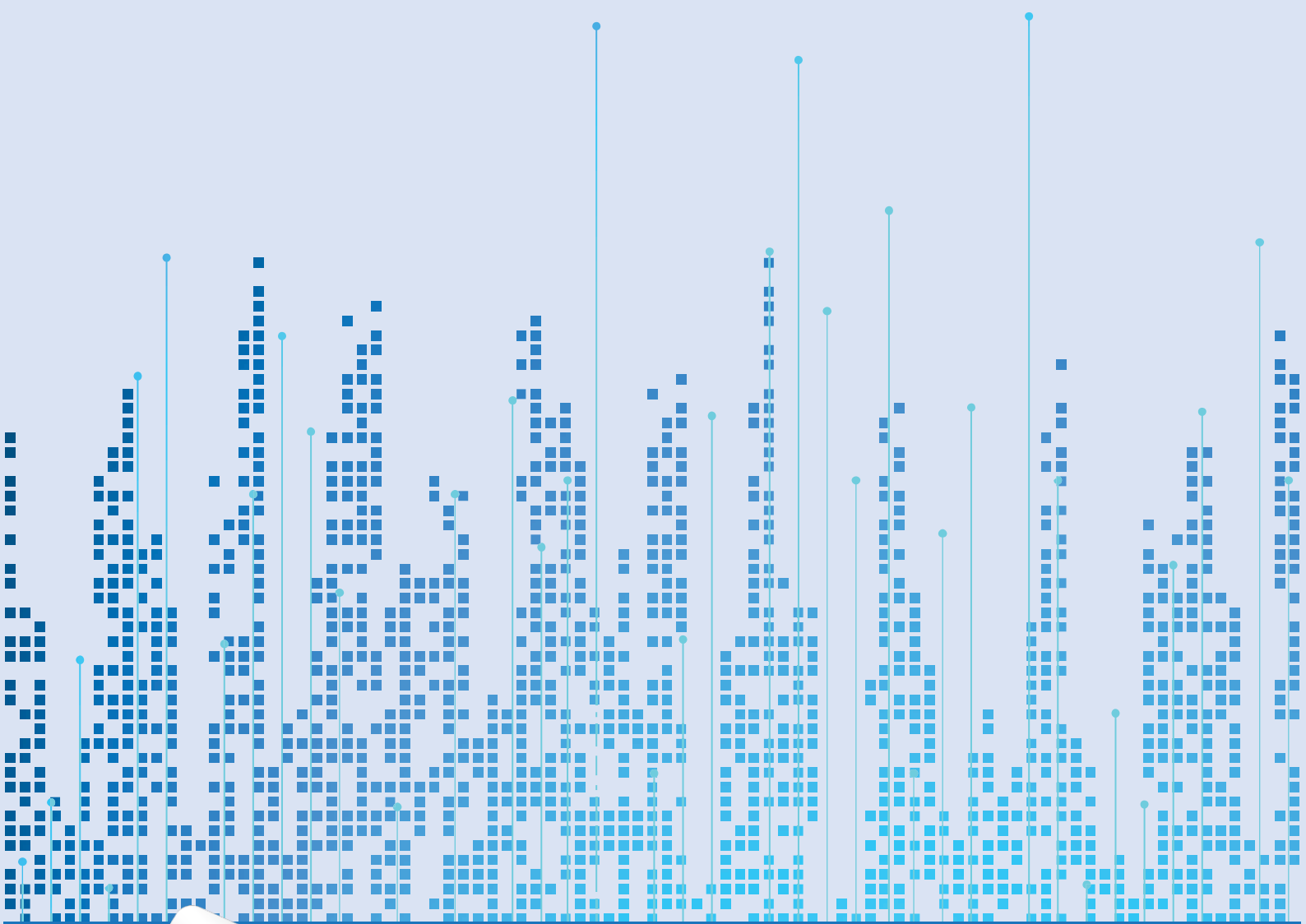


Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030.:

Sektor zdravstva

srpanj 2019.



Zahvale

Ova je analitička podloga izrađena u okviru Ugovora o savjetodavnim uslugama „Potpora uspostavi sustava za strateško planiranje i upravljanje razvojem te izradi Nacionalne razvojne strategije do 2030.“. Uži su tim Svjetske banke vodili Donato De Rosa (vodeći ekonomist, voditelj tima), Josip Funda (viši ekonomist, suvoditelj tima) i Catalin Pauna (bivši voditelj tima), u čijem su sastavu bile Stanka Crvik Orešković (projektna koordinatorica) i Bogdanka Krtinić (programska asistentica). Tim je radio pod vodstvom Arupa Banerjija (regionalnog direktora Svjetske banke za zemlje Europske unije), Elisabette Capannelli (direktorice ureda Svjetske banke u Republici Hrvatskoj) i Galline Andronove Vincelette (menadžerice sektora).

Izradu analitičke podloge o sektoru zdravstva vodila je Huihui Wang (viša ekonomistica). Glavni su suautori ove analitičke podloge: Anna Koziel (viša stručnjakinja za zdravstvo) i Mohirjon Ahmedov (stručnjak za zdravstvo), a svoje su priloge dali Zetianyu Wang (konzultant), Tatjana Prenda Trupec (konzultantica), Ian Forde (viši stručnjak za zdravstvo), Estella Tian-Ran Gong (konzultantica), Valerie Gilbert T. Ulep (konzultantica), Davor Katavić (konzultant) i Ana Bobinac (konzultantica). Ova je analitička podloga izrađena pod vodstvom Tanije Dmytraczenko, menadžerice sektora Svjetske banke za zdravstvo, prehranu i stanovništvo za Europu i središnju Aziju, i Larsa M. Sondergaard, voditelja programa.

Tim zadužen za izradu ove analitičke podloge zahvaljuje sljedećim pojedincima i organizacijama u Hrvatskoj:

- Ministarstvu regionalnog razvoja i fondova Europske unije za cjelokupnu koordinaciju i vodstvo, posebice Ani Odak, pomoćnici ministra i njezinu timu
- Ministarstvu zdravstva, posebice Mati Caru, pomoćniku ministra, i njegovu timu za sastanke i konzultacije na temelju kojih je izrađen ovaj dokument.

Napomena

Ova je analitička podloga proizvod zaposlenika Grupacije Svjetske banke. Nalazi, tumačenja i zaključci u ovom izvješću ne odražavaju nužno stajališta Grupacije Svjetske banke, njezina Odbora izvršnih direktora ni vlada koje zastupaju. Grupacija Svjetske banke ne jamči točnost podataka uključenih u ovo izvješće, a koji su preuzeti iz više vanjskih izvora. Sadržaj ovog dokumenta ne predstavlja i ne smatra se ograničenjem ili odricanjem od povlastica i izuzeća Grupacije Svjetske banke, koji su svi posebno zadržani.

Sadržaj

Popis slika	5
1 Pregled globalnih trendova i društvenih izazova (uključujući najbolje prakse).....	9
1.1 Demografske promjene i obrasci bolesti	9
1.2 Rastući troškovi zdravstvene zaštite	10
1.3 Izazovi u unaprjeđenju dostupnosti zdravstvene zaštite.....	16
1.4 Manjak sveobuhvatnih nacionalnih okvira za unaprjeđenje kvalitete.....	23
2 Pregled kretanja u Hrvatskoj	27
2.1 Potrebe za zdravstvenom zaštitom i ishodi zdravstvene zaštite	27
2.2 Izdaci za zdravstvo	33
2.2.1 Ukupni izdaci za zdravstvo	33
2.2.2 Izdaci za zdravstvo po vrsti zdravstvene zaštite	34
2.2.3 HZZO i financijska uspješnost zdravstvenih ustanova	35
2.3 Dostupnost zdravstvene zaštite	37
2.3.1 Financijska dostupnost.....	37
2.3.2 Udaljenost zdravstvenih ustanova.....	39
2.3.3 Dostupnost (odabranih) zdravstvenih djelatnika.....	40
2.3.4 Dostupnost bolničkih kreveta.....	42
2.3.5 Dostupnost lijekova	44
2.4 Iskorištenost ključnih resursa i usluga	45
2.4.1 Primarna zdravstvena zaštita.....	45
2.4.2 Bolnička zdravstvena zaštita.....	46
2.4.3 Hitne medicinske službe	51
2.5 Kvaliteta zdravstvene zaštite	52
2.5.1 Zdravstveni sustav	52
2.5.2 Bolnička zdravstvena zaštita.....	53
2.5.3 Primarna zdravstvena zaštita.....	57
3 Izazovi i razvojni potencijali sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj	60
3.1 Glavni izazovi:	60
3.1.1 Postojeći mehanizmi financiranja ne donose vrijednost za uloženi novac i ne osiguravaju održivost	60
3.1.2 Usluge zdravstvene zaštite nisu prilagođene današnjim zdravstvenim izazovima	62

3.1.3 Mehanizmi mjerenja i kontinuiranog unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite nisu dobro razvijeni	65
3.1.4 Hrvatska ima ograničene institucionalne kapacitete za provedbu, praćenje i vrednovanje ambiciozne reforme	66
3.2 Razvojni potencijali	66
3.2.1 3.2.1 Jačanje zdravstvenog sustava prepoznato je kao nacionalni prioritet	66
3.2.2 Digitalizacija je dobro uspostavljena i njezino se napredovanje nastavlja u cijelom sustavu zdravstvene zaštite	68
3.2.3 Hrvatska ima jaku osnovu primarne zdravstvene zaštite na kojoj treba graditi daljnji razvoj	69
4 Ključne preporuke	71
4.1 Osigurati financijsku održivost zdravstvenog sustava, uzimajući u obzir i prihode i rashode	71
4.2 Modernizirati pružanje usluga kao odgovor na nadolazeće izazove	72
4.3 Jačati mjerenje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite	73
4.4 Unaprijediti upravljačke kapacitete s pomoću djelotvornije upotrebe podataka u cilju upravljanja zdravstvenim sustavom	75
5 Horizontalna pitanja	77
5.1 Optimizacija broja, raspodjele i izobrazbe zdravstvenih djelatnika	77
5.2 Osigurati zdravo i aktivno starenje suradnjom s drugim sektorima i cjeloživotnim pristupom	78
6 Prijedlog plana provedbe	79
7 Prijedlog strateških (<i>flagship</i>) projekata	81
8 Prilozi	89

Popis slika

Slika 1. Udio dobnih skupina u stanovništvu, zemlje EU-a.....	9
Slika 2. Izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u, zemlje OECD-a i EU-a, 2016.....	10
Slika 3. Izdaci za zdravstvo i BDP (indeksirano), zemlje OECD-a i EU-a, 2016.....	11
Slika 4. Izdaci za zdravstvo u odnosu na bruto nacionalni dohodak, zemlje OECD-a i EU-a, 2016....	12
Slika 5. Rast izdataka za zdravstvo i dohodak, zemlje OECD-a i EU-a, 2016.	12
Slika 6. Javni izdaci za zdravstvo i očekivani životni vijek, 2016.	13
Slika 7. Broj liječnika na 1000 stanovnika, 2000. i 2015. (ili najbliža godina)	17
Slika 8. Broj medicinskih sestara na 1000 stanovnika, 2000. i 2015. (ili najbliža godina).....	17
Slika 9. Gustoća liječnika, ruralna i urbana područja, 2015. (ili najbliža godina)	18
Slika 10. Prosječno vrijeme čekanja operacije ugradnje umjetnog kuka, 2015.	19
Slika 11. Prosječno vrijeme čekanja operacije očne mrežnice, 2015.....	19
Slika 12. Njegovatelji za dugotrajnu skrb i stanovništvo u dobi od 80 i više godina, 2005. i 2015. (ili najbliža godina).....	20
Slika 13. Broj pacijenata koji više od 180 dana čekaju specijalistički pregled na 10 000 stanovnika od listopada 2002. do travnja 2011.....	23
Slika 14. Očekivani životni vijek u trenutku rođenja, 2016.	28
Slika 15. Godine zdravog života (za muškarce), 2016.	28
Slika 16. Teret bolesti, Hrvatska i zapadna i središnja Europa	29
Slika 17. Stopa smrtnosti od nezaraznih bolesti za muškarce i žene, 2016.....	30
Slika 18. Stopa smrtnosti od karcinoma, 2016. (ili najbliža godina).....	30
Slika 19. Promjena stope smrtnosti od karcinoma, 2005. – 2016. (ili najbliža godina).....	30
Slika 20. Prevalencija prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u zemljama EU-28 za stanovništvo od 18 i više godina	31
Slika 21. Prevalencija prekomjerne težine i pretilosti za djecu od 7 do 9 godina, 2015. – 2017.	31
Slika 22. Samoprocjena kroničnih bolesti, Hrvatska i EU, 2014.	31
Slika 23. Kronični zdravstveni problemi u urbanim i ruralnim područjima za stanovništvo od 16 i više godina.....	32
Slika 24. Samoprocijenjeno zdravstveno stanje prema dohotku za stanovništvo od 16 i više godina, Hrvatska, 2017.	32
Slika 25. Samoprocijenjena ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog zdravlja prema dohotku stanovništva od 16 i više godina, Hrvatska, 2017.	33
Slika 26. Izdaci za zdravstvo po stanovniku (po godinama)	34
Slika 27. Promjene izdataka za zdravstvo po stanovniku, 2005. – 2016.....	34
Slika 28. Izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u, 2016.	34
Slika 29. Izdaci za zdravstvo po stanovniku, 2016.	34
Slika 30. Izdaci za zdravstvo prema funkciji, 2016.....	35
Slika 31. Promjena u udjelu kurativne zdravstvene zaštite, 2013. – 2016.	35
Slika 32. Dospjele neplaćene obveze bolnica, 2012. – 2017.....	36
Slika 33. Dospjele neplaćene obveze i prihod od HZZO-a	36
Slika 34. Omjer između obveza i gornje granice Slika 35. Omjer između dospjelih neplaćenih prihoda bolnica po bolnicama, 2017.....	obveza i ukupnih obveza, 2017.
.....	36
Slika 36. Ukupne dospjele neplaćene obveze prema vrsti bolnice, 2012. – 2018.....	37
Slika 37. Sastav ukupnih izdataka bolnica, 2012. – 2015.	37

