20/propusti-ministra-berosa-ponovno-pred-ustavnim-sudom/?cv=1>.
34. Škarica, I; Vrtodušić Hrgović, A; *Implementation of total quality management principles in public health institutes in the Republic of Croatia*, International journal of productivity management and assessment technologies, 6 (2018.), str. 213-223.
35. Weygand, L., Vračar, A., Ivčić, S., *Korijeni privatizacije zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*, Radnička prava, 2016. Dostupno na: https://radnickaprava.org/korijeni-privatizacije-zdravstvene-zastite-u-hrvatskoj#_ftn4.
36. Zrinščak, S; *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova*, Revija za socijalnu politiku, 2007., 14 (2), str. 193-220.
37. Žabica, S; Lazibat, T; Dužević, I; *Implementacija sustava upravljanja kvalitetom na različitim razinama zdravstvene djelatnosti*, Poslovna izvrsnost 8 (1), 2014. str. 9-23.

Pravni izvori:

1. Ustav Republike Hrvatske (NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14).
2. Zakon o zaštiti prijavitelja nepravilnosti (NN 46/22).
3. Zakon o pravu na pristup informacijama (NN 25/13, 85/15, 69/22).
4. Zakon o instrumentima politike boljih propisa (NN 155/23).
5. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23).
6. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite (NN 118/18).
7. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11)

Sudska praksa:

1. Izvješće USRH, U-XA-4901/2022 od 23.5.2023.
2. Izvješće USRH, U-XA-3198/2023 od 6.2.2024.

Statistička izvješća:

1. Povjerenik za informiranje., Analitičko izvješće o praćenju provedbe Zakona o pravu na pristup informacijama br. 6/21; <https://pristupinfo.hr/2021-MZ-i-HZZO>.
2. Ured za zakonodavstvo Vlade Republike Hrvatske, Izvješća o provedbi Plana zakonodavnih aktivnosti za 2019., 2020., 2021. i 2022. godinu; <https://zakonodavstvo.gov.hr/godisnji-plan-normativnih-aktivnosti/229>.
3. Ministarstvo zdravstva, Izvješća o radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvene ustanove, od 2013. do 2017. godine; <https://zdravlje.gov.hr/izvjesca-o-radu-povjerenstva-za-kvalitetu-zdravstvene-ustanove/6372>.