Slika 38. Postotak stanovništva sa samoprijavljenim neispunjenim zdravstvenim potrebama u Hrvatskoj i EU-u, 2010. – 2016.....	38
Slika 39. Samoprijavljene neispunjene zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite po dohotku stanovništva za stanovništvo od 16 i više godina, Hrvatska 2010. – 2017.....	39
Slika 40. Samoprijavljene neispunjene zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite prema dohotku stanovništva od 65 i više godina, Hrvatska i EU-27, 2017.	39
Slika 41. Udio stanovništva s neispunjenim zdravstvenim potrebama zbog udaljenosti zdravstvene ustanove u Hrvatskoj, urbana i ruralna područja, 2010. – 2016.	40
Slika 42. Broj doktora medicine liječnika opće medicine / specijalista obiteljske medicine (LOM-ova), 2009. – 2017.	41
Slika 43. Dostupnost zdravstvenih djelatnika, 2016.	41
Slika 44. Gustoća medicinskih sestara, 2000. – 2016.	41
Slika 45. Broj zdravstvenih djelatnika na 100 000 stanovnika, 2016.....	42
Slika 46. Broj kreveta na 100 000 stanovnika, 2016.	43
Slika 47. Promjena u broju kreveta na 100 000 stanovnika, 2005. – 2016.	43
Slika 48. Broj bolničkih kreveta za Hrvatsku, 2000. – 2016.....	43
Slika 49. Udio bolničkih kreveta prema razini zdravstvene zaštite, 2008. – 2016.....	44
Slika 50. Udio liječnika prema razini zdravstvene zaštite, 2008. – 2016.....	44
Slika 51. Broj posjeta LOM-ovima i pregleda po stanovniku, 2008. – 2016.....	45
Slika 52. Udio samoprijavljenih žena koje nikad nisu išle na pretrage briseva vrata maternice u dobi od 24 do 69 godina, 2014.	46
Slika 53. Udio pacijenata otpuštenih s bolničkog liječenja prema kategoriji bolnice, 2008. – 2016. ...	46
Slika 54. Postotak odabranih kirurških zahvata koji se mogu obaviti ambulantno (u jednodnevnoj kirurgiji), ali se još uvijek obavljaju stacionarnim bolničkim liječenjem	47
Slika 55. Prosječna duljina boravka u bolnicama, 2016. ili najbliža godina.....	48
Slika 56. Prosječna duljina boravka u bolnicama u Hrvatskoj, 2000. – 2016.....	48
Slika 57. Prosječna duljina boravka pacijenata s akutnim infarktom miokarda (AMI) u bolnicama uvrštenima u analizu, 2016.....	49
Slika 58. Prosječna duljina boravka pacijenata s moždanim udarom u bolnicama uvrštenima u analizu, 2016.....	49
Slika 59. Stopa zauzetosti bolničkih kreveta, 2005.....	50
Slika 60. Promjena stope zauzetosti bolničkih kreveta, 2005. – 2016. ili najbliža godina.....	50
Slika 61. Stopa zauzetosti bolničkih kreveta po vrsti bolnice, 2008. – 2016.	51
Slika 62. Broj posjeta hitnim medicinskim službama po stanovniku, 2017.....	52
Slika 63. Udio posjeta hitnim medicinskim službama prema prioritetu (stupnju hitnosti), 2017.	52
Slika 64. Stopa smrtnosti koja se može spriječiti poduzimanjem mjera liječenja po spolu i zemljama, 2015.....	53
Slika 65. Standardizirana stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana od prijema u bolnicu u odabranim zemljama, 2015.	54
Slika 66. Standardizirana stopa smrtnosti od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu u odabranim zemljama, 2015.	54
Slika 67. Standardizirana stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana od prijema u bolnicu po bolnicama	55
Slika 68. Standardizirana stopa smrtnosti od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu po bolnicama	55
Slika 69. Standardizirana stopa ponovnog prijema u bolnicu zbog akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana po bolnici, Hrvatska.....	55
Slika 70. Postotak pacijenata oboljelih od moždanog udara kojima je napravljeno CT/MR snimanje u roku 3 sata, Hrvatska	56

Slika 71. Prosječna duljina boravka u bolnicama zbog akutnog infarkta miokarda (AMI), 2016.	57
Slika 72. Stope upućivanja pacijenata u specijalističku zdravstvenu zaštitu, 2008. – 2017.....	58
Slika 73. Stope upućivanja pacijenata u specijalističku zdravstvenu zaštitu po županijama, 2017.	58

Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju: sektor zdravstva

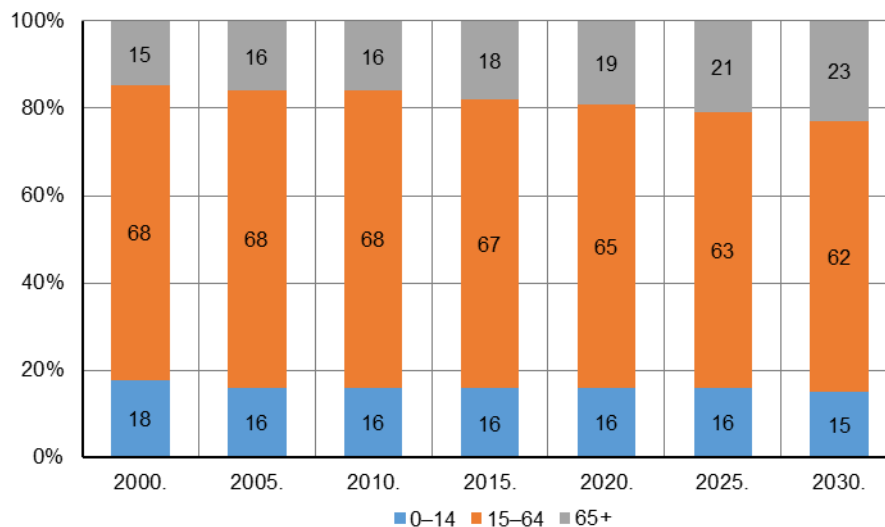
1. Zdravstveni sustavi diljem svijeta suočavaju se s mnogim izazovima unaprjeđenja zdravlja stanovništva i ispunjavanja sve većih očekivanja bolesnika. Ključni izazovi na koje u proteklih nekoliko desetaka godina nailaze srednje i visoko dohodovne zemlje uglavnom se mogu grupirati oko rastućih troškova zdravstvene zaštite, osiguravanja univerzalne, pravodobne i ujednačene dostupnosti, unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite i prilagođavanja sustava pružanja usluga nadolazećim izazovima. Ključnu ulogu u oblikovanju tih izazova imaju demografske promjene i novi obrasci bolesti, gospodarsko stanje i napredak tehnologija u medicini. U prvom poglavlju ove analitičke podloge daje se kratak pregled glavnih pitanja koja se odnose na kontrolu troškova, unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite, kao i osvrt na najbolje prakse rješavanja tih izazova u zemljama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD-a) i Europske unije. Zatim slijedi pregled zdravstvenog sustava u Hrvatskoj sa stajališta fiskalne održivosti, pružanja usluga i kvalitete zdravstvene zaštite na temelju postojećih podataka te proučavanja izazova i potencijala. U posljednja četiri poglavlja nalaze se preporuke specifične za hrvatski kontekst, ističu se horizontalna pitanja i daje se prijedlog plana provedbe preporuka i mogućih strateških projekata za rješavanje ključnih izazova u sustavu zdravstva.

1 Pregled globalnih trendova i društvenih izazova (uključujući najbolje prakse)

1.1 Demografske promjene i obrasci bolesti

2. U proteklim desetljećima globalno se primjećuju značajna unaprjeđenja očekivanog životnog vijeka i povećanja udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Prosječni se globalni očekivani životni vijek u trenutku rođenju povećao sa 66,5 godina 2000. na 72 godine 2016.,¹ a u zemljama EU-a sa 77,7 godina 2002. na 81 godinu 2016.² Zbog duljeg očekivanog životnog vijeka procjenjuje se da će broj osoba starijih od 65 godina porasti s 8,5 posto na oko 12 posto svjetskog stanovništva i s 18 posto na oko 23 posto stanovništva EU-a do 2030.³ (Slika 1.). Te demografske promjene mijenjaju okruženje za pružanje usluga zdravstvene zaštite – s jedne se strane smanjuje potražnja za uslugama zdravstvene zaštite za djecu i liječenjem zaraznih bolesti, a s druge raste prevalencija nezaraznih bolesti i povećava potražnja za uslugama zdravstvene zaštite za kronične bolesnike i dugotrajnom skrbi.

Slika 1. Udio dobnih skupina u stanovništvu, zemlje EU-a



Izvor: Ujedinjeni narodi.

3. Povećana prevalencija nezdrave prehrane i sjedilačkog načina života pridonose vrlo brzom porastu čimbenika rizika za nezarazne bolesti u stanovništvu. Diljem svijeta pretilost se gotovo utrostručila od 1970-ih. Zemlje OECD-a bilježe prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost kod jedne od

¹ Global Health Observatory data repository, WHO.

² Eurostat.

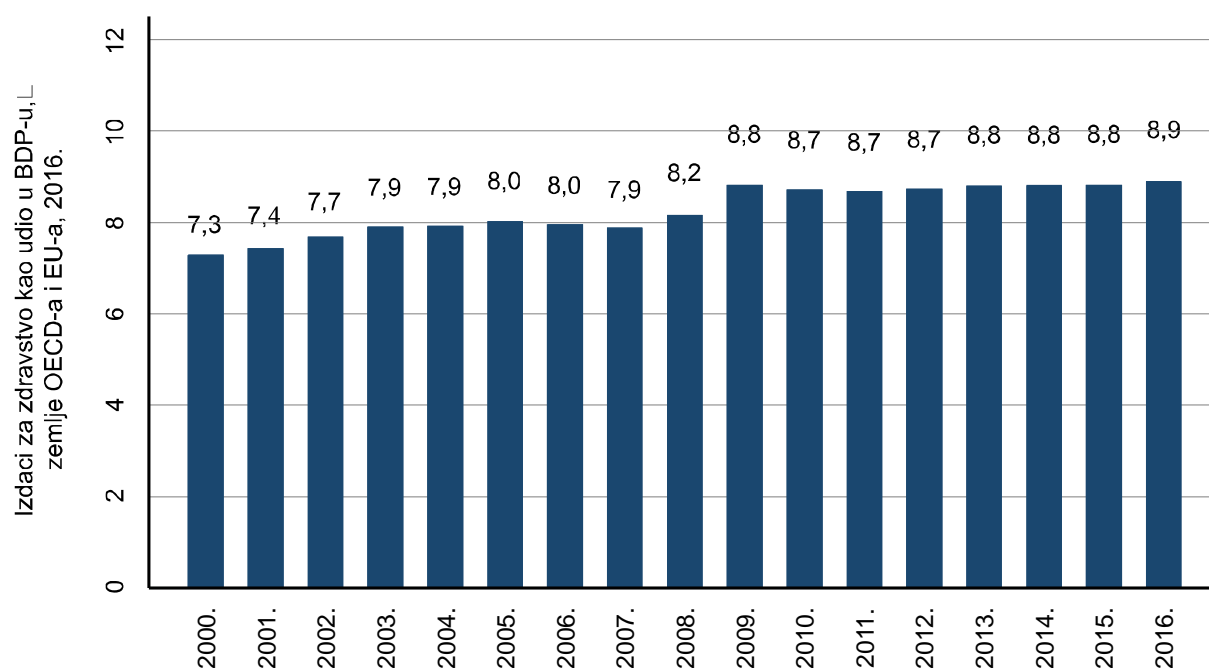
³ U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, *An Aging World: 2015*, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.

dvije odrasle osobe i jednog djeteta od šestero djece,⁴ uslijed čega se velikom brzinom povećava i prevalencija nezaraznih bolesti. Primjerice, prognoza je da će prevalencija dijabetesa u europskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO-a) porasti sa 66 milijuna 2016. na 81 milijun 2045.⁵ U mnogim europskim zemljama raste i incidencija karcinoma debelog crijeva, dojke i jetre.⁶

1.2 Rastući troškovi zdravstvene zaštite

4. Rastući troškovi zdravstvene zaštite glavni su izazov većini zdravstvenih sustava u zemljama EU-a i OECD-a. U proteklih su dvadesetak godina izdaci za zdravstvo u porastu, s prosječnim godišnjim rastom od 3 posto do 4 posto, što je neprestano premašivalo gospodarski rast i dovelo do povećane zabrinutosti za fiskalnu održivost zdravstvenog sustava. Primjerice, u proteklih dvadeset godina izdaci za zdravstvo u zemljama OECD-a i EU-a porasli su gotovo 1,6 puta, a gospodarski se rast u istom razdoblju povećao za 1,3 puta (vidi Slika 3.). Bez proaktivnih mjera prognoza je da će troškovi zdravstvene zaštite i dalje činiti sve veći udio prihoda.⁷

Slika 2. Izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u, zemlje OECD-a i EU-a, 2016.



Izvor: WHO-GHED.

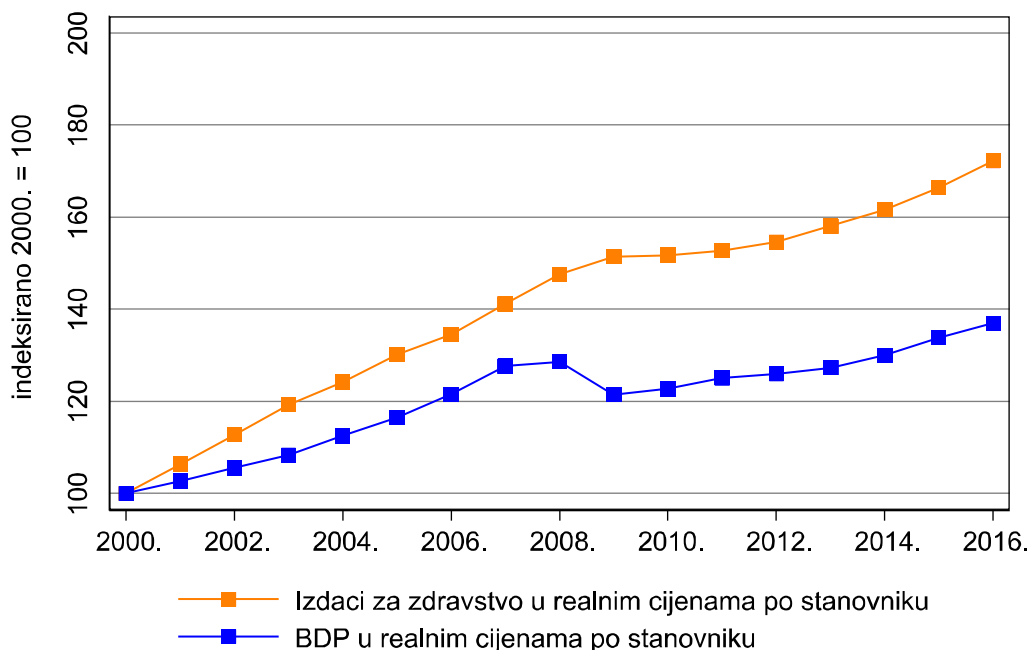
⁴ *Obesity Update*, OECD 2017.

⁵ *IDF Diabetes Atlas*, 8th edition, 2017.

⁶ Torre, L. A., Siegel, R. L., Ward, E. M., & Jemal, A. (2016). „Global cancer incidence and mortality rates and trends—an update.“ *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 25(1), 16–27.

⁷ OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris.

Slika 3. Izdaci za zdravstvo i BDP (indeksirano), zemlje OECD-a i EU-a, 2016.

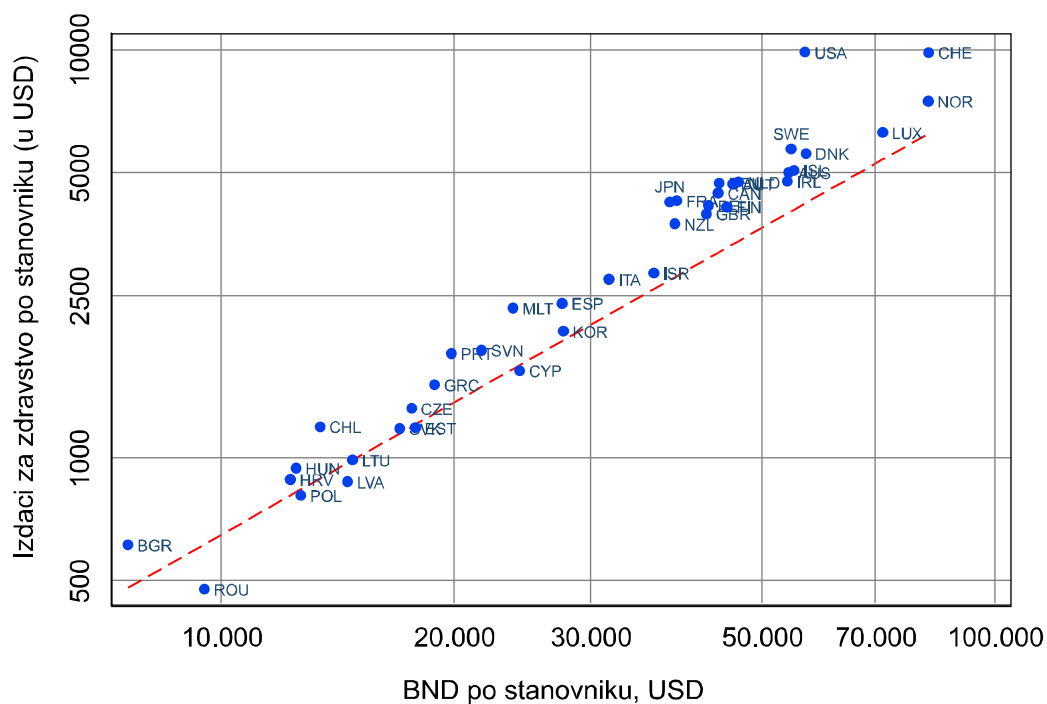


Izvor: WHO-GHED.

Napomena: Velike su razlike u iznosima izdataka za zdravstvo u zemljama OECD-a i EU-a. SAD i Švicarska imaju najveće izdatke za zdravstvo po stanovniku (oko 10 000 USD po stanovniku), a zemlje poput Mađarske, Rumunjske i Litve manje od 1000 USD po stanovniku. Visokodohodne zemlje OECD-a i EU-a u prosjeku imaju veći udio izdataka za zdravstvo u bruto domaćem proizvodu (BDP-u) od srednjedohodovnih zemalja OECD-a i EU-a (vidi Slika 4.). Iako u proteklih dvadeset godina izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u u prosjeku rastu, neke zemlje bilježe njihov pad slijedom ciljanih politika usporavanja njihova rasta.

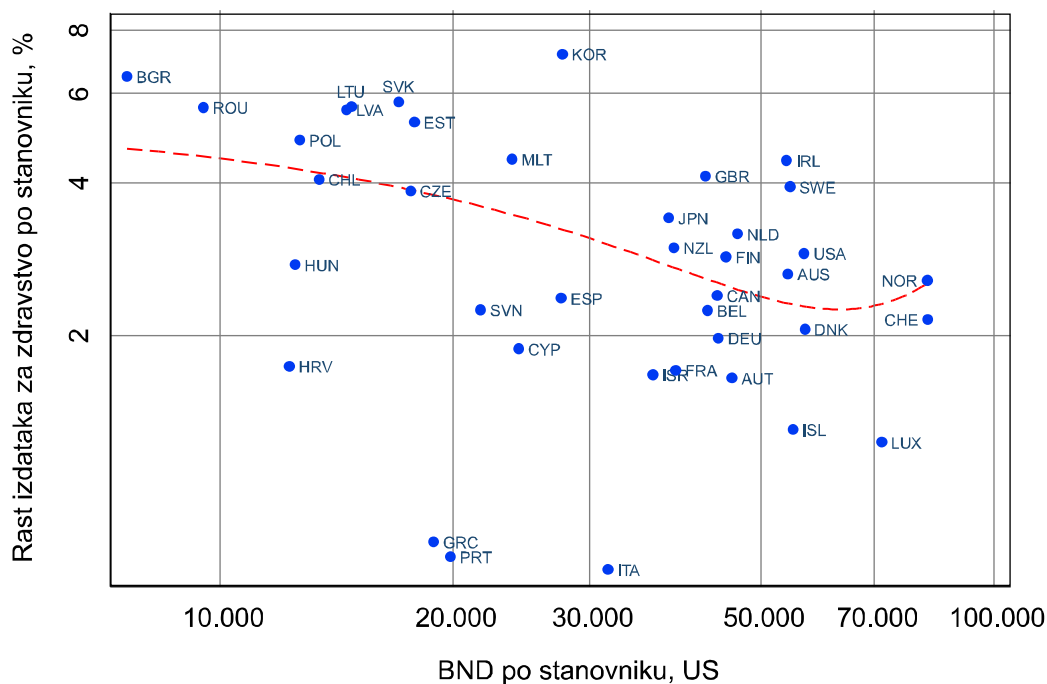
5. Zemlje OECD-a i EU-a imaju različite stope rasta izdataka za zdravstvo. Od 2000. do 2016. prosječan je godišnji rast izdataka za zdravstvo u zemljama OECD-a i EU-a bio u rasponu od 7 posto do manje od 1 posto, a niskodohodovne zemlje bilježe više stope rasta nego visokodohodovne zemlje (vidi Slika 5.). Primjerice, neke zemlje s razmjerno niskim izdacima za zdravstvo, kao što su Slovačka, Litva, Latvija, Estonija i Poljska, bilježe njihov rast od više od 5 posto, što se djelomice može pripisati posebnim politikama uvedenim u cilju unaprjeđenja dostupnosti i povećanja izdataka za zdravstvo na razinu usporedivu s razinama drugih zemalja OECD-a. S druge strane, mnoge visokodohodovne zemlje OECD-a bilježe razmjerno niži rast izdataka za zdravstvo: primjerice, Italija, Portugal i Francuska bilježe rast od manje od 1 posto.

Slika 4. Izdaci za zdravstvo u odnosu na bruto nacionalni dohodak, zemlje OECD-a i EU-a, 2016.



Izvor: WHO-GHED.⁸

Slika 5. Rast izdataka za zdravstvo i dohodak, zemlje OECD-a i EU-a, 2016.



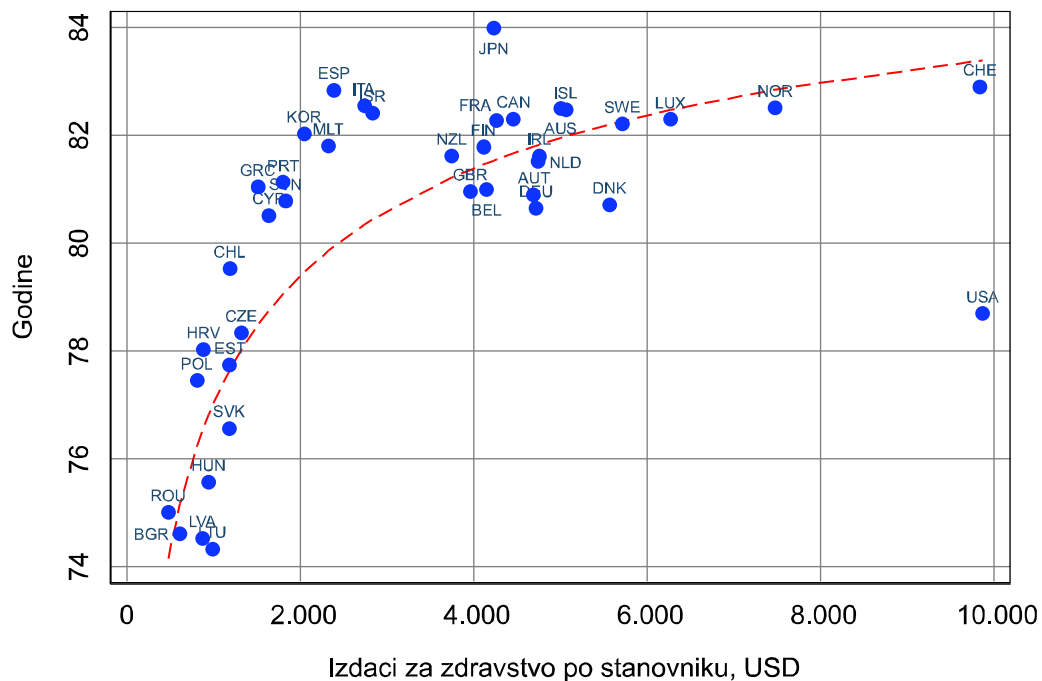
Izvor: WHO-GHED.

⁸ WHO Global Health Expenditure Database.

6. Na agregiranoj razini rast se bilježi u svim stavkama izdataka za zdravstvo u zemljama OECD-a i EU-a u razdoblju od 2012. do 2016. godine. Izdaci za dugotrajnu skrb i ambulantnu zdravstvenu zaštitu porasli su za oko 3 posto godišnje, a izdaci za lijekove i bolničko liječenje za 1 posto do 2 posto godišnje. S godišnjim rastom od 10 posto, Latvija i Estonija imale su najveći porast izdataka za lijekove od zemalja u regiji. U načelu, od ukupnih izdataka za zdravstvo 60 posto izdataka bilo je za usluge kurativnog liječenja i rehabilitacije, 20 posto za medicinske proizvode (uglavnom lijekove), 13 posto za dugotrajnu skrb i manje od 10 posto za opće usluge (tj. javno zdravstvo, upravljanje i administraciju). I zapadnoeuropske zemlje imaju niži udio izdataka za lijekove (oko 15 posto) u usporedbi s istočnoeuropskim zemljama (od 25 posto do 30 posto).

7. **Veći izdaci ne dovode uvijek do boljih zdravstvenih ishoda.** Izdaci za zdravstvo i očekivani životni vijek u pozitivnom su odnosu samo do određene stope izdataka za zdravstvo. Iznad 3000 USD po stanovniku odnos između izdataka za zdravstvo i porasta očekivanog životnog vijeka počinje opadati (vidi Slika 6.). Međutim, ograničeni su dokazi o odnosu između izdataka za zdravstvo i drugih „finijih“ vrsta zdravstvenih ishoda, kao što su kvaliteta života ili iskustva pacijenata.

Slika 6. Javni izdaci za zdravstvo i očekivani životni vijek, 2016.



Izvor: WHO-GHED i World Bank-WDI.

8. **Tri su opće odrednice rastućih izdataka za zdravstvo u razvijenim zemljama: demografske promjene, dohodak i pričuva.** Međutim, u literaturi još nisu utvrđeni točni učinci svake od tih odrednica na rast izdataka za zdravstvo.⁹ Mnoge studije pokazuju zanemariv učinak starenja na rast izdataka za zdravstvo. Rast dohotka i pričuva veliki su pokretači rasta izdataka. Pričuva uključuje napredak tehnologije, medicinsku inflaciju i zdravstvene politike za proširenje prava ili pokrivenosti u zdravstvu.

⁹ De la Maisonneuve, Christine and Oliveira Martins, Joaquim, „A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures“ (9. srpnja 2013.). *OECD Economics Department Working Paper* No. 1048, 2013. Dostupno na: SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2291541> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2291541>.

9. Starenje i novi obrasci bolesti imaju ograničen utjecaj na rast izdataka za zdravstvo. Često se navodi da je starenje stanovništva jedan od ključnih pokretača rastućih izdataka za zdravstvo. Starije su osobe izložene većem riziku od kroničnih bolesti, a zbrinjavanje je tih bolesti skupo. Međutim, empirijske studije pokazuju da utjecaj starenja na izdatke za zdravstvo nije toliko velik kao što se očekivalo. Na agregiranoj razini, oko 10 posto rasta izdataka u zemljama OECD-a može se pripisati demografskim promjenama.^{10,11} I podaci na razini zemalja kao što su Francuska i SAD potvrdili su da starenje objašnjava samo malen dio porasta izdataka za zdravstvo.^{12,13} I novi se obrasci bolesti često navode kao ključni čimbenici pokretanja rasta. Prijelaz s akutnih zaraznih bolesti na kronične nezarazne bolesti zahtijeva kontinuirano i skuplje liječenje, što fiskalno opterećuje sustave zdravstvene zaštite. Međutim, nakon provjere demografskih utjecaja, broja usluga i praksi liječenja, pokazalo se da prijelaz na nezarazne bolesti ima minimalan opći utjecaj na porast izdataka.¹⁰

10. S porastom dohotka očekuje se porast potražnje za zdravstvenom zaštitom, što će dovesti do većih agregiranih izdataka za zdravstvo. Do 40 posto rasta izdataka za zdravstvo u zemljama OECD-a može se pripisati rastu dohotka.^{10,11} Međutim, teško je procijeniti točan utjecaj dohotka na izdatke za zdravstvo zbog varijabilnih procjena elastičnosti, metodoloških pristupa, početnih pretpostavki i nacionalnog konteksta.¹⁴

11. Mnoge studije pokazuju da su razvoj, usvajanje i širenje nove zdravstvene tehnologije osnovne odrednice rasta izdataka.¹⁵ Procjena je da se od 25 posto do 50 posto rasta izdataka za zdravstvo može pripisati tehnološkom napretku, a veći dio ambulantnom liječenju i lijekovima.^{11,16} U upotrebi su razne mjere i alati procjene zdravstvenih tehnologija za provjeru usvajanja i širenja tehnologija radi usporavanja rasta izdataka.^{17,18} Primjerice, pristupi koji se upotrebljavaju za ograničavanje rasta izdataka za lijekove obuhvaćaju stroge kriterije koristi i troškova pokrivenih tehnologija u medicini, pomnu provjeru djelovanja lijekova i udruživanje s drugim zemljama i organizacijama u pregovorima oko nabave.¹⁹ Zemlje poput Australije, Engleske i Južne Koreje koriste rastući omjer troškova i učinkovitosti liječenja (engl. *incremental cost effectiveness ratio*, ICER) za odluku o dostupnosti lijeka na temelju terapijske koristi po jediničnom trošku.²⁰ Pragovi učinkovitosti liječenja rijetko se samostalno

¹⁰ De la Maisonnette i Martin (2013).

¹¹ Smith S, Newhouse JP, Freeland MS. „Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?“ *Health Aff* (Millwood) 2009; 28: 1276–84.

¹² Dormont B, Grignon M, i Huber H. „Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing.“ *Health Economics*, Wiley, 2006, 15 (9), str. 947–963.

¹³ Dieleman JL, Baral R, Birger M, et al. „US Spending on Personal Health Care and Public Health, 1996–2013.“ *JAMA*. 2016; 316(24): str. 2627–2646.

¹⁴ Newhouse JP. „Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?“ *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, no. 3, ljeto 1992.

¹⁵ Chernew ME, Newhouse JP. *Health Care Spending and Growth*. Oxford: Elsevier B V, 2012.

¹⁶ Bundorf KM, Royalty A, Baker LC. „Health care cost growth among the privately insured.“ *Health Aff*. 2009; 28(5): 1294–304.

¹⁷ Kristensen FB, Husereau D, Huić M, et al., A. „Identifying the Need for Good Practices in Health Technology Assessment: Summary of the ISPOR HTA Council Working Group Report on Good Practices in HTA.“ *Value Health*. 2019 Jan; 22(1): str. 13–20.

¹⁸ Garrido MV, Kristensen FB, Nielsen CP, Busse R. „Health Technology Assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential.“ *Observatory Studies Series* No14, World Health Organization 2008.

¹⁹ OECD, Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines, 2018, <https://doi.org/10.1787/9789264307391-en>.

²⁰ V Paris and A Belloni, „Value in Pharmaceutical Pricing.“ *OECD Health Working Papers*, 11. srpanj 2013., <https://doi.org/10.1787/5k43jc9v6kx-en>.

upotrebljavaju za određivanje dostupnosti lijekova jer je u obzir potrebno uzeti i društveni element.²¹ Stoga je upotreba granica isplativosti u raznim zemljama pokazala različite rezultate. BeNeLuxA koalicija primjer je udruženog pregovaranja u nabavi u kojoj se zajednički pregovara o cijeni.²² Još uvijek nije vidljiv utjecaj zajedničkih pregovora o cijeni na rast izdataka za lijekove.

12. Neke vladine politike i prioritete mogu dovesti do povećanja izdataka za zdravstvo. U literaturi je primijećeno da su proširenje košarice usluga i prava iz zdravstvenog osiguranja važni pokretači izdataka za zdravstvo.²³ Izdaci za zdravstvo zbog proširenja prava iz zdravstvenog osiguranja ili potpora povećavaju se na dva načina: (a) zdravstveno osiguranje mijenja način rada pružatelja zdravstvene zaštite i (b) imaju učinak prelijevanja, što znači da promjene statusa osiguranika u jednoj skupini pacijenata mogu utjecati na liječenje drugih pacijenata.

Okvir 1. Odabrane prakse obuzdavanja troškova

Nadzor izdataka za lijekove

U zemljama OECD-a udio izdataka za lijekove u ukupnim izdacima iznosi oko 20 posto. Značajan se dio izdataka za lijekove može uštedjeti smanjenjem previsoke cijene, prekomjerne ponude i pretjeranog propisivanja izvornih lijekova (OECD, 2017.).

P4P za generičke lijekove (Francuska)

Francuski je zavod za zdravstveno osiguranje 2009. uveo program ugovora za unaprjeđenje učinka pojedinačnih ordinacija zdravstvene zaštite (engl. *Contract for Improving Individual Practices*, CAPI na francuskom). Cilj je CAPI-ja bio davanje novčanih poticaja za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite na temelju procjene ostvarenja 16 pokazatelja u sljedećim područjima: prevencija i rano otkrivanje (probir, engl. *screening*) kroničnih bolesti, daljnje praćenje kroničnih bolesti i propisivanje generičkih lijekova. Pet od 16 pokazatelja odnose se na propisivanje generičkih lijekova: udio generičkih lijekova u antibioticima i inhibitorima protonске pumpe te udio generičkih lijekova propisanih za hipertenziju, antidepresive i ACE inhibitore. Liječnici opće medicine / specijalisti obiteljske medicine koji sudjeluju u ovom programu, osim naknade plaćene po obavljenoj usluzi, mogu dobiti godišnji bonus od 5000 EUR. Slično mnogim programima plaćanja prema učinku, djelotvornost CAPI-ja još uvijek je nedovoljno jasna.

Izvor: Olivier, Saint-Lary, and Sicsic, Jonathan, (2015), „Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length“, *Health Policy*, 119, issue 4, str. 417–426.

Suradnja u nabavi (združena nabava) (Norveška)

Norveška organizacija za suradnju u nabavi lijekova (LIS) odgovorna je za izradu smjernica, specifikacija, ugovora o nabavi i isporuci za proizvođače lijekova u suradnji s 80 državnih bolnica (Mack, 2015.) i u ime bolnica kupuje lijekove komadno na veliko. LIS nabavlja sve vrste lijekova, uključujući skupe onkološke lijekove, lijekove za hepatitis C, hormone rasta i imunostimulatore. Norveška ima u prosjeku najniže izdatke za lijekove među zemljama OECD-a. Cijene lijekova 30 posto su niže od cijena u susjednim zemljama.

²¹ Paris i Belloni, „Value in Pharmaceutical Pricing.“

²² European Public Health Alliance, BENELUXA: „First Results of Multi-Country Cooperation on Medicine Price Negotiations,“ rujna 2017.

²³ Finkelstein A. „The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare.“ *Quarterly Journal of Economics*, vol. CXXII, no. 1, veljača 2007.

Okvir 2. Promjene u plaćanju pružatelja zdravstvene zaštite

Promjene u plaćanju pružatelja zdravstvene zaštite

Ugovor o globalnom proračunu za kvalitetu (engl. *Global budget quality contract*) (MA, SAD)

Na temelju sustava globalnog proračuna, bolnice, umjesto plaćanja za svaku pojedinu uslugu, dobivaju godišnji paušalni iznos za pokrivanje izdataka. U SAD-u savezna država Massachusetts bila je prva koja je provela reformu plaćanja. Neprofitna organizacija Blue Cross Blue Shield (BCBS) iz Massachusettsa uvela je Alternativni ugovor o kvaliteti (engl. *Alternative Quality Contract*, AQC), u skladu s kojim pružatelji usluga dobivaju globalni proračun prilagođen rizicima. Do 2012. godine oko 85 posto liječnika u mreži BCBS-a sklopilo je tu vrstu ugovora. AQC je „dvostrani ugovor“ u kojem se uštede i rizici dijele ovisno o tome jesu li izdaci manji ili veći od dodijeljenog proračuna. Studije o procjeni utjecaja pokazuju da je AQC iz Massachusettsa doveo do nižeg rasta izdataka i općenito većih unaprjeđenja kvalitete. S pomoću globalnog proračuna, poticajima za kvalitetu mogu se potaknuti promjene u obrascima pružanja usluga i na taj način smanjiti izdaci, a unaprijediti kvaliteta.

Izvor: Z. Song, S. Rose, D. G. Safran et al., „Changes in Health Care Spending and Quality Four Years into Global Payment,“ *New England Journal of Medicine*, objavljeno online 30. listopada 2014.

1.3 Izazovi u unaprjeđenju dostupnosti zdravstvene zaštite

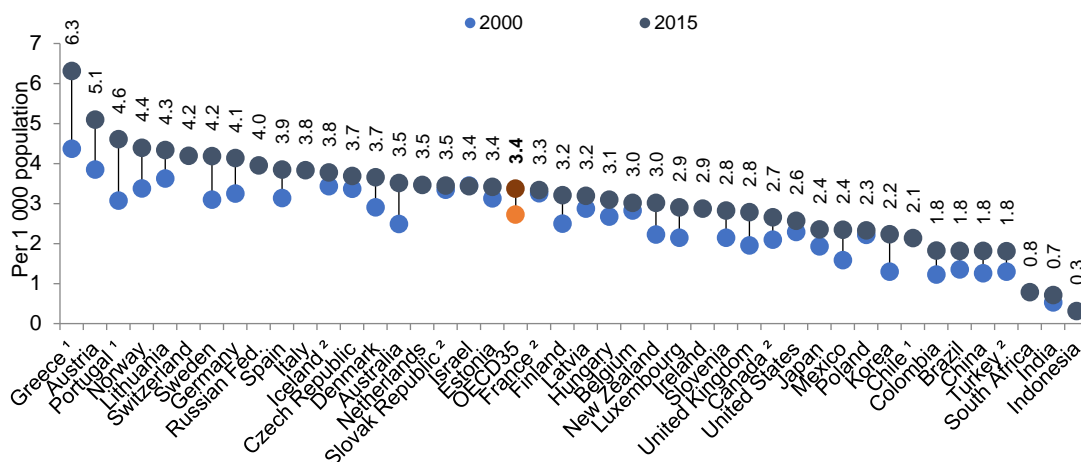
13. Unatoč značajnim postignućima u osiguranju univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom u zemljama EU-a, još uvijek postoje mnogi izazovi u unaprjeđenju dostupnosti zdravstvene zaštite (kao što su manjak zdravstvenih djelatnika, dostupnost dugotrajne skrbi i pravodobnost zdravstvene zaštite). Iako je broj zdravstvenih djelatnika s vremenom porastao (Slika 7. i Slika 8.), većina zdravstvenih sustava nema dovoljno radnika. Prognoze u vezi s brojem zdravstvenih radnika u zemljama OECD-a pokazuju manjak od 400 000 liječnika i 2,5 milijuna medicinskih sestara.²⁴ Manjak zdravstvenih djelatnika vjerojatno je uzrokovan promjenama okruženja pružanja usluga zdravstvene zaštite, manjim upisom ili stopama završavanja medicinske izobrazbe i niskim stopama zadržavanja radnika.²⁵ Taj je manjak posebice izražen u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ruralnim područjima (Slika 9.).²⁶

²⁴ Richard M. Scheffler and Daniel R. Arnold, „Projecting Shortages and Surpluses of Doctors and Nurses in the OECD: What Looms Ahead,“ *Health Economics, Policy and Law* 14, no. 2 (travanj 2019.): 274–90, <https://doi.org/10.1017/S174413311700055X>.

²⁵ Scheffler i Arnold.

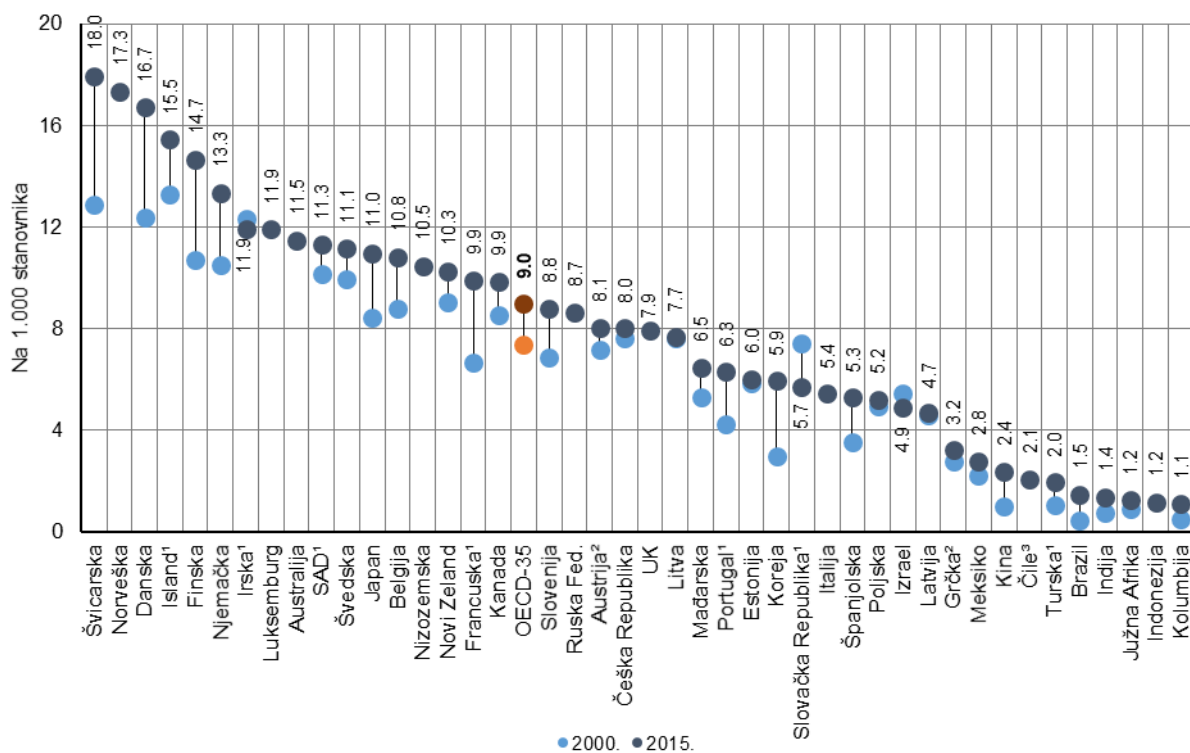
²⁶ Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, „Access to Health Services in the European Union,“ pristupljeno 16. ožujka 2019.

Slika 7. Broj liječnika na 1000 stanovnika, 2000. i 2015. (ili najbliža godina)



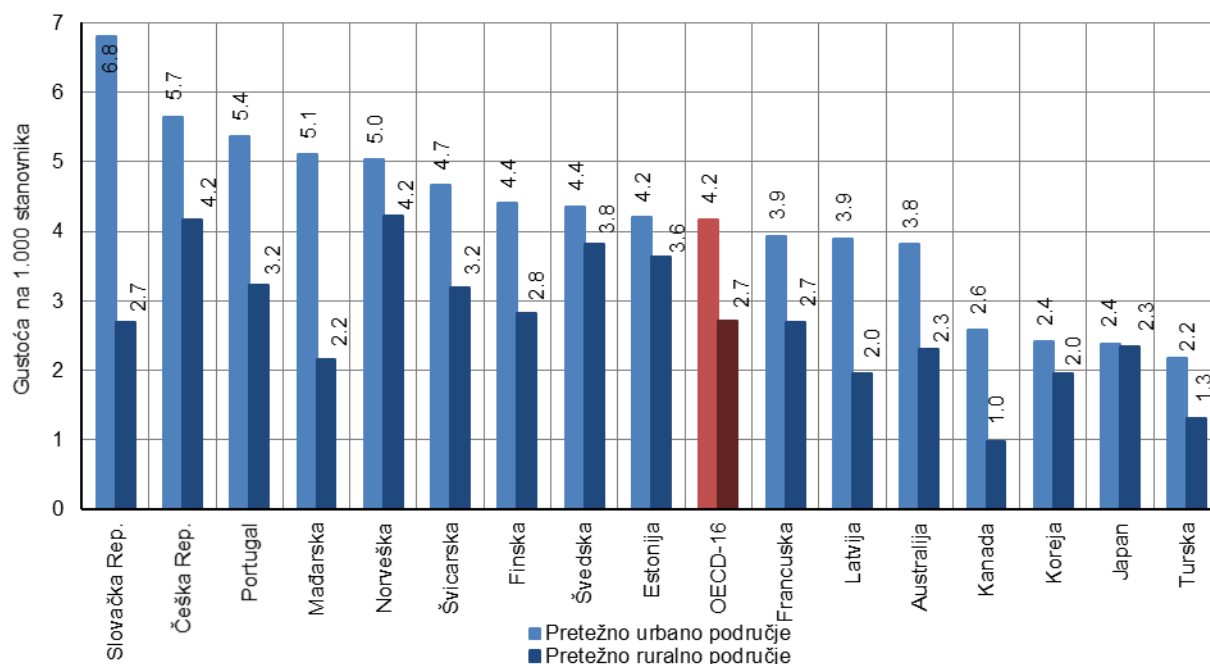
Izvor: Health at a Glance, 2017.

Slika 8. Broj medicinskih sestara na 1000 stanovnika, 2000. i 2015. (ili najbliža godina)



Izvor: Health at a Glance, 2017.

Slika 9. Gustoća liječnika, ruralna i urbana područja, 2015. (ili najbliža godina)



Izvor: Health at a Glance, 2017.²⁷

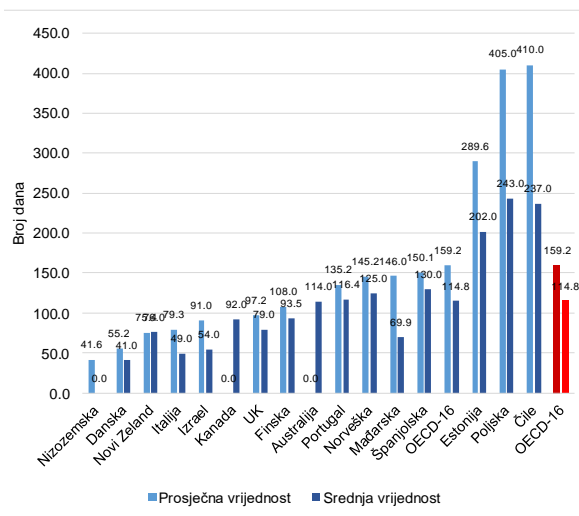
14. Mnoge zemlje EU-a i OECD-a imaju postojane probleme s pravodobnošću rutinske i specijalizirane zdravstvene zaštite. Primjerice, liste čekanja za dogovorene operacije kao što je operacija ugradnje umjetnog kuka ili operacija očne mrežnice izrazito su duge, a bolesnici čekaju operaciju mjesecima ili više od godinu dana (Slika 10. i Slika 11.).²⁸ Ograničeno ili neodgovarajuće radno vrijeme primarne zdravstvene zaštite može dovesti do većeg udjela rutinske zdravstvene zaštite u hitnoj medicinskoj pomoći.²⁹

²⁷ „Health at a Glance 2017 - OECD Indicators - En - OECD,“ pristupljeno 16. ožujka 2019., <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>.

²⁸ L Siciliani and M Borowitz, „Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?,“ *OECD Health Policy Studies* (Paris, 2013), <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>; Luigi Siciliani, Valerie Moran i Michael Borowitz, „Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries,“ *Health Policy* 118, no. 3 (1. prosinca 2014.): 292–303, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>.

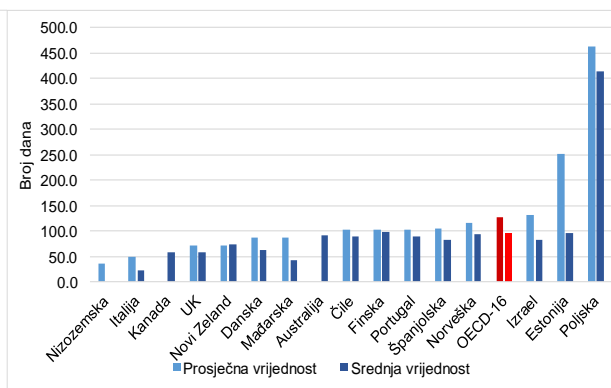
²⁹ Marleen Smits et al., „The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review,“ *Annals of Internal Medicine* 166, no. 10 (16. svibnja 2017.): 737–42, <https://doi.org/10.7326/M16-2776>.

Slika 10. Prosječno vrijeme čekanja operacije ugradnje umjetnog kuka, 2015.



Izvor: Health at a Glance, 2017.

Slika 11. Prosječno vrijeme čekanja operacije očne mreže, 2015.

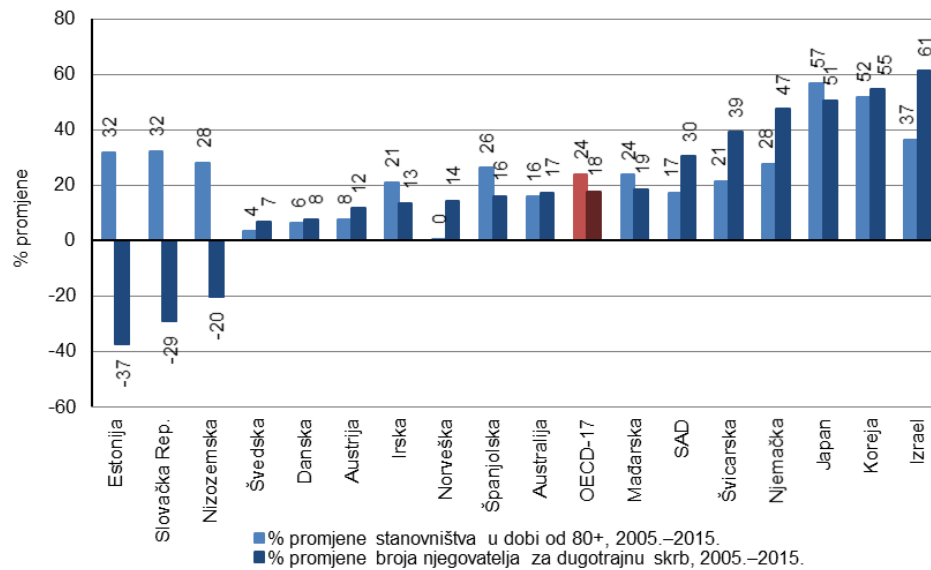


Izvor: Health at a Glance, 2017.

15. U mnogim se zemljama EU-a zbog demografskih trendova povećava potražnja za dugotrajnom skrbi. Manjak kreveta često je povezan s manjkom njegovatelja.³⁰ Slika 12. prikazuje da, iako su neke zemlje poduzele korake za povećanje broja njegovatelja, taj se broj u nekim zemljama zapravo smanjio.

³⁰ OECD, „Long-Term Care: Growing Sector, Multifaceted Systems,“ in *Help Wanted?*, by Francesca Colombo et al. (OECD, 2011), 37–60, <https://doi.org/10.1787/9789264097759-6-en>.

Slika 12. Njegovatelji za dugotrajnu skrb i stanovništvo u dobi od 80 i više godina, 2005. i 2015. (ili najbliža godina)



Izvor: Health at a Glance, 2017.

16. Manjak zdravstvenih djelatnika u zemljama OECD-a obično se rješava jačanjem uloge medicinskih sestara, radom s inozemnim stručnjacima i mijenjanjem politika zapošljavanja i plaća. Mnoge zemlje OECD-a primjerice mijenjaju ulogu medicinskih sestara i dodjeljuju im dužnosti koje su prije obavljali liječnici (prebacivanje zadataka na nižu razinu, engl. *task-shifting*) ili im daju odgovornosti koje prije nisu bile u njihovoj nadležnosti, kao što je koordinacija dijela liječenja (engl. *case management*), tj. dopunjuju njihove zadatke (engl. *task supplementation*).³¹ Neke zemlje nedovoljno kapacitirana područja popunjavaju studentima medicine iz stranih zemalja,³² a druge povećavaju upisne kvote za medicinske fakultete ili povećavaju plaće u nastojanju da povećaju ponudu radne snage.³³ Sažeti prikaz literature kroz sustavne preglede utjecaja proširenih ovlasti medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenog zaštiti pokazuje da medicinske sestre mogu postići iste, ako ne i bolje, ishode od liječnika u odabranim uslugama, uz iste ili niže troškove.³⁴ Upotreba stranih zdravstvenih djelatnika pokazala se uspješnim kratkoročnim rješenjem nadopune potkapacitiranih područja.³⁵ Budući da izobrazba liječnika i medicinskih sestara traje više godina, dugoročan se utjecaj povećanih upisnih kvota na medicinskim fakultetima još ne može vidjeti.³⁶

17. Zemlje različitim alatima i mjerama rješavaju regionalne neusklađenosti u dostupnosti zdravstvene zaštite, kao što su telemedicina, mreže usluga i poticaji zaposlenicima za rad u

³¹ Claudia B. Maier, Linda H. Aiken i Reinhard Busse, „Nurses in Advanced Roles in Primary Care,“ 20. studenoga 2017., <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>.

³² Ono, Schoenstein i Buchan, „Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses.“

³³ Tomoko Ono, Gaétan Lafortune i Michael Schoenstein, „Health Workforce Planning in OECD Countries“ 26. lipnja 2013.

³⁴ Maier, Aiken i Busse, „Nurses in Advanced Roles in Primary Care.“

³⁵ Ono, Lafortune i Schoenstein, „Health Workforce Planning in OECD Countries.“

³⁶ Maier, Aiken i Busse, „Nurses in Advanced Roles in Primary Care.“

ruralnim i udaljenim područjima.³⁷ Ujedinjena Kraljevina, Njemačka, Italija i Španjolska uvele su daljinsko praćenje, posebice za kronične bolesti.³⁸ Ako nema dovoljno ruralnih domova zdravlja ili su oni nedovoljno opremljeni za posebne zdravstvene potrebe, nekim se politikama jačaju mreže transfera u različite druge ustanove zdravstvene zaštite. Da bi riješile manjak zdravstvenih djelatnika u ruralnim područjima, Kanada i Australija uvele su programe poticaja za medicinsku izobrazbu i plaćanje radi privlačenja zdravstvenih djelatnika na rad u ruralnim domovima zdravlja, a utjecaji se tih raznih pristupa još procjenjuju. Za telemedicinu se analizom literature kroz 58 sustavnih pregleda utvrdilo da načelno unaprjeđuje ishode povezane s kvalitetom života, mortalitetom i prijemom bolesnika u bolnicu.³⁹ U nekim su kontekstima poticaji za izobrazbu i plaću radi privlačenja liječnika na rad u ruralnim područjima bili uspješni, ali nema konačnih dokaza o dugoročnom zadržavanju liječnika u tim ruralnim područjima.⁴⁰

18. Na dugo vrijeme čekanja politika je u Europi odgovorila utvrđivanjem referentnih mjerila s financijskim uvjetima, dogovorima o pružanju usluga s privatnim pružateljima zdravstvenih usluga i utjecanjem na potražnju za određenim postupcima.⁴¹ Mnoge su zemlje OECD-a uvele maksimalno vrijeme čekanja, ali dosljedna provedba nadzora i posljedica prekoračenja tih granica čekanja jako varira. Neke su se zemlje odlučile na dogovor o pružanju usluga s privatnim pružateljima zdravstvenih usluga ili čak na slanje bolesnika u inozemstvo te su pokušale utjecati na potražnju za određenim postupcima i prioritetizirati pacijente uvođenjem strožih kriterija za određene postupke.³⁵ Studija o politikama vremena čekanja u zemljama OECD-a pokazala je da se vrijeme čekanja djelotvorno smanjuje ako se utvrdi maksimalno vrijeme čekanja uz sankcije. Engleska i Finska uvele su maksimalno vrijeme čekanja uz sankcije za prekoračenje zadanih granica. U Engleskoj administratori ostaju bez posla ako vrijeme čekanja prekorači određeni prag, a Finska je uvela novčane kazne. Obje su zemlje drastično smanjile vrijeme čekanja dulje od šest mjeseci.³⁵ Druge politike, kao što je subvencioniranje postupaka koji nisu dostupni u javnim zdravstvenim ustanovama ili postrožavanje kriterija za stavljanje na listu čekanja pokazuju različite rezultate.

19. Izazovi dugotrajne skrbi nastoje se riješiti povećanjem izvora za njihovo financiranje, davanjem prednosti pružanju njege u kući umjesto u ustanovi te povećanjem profesionalizacije njegovatelja u kući.⁴² Neke zemlje imaju dugu tradiciju institucionalne njege, koja je skuplja od kućne njege te se preporuča onima sa složenijim potrebama za njegom.⁴³ Neke su zemlje EU-a uvele politike poticanja prijelaza s institucionalne njege na kućnu. Zbog manjka njegovatelja za dugotrajnu skrb i troškova profesionalne njege, ulogu njegovatelja u kući često preuzimaju neformalni (obiteljski) njegovatelji. Radi osiguravanja kvalitetne njege u tom području koje nije toliko regulirano neke su zemlje uvele subvencionirane programe izobrazbe za kućne njegovatelje za stjecanje odgovarajućih razina vještina. Primjećuje se snažan trend u zemljama EU-a kretanja većine njih u smjeru privatizacije i marketizacije dugotrajne skrbi kojima nadopunjuju usluge javnog sektora.⁴³

³⁷ Bernd Rechel et al., „Hospitals in Rural or Remote Areas: An Exploratory Review of Policies in 8 High-Income Countries,” *Health Policy* 120, no. 7 (1. srpnja 2016.).

³⁸ Katherine Rojahn et al., „Remote Monitoring of Chronic Diseases: A Landscape Assessment of Policies in Four European Countries,” *PLOS ONE* 11, no. 5 (19. svibnja 2016.).

³⁹ Annette M. Totten et al., *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes from Systematic Reviews*, AHRQ Comparative Effectiveness Technical Briefs (Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.

⁴⁰ Tomoko Ono, Michael Schoenstein, and James Buchan, „Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses,” 3. travnja 2014., <https://doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>.

⁴¹ Siciliani and Borowitz, „Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?”

⁴² S Spasova et al., „Challenges in Long-Term Care in Europe. A Study of National Policies“ (Brussels: European Commission, n.d.).

Okvir 3. Proširenje ovlasti medicinskih sestara praktičara i zdravstvenih tehničara u Nizozemskoj

Proširenje ovlasti medicinskih sestara praktičara i zdravstvenih tehničara u Nizozemskoj⁴³

Nizozemska je izmjenama i dopunama zakona iz 2012. medicinskim sestrama praktičarima (m.s.) i zdravstvenim tehničarima (engl. *physician assistant*, PA) dala potpune ovlasti za rad (engl. *full practice authority*, FPA), čime je uklonila ograničenja na izvođenje određenih postupaka i propisivanje samo onih lijekova koji idu na recept. Dvije godine nakon toga 83,5 posto medicinskih sestara praktičara i 86,3 posto medicinskih tehničara dobilo je potpune ovlasti za rad nakon provođenja niza koraka, kao što su pojedinačni ugovori s liječnicima, skupni ugovori s ljekarnicima, rješavanje pristupa podacima o bolesnicima i izobrazbi. Rezultati su pokazali da su medicinske sestre praktičari i medicinski tehničari samostaliji i više su izvodili postupke koji su prije bili rezervirani samo za npr. liječnike. Smanjilo se i vrijeme koje su prije trošili na traženje odobrenja za izvođenje postupaka, oslobodilo se vrijeme za povećanu skrb o pacijentima i povećala dostupnost zdravstvene zaštite.

⁴³ Daisy P. De Bruijn-Geraets et al., „National Mixed Methods Evaluation of the Effects of Removing Legal Barriers to Full Practice Authority of Dutch Nurse Practitioners and Physician Assistants,“ *BMJ Open* 8, no. 6 (1. lipnja 2018).

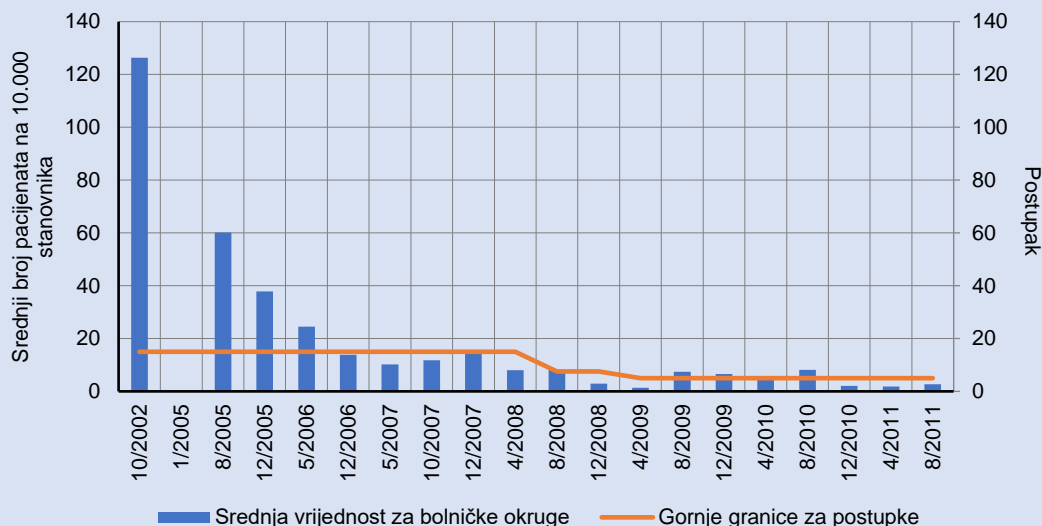
Okvir 4. Uvođenje maksimalnog vremena čekanja i novčanih kazni u Finskoj

Uvođenje maksimalnog vremena čekanja i novčanih kazni u Finskoj⁴⁴

Finska je 2005. godine uvela zajamčenu zdravstvenu zaštitu, koju je izmijenila i dopunila 2011., a kojom utvrđuje jasne smjernice za pravodobnu dostupnost zdravstvene zaštite. Definirani su pragovi utvrđivanja maksimalnog vremena čekanja za liječenje, uključujući daljnje praćenje nakon izdavanja uputnice (tri tjedna) i vremena obavljanja postupka (tri mjeseca s dodatna tri mjeseca produljenja za oralnu zdravstvenu zaštitu ili specijalistički pregled). Bolnički okruzi isprva su imali dopuštenu stopu od 15 pacijenata na 10 000 stanovnika koji su čekali dulje od šest mjeseci. Ta je gornja granica 2008. smanjena na 7,5 pacijenata na 10 000 stanovnika, 2009. na 5 pacijenata i 2012. na 4 pacijenta na 10 000 stanovnika (Slika 13.).

Kada bolnice prekorače te gornje granice, bolnički okruzi dobivaju naloge za unaprjeđenje, kao i opomene s novčanim kaznama. Nakon izdavanja novčanih kazni značajno su se smanjile liste čekanja, a od 2013. godine nije izdana nijedna novčana kazna. Broj bolesnika koji su više od šest mjeseci čekali za liječenje kulminirao je u siječnju 2007. i iznosio 9691, a u travnju 2009. 745. Sličan pristup primjenjuje se u provjeri dogovorenih termina nakon izdavanja uputnice koji mora biti nakon najviše tri tjedna. Pod prijetnjom novčane kazne od 2 milijuna EUR 2010. godine, dva su bolnička okruga uspjela pokazati značajna unaprjeđenja i smanjila su kršenje razdoblja od tri tjedna na oko 2 posto slučajeva.

Slika 13. Broj pacijenata koji više od 180 dana čekaju specijalistički pregled na 10 000 stanovnika od listopada 2002. do travnja 2011.



Izvor: Waiting Time Policies in the Health Sector, 2013.

1.4 Manjak sveobuhvatnih nacionalnih okvira za unaprjeđenje kvalitete

20. Dostupnost zdravstvene zaštite nije dovoljna za unaprjeđenje zdravstvenih ishoda – nužna je i kvaliteta usluga zdravstvene zaštite. Zabilježeno je, primjerice, da liječničke pogreške predstavljaju jedan od vodećih uzroka smrti.⁴⁵ Značajna je i ekonomika prave zdravstvene zaštite. Neodgovarajuća zdravstvena zaštita primjerice iznosi do 1/3 troškova zdravstvene zaštite, a udio liječničkih pogrešaka u troškovima samo u SAD-u iznosi 1 trilijun USD.⁴⁶

⁴⁴ Siciliani and Borowitz, „Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?“

⁴⁵ Makary, M.A. i M. Daniel, *Medical error—the third leading cause of death in the US*. BMJ, 2016: 353.

⁴⁶ Slawomirski, L., A. Auroaen i N.S. Klazinga, *The economics of patient safety*. 2017.

21. Sve u svemu, nema dovoljno dokaza koji pokazuju da kvalitetne zdravstvene usluge u jednom području (npr. dijabetes, primarna zdravstvena zaštita) dovode do unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite u drugim područjima (npr. hipertenzija, bolničko liječenje). Stoga svugdje u svijetu dolazi do odmicanja od samostalnih mjera za unaprjeđenje kvalitete prema izgradnji zdravstvenih sustava s ugrađenim procesima učenja u svakodnevnom radu (engl. *learning health system*) i kulturi unaprjeđenja kvalitete koja pojednostavljuje prijenos načela i napredaka u unaprjeđenju kvalitete s područja koja se mjere i prate na područja u kojima to nije slučaj.

22. Za uspostavljanje održive kulture unaprjeđenja kvalitete nužno je izgraditi sveobuhvatne nacionalne okvire za unaprjeđenje kvalitete. Zemljama se savjetuje da se usredotoče na nekoliko temeljnih blokova pri izgradnji nacionalnog okvira za unaprjeđenje kvalitete:⁴⁷

- a) razvoj nacionalne politike i strategije kvalitetne zdravstvene zaštite radi definiranja prioriteta, ciljeva i planova provedbe
- b) uspostavljanje nacionalnog sustava upravljanja kvalitetom
- c) uspostavljanje i/ili jačanje informacijskih sustava radi omogućavanja i osiguravanja kontinuiranog mjerenja kvalitete i
- d) uvođenje mjera za unaprjeđenje kvalitete u cijelom sustavu.

23. Nacionalne strategije i politike namijenjene kvaliteti važan su alat za poticanje združenih nastojanja u pogledu unaprjeđenja kvalitete u zdravstvenim sustavima. U njima se često postavljaju temelji za učinkovito upravljanje kvalitetom određivanjem upravljačkih struktura, okvira praćenja i izvještavanja, prioriteta i ciljeva, kao i izradom planova provedbe budućih mjera. Neke su zemlje OECD-a i EU-a izrijeком definirale viziju i strategije u dokumentima politike. Primjerice, Škotska je u svojoj viziji za 2020. izradila Strategiju kvalitete zdravstvene zaštite za svoju nacionalnu zdravstvenu službu NHS Scotland i prateći plan provedbe, s definiranim prioritarnim područjima na koje treba usmjeriti zdravstveni sustav, kao što je djelotvorna i sigurna zdravstvena zaštita usmjerena na pacijente, i utvrdila mjere za praćenje napretka u odabranim područjima. Nacionalna strategija unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite u SAD-u obuhvaća smjerove za sustav unaprjeđenja kvalitete za koje su definirana ključna načela, šest prioriteta i devet pokazatelja.

24. Za razumijevanje stanja kvalitete zdravstvene zaštite i davanje smjernica za unaprjeđenje kvalitete na nacionalnoj razini i na razini pružatelja zdravstvene zaštite potrebne su pouzdane i valjane mjere. Razvoj valjanih, pouzdanih i primjenjivih pokazatelja kvalitete složen je proces koji zahtjeva ozbiljne resurse.^{48,49} U nekoliko proteklih desetljeća razvijene su mnoge mjere unaprjeđenja kvalitete koje su dostupne na međunarodnoj razini. Primjerice, baza podataka vladine agencije Centers for Medicare and Medicaid Services sadržava više od 2000 pokazatelja. Stoga samo neke visokodohodovne zemlje OECD-a imaju velika ulaganja u razvoj novih mjera, a mnoge druge zemlje izgrađuju nacionalne kapacitete i ustroje za redovito definiranje i primjenu pokazatelja kvalitete.

25. Održivi sustavi unaprjeđenja kvalitete zahtijevaju kontinuirano mjerenje i praćenje kvalitete. Zdravstveni informacijski sustavi sve su više u upotrebi za osiguravanje kontinuiranog prikupljanja podataka i izvještavanja, a s pomoću njih često se podaci o kvaliteti prikupljaju, analiziraju i izvještavaju automatski iz postojećih elektroničkih zdravstvenih zapisa ili sustava administrativnih podataka. Danska

⁴⁷ *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.* 2018, World Health Organization.

⁴⁸ Campbell, S., et al., *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care.* Qual Saf Health Care, 2002. 11(4): str. 358–364.

⁴⁹ *Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement.* 2011, AHRQ Quality Indicators.

i Engleska dobar su primjer prilagođavanja zdravstvenih informacijskih sustava potrebama kvalitete. Primjerice, bolnice u Engleskoj prikupljaju više od 300 pokazatelja kvalitete i učinkovitosti. U SAD-u sve se više promiče šira upotreba elektroničkih mjera za kliničku kvalitetu (engl. *electronic clinical quality measures*, eCQM) radi povećanja automatiziranog prikupljanja podataka i izvještavanja umjesto ručnog unosa podataka u tablice i izvještavanja. Međutim, teret je prikupljanja podataka zabrinjavajući jer zbog velikog raspona interesa i prioriteta prikupljanje podataka i izvještavanje brzo mogu postati težak i po pitanju resursa visokozahtevan zadatak.

26. Kvalitetu nije moguće unaprijediti samo mjerenjem kvalitete – potrebne su mjere unaprjeđenja kvalitete. Mnoge se mjere unaprjeđenja kvalitete na nacionalnoj razini u zemljama OECD-a i EU-a odnose na standardizaciju i sadržavaju stručno licenciranje, akreditaciju zdravstvenih ustanova, reguliranje tržišne dostupnosti lijekova i medicinskih proizvoda te razvoj kliničkih smjernica. Osim toga, u upotrebi su i druge mjere kao što su izvještavanje javnosti, uspoređivanje i povratne informacije o kvaliteti kao i programi plaćanja prema učinku. Unaprjeđenje kvalitete područje je koje se vrlo brzo razvija, no dokazi o djelotvornosti mnogih mjera, bez obzira na široku rasprostranjenost, još uvijek nedostaju ili nisu konačni. U nastavku se daje prikaz ključnih mjerodavnih trendova u području unaprjeđenja kvalitete:

- a) Kako bi ostali u tijeku u vezi s napredovanjem i kretanjima u svojim područjima te kako bi mogli pružiti visokokvalitetnu zdravstvenu zaštitu, za pružatelje zdravstvenih usluga nužan je kontinuirani profesionalni razvoj (KPR), koji je u širokoj upotrebi u zemljama OECD-a i EU-a. Danas se potiče izrada službenog okvira KPR-a s definiranim minimalnim zahtjevima (za sate i sadržaj itd.), kao i povezivanje s licenciranjem i ponovnom provjerom, umjesto pojedinačnih okvira profesionalnog razvoja samih liječnika. Ujedinjena Kraljevina, SAD i Australija imaju dobre primjere službenih KPR-a i postupaka licenciranja. Za produljenje licence svi njihovi liječnici moraju ispuniti zahtjeve KPR-a.
- b) Cilj je akreditacijskih procesa za zdravstvene ustanove unaprjeđenje kvalitete uz pomoć procjene u skladu s utvrđenim standardima. Rezultati istraživanja pokazuju da se akreditacijom može unaprijediti kvaliteta zdravstvene zaštite, a utjecaj ovisi o kontekstu i primijenjenim alatima/metodama. Zemlje OECD-a imaju tri pristupa akreditaciji, od osnovne jednokratne vanjske procjene (Češka Republika, Italija, Norveška) do naprednije sveobuhvatne kontinuirane procjene koja obuhvaća kombinaciju vanjske procjene, internog ciklusa mjera unaprjeđenja kvalitete i poticaje (Engleska, Danska, Australija).⁵⁰ Ne može se dovoljno istaknuti važnost pravilnog odabira mjera jer do danas nemamo dovoljno pouzdanih dokaza o razvoju, provedbi i utjecaju standarda.⁵¹ Procesi akreditacije, isprva oblikovani samo za bolnice, sada izlaze iz prvotnog područja primjene i uvode se za standardizaciju procesa i struktura u drugim područjima zdravstvene zaštite. Primjerice, Združeni odbor (engl. *Joint Commission*) u SAD-u sudjeluje u akreditaciji ambulantne zdravstvene zaštite, laboratorija i ljekarni, a Engleska je taj proces proširila na ustanove primarne zdravstvene zaštite i domove zdravlja.
- c) Mnoge zemlje OECD-a, kao što su Engleska, SAD i Francuska, dosta se koriste plaćanjem po učinku za poticanje unaprjeđenja kvalitete, no nema dostatnih dokaza o održivoj djelotvornosti te mjere. Neke današnje struje podržavaju upotrebu mjera plaćanja po učinku ako ti iznosi nisu previsoki, zajedno s drugim nenovčanim mjerama i primjenom promjenjivih ciljeva/pokazatelja.

⁵⁰ OECD, *Caring for Quality in Health*. 2017.

⁵¹ Greenfield, D., et al., *The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact*. BMC health services research, 2012. 12(1): str. 329.

- d) Izvještavanje javnosti o mjerama kvalitete i provođenje komparativnih analiza u širokoj su upotrebi i utječu na ponašanje pružatelja usluga u odabranim zemljama OECD-a (Engleska, Njemačka i SAD). Iako su dokazi o tome kako izvještavanje javnosti utječe na donošenje odluka pacijenata i njihov izbor ograničeni, pružatelji usluga koji imaju manju učinkovitost pokazuju unaprjeđenje mjera objavljenih u javnosti. I rangiranje i komparativne analize potiču na dijeljenje iskustava i učenje od onih koji imaju bolje rezultate.
- e) Sve više se mjerenje iskustava pacijenata upotrebljava za poticanje unaprjeđenja usmjerenosti na pacijente u sustavima zdravstvene zaštite jer se tako dobivaju povratne informacije o posebnim područjima zdravstvene zaštite koja su pacijentima važna, kao što je razgovor o liječenju s pružateljem usluga, vrijeme čekanja i koordinacija liječenja. To je sastavni dio izvještavanja o kvaliteti u bolnicama u mnogim zdravstvenim sustavima, primjerice u Ujedinjenoj Kraljevini, Nizozemskoj, Norveškoj i SAD-u. U SAD-u se iskustva pacijenata sada mjere u ambulantnom liječenju, domovima umirovljenika i posebnim uslugama kao što su one za karcinom i mentalno zdravlje.

Okvir 5. Unaprjeđenje kvalitete u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Engleskoj

Okvir za osiguranje kvalitete i ishoda (engl. *Quality and Outcomes Framework*, QOF) u Engleskoj jedan je od najvećih programa u svijetu u koji su ugrađene mjere temeljene na dokazima za sekundarnu prevenciju zbrinjavanja kroničnih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na temelju programa liječnici opće medicine / specijalisti obiteljske medicine dobivaju novčani poticaj za pružanje zdravstvene zaštite temeljene na dokazima za velik broj kroničnih stanja, uključujući dijabetes. Taj program obuhvaća procese (praćenje, propisivanje lijekova i savjetovanje), kliničke međuishode (glikolizirani hemoglobin, kolesterol i krvni tlak) i pokazatelje po mišljenju pacijenata (iskustvo pacijenta u pružanju usluge) na temelju kojih se ocjenjuje cjelokupan učinak. Dokazi pokazuju da ti novčani poticaji na djelotvoran način unaprjeđuju kvalitetu zdravstvene zaštite za dijabetes u Engleskoj.⁵²

⁵² Latham, L.P. and E.G. Marshall, *Performance-Based Financial Incentives for Diabetes Care: An Effective Strategy?* Canadian Journal of Diabetes, 2015.

2 Pregled kretanja u Hrvatskoj

27. U ovom poglavlju analiziraju se ključni pokazatelji sustava zdravstva radi utvrđivanja nedostataka i izazova u sektoru zdravstva u Hrvatskoj. Učinak sustava zdravstva ocijenjen je u trima ključnim domenama: troškovi, dostupnost/ujednačenost i kvaliteta zdravstvene zaštite. Ondje gdje je to bilo moguće, Hrvatska je uspoređena s drugim zemljama EU-a. Kao glavni izvor za uspoređivanje podataka upotrijebljen je Eurostat, a ostali su izvori Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, godišnja izvješća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO-a), podaci o dospjelim neplaćenim obvezama dobiveni od Ministarstva financija, kao i publikacije i kvalitativni podaci prikupljeni za vrijeme posjeta lokacijama i razgovora sa zdravstvenim djelatnicima i voditeljima timova.

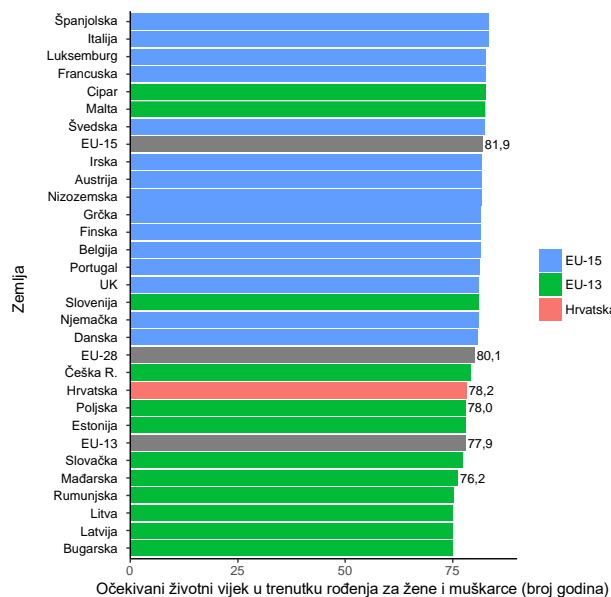
28. **Ovo je poglavlje podijeljeno na pet potpoglavlja.** U prvom potpoglavlju analizirani su zdravstveni ishodi stanovništva (kao što su očekivani životni vijek i kvaliteta života) i vodeći uzroci preuranjene smrtnosti i invaliditeta. U drugom potpoglavlju analizirani su izvori financiranja zdravstva, uključujući izdatke sektora zdravstva i izdatke prema razinama i vrstama zdravstvene zaštite. U trećem potpoglavlju ocijenjena je (potencijalna) dostupnost ključnih struktura i procesa kao što je pokrivenost osiguranjima (financijska dostupnost), udaljenost od zdravstvenih ustanova (geografska dostupnost), dostupnost lijekova, kao i ljudskih potencijala i bolničkih kreveta. Četvrto potpoglavlje pokriva ostvarenu dostupnost (uporabom usluga) na trima različitim razinama zdravstvene zaštite: primarna i bolnička zdravstvena zaštita te hitna medicinska pomoć. U zadnjem potpoglavlju ocijenjena je kvaliteta primarne i bolničke zdravstvene zaštite s pomoću općih pokazatelja i pokazatelja pojedinih bolesti.

2.1 Potrebe za zdravstvenom zaštitom i ishodi zdravstvene zaštite

29. **Očekivani životna vijek u trenutku rođenja u Hrvatskoj s vremenom je porastao i 2016. godine iznosio 78,2 godine.** Hrvatska je jedna od pet zemalja s najvećim očekivanim životnim vijekom u zemljama EU-13, ali iza svih zemalja EU-15, od kojih je gotovo četiri godine niži (81,9 godina), ali je neznatno iznad prosjeka zemalja EU-13 (77,9 godina) (Slika 14.).

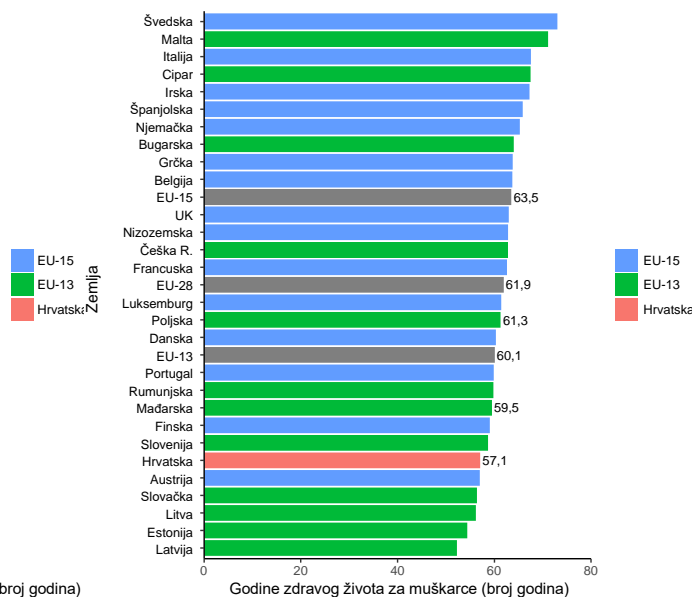
30. **U pogledu godina zdravog života, međutim, Hrvatska je znatno ispod prosjeka zemalja i EU-15 i EU-13.** Godine zdravog života u Hrvatskoj tri su godine niže od prosjeka zemalja EU-13 i za žene i za muškarce, 4,5 godine niže od prosjeka zemalja EU-15 za muškarce, a 6,4 godine za žene. Poljska i Bugarska, čiji je dohodak sličan Hrvatskoj ili niži, imaju više godina zdravog života (Slika 15.).

Slika 14. Očekivani životni vijek u trenutku rođenja, 2016.



Izvor: Eurostat.

Slika 15. Godine zdravog života (za muškarce), 2016.⁵³

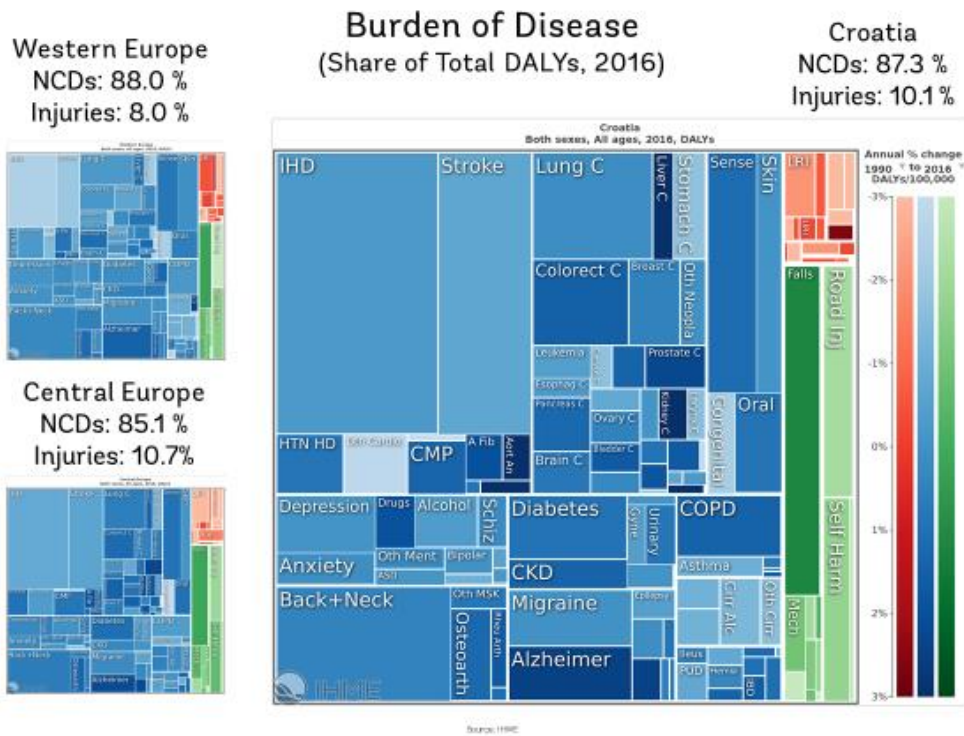


Izvor: Eurostat.

31. Nezarazne su bolesti, kao i u mnogim europskim zemljama, glavni uzrok preuranjene smrtnosti i godina života prilagođenih nesposobnosti (engl. *disability adjusted life years, DALY*) u Hrvatskoj. Procjene Instituta za zdravstvena mjerenja i procjene (engl. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) pokazuju da su nezarazne bolesti devet od deset vodećih uzroka preuranjene smrtnosti i osam od deset vodećih uzroka nesposobnosti (Slika 16.).

⁵³ Zbog ograničenog prostora prikazan je samo grafikon za muškarce, no grafikon za žene pokazuje slične obrasce.

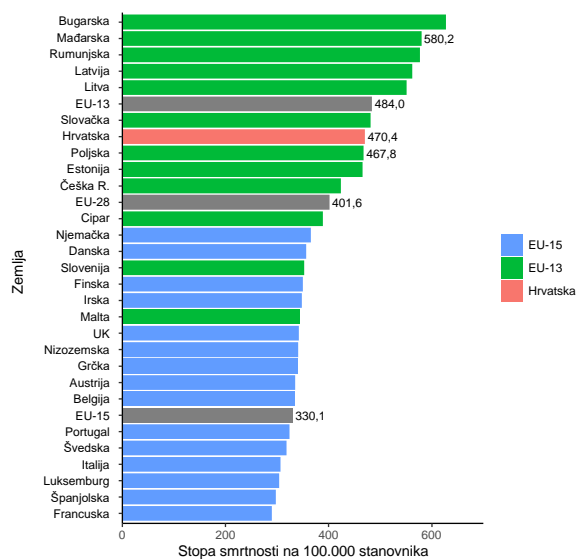
Slika 16. Teret bolesti, Hrvatska i zapadna i središnja Europa



Izvor: IHME.

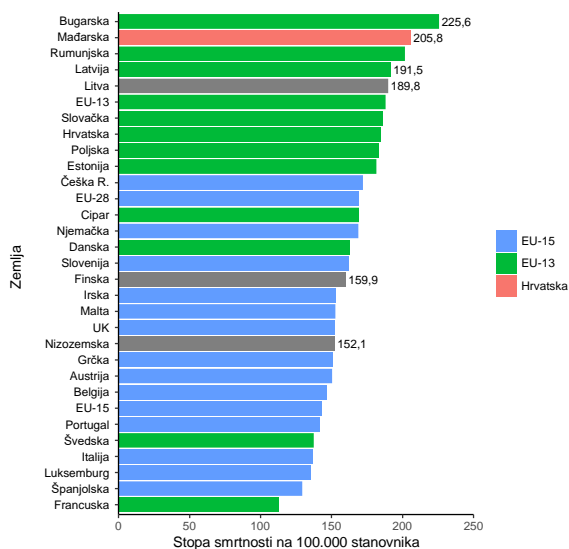
32. **Ukupna smrtnost od nezaraznih bolesti u Hrvatskoj po stopi od 470 na 100 000 stanovnika veća je nego u zemljama EU-15 i malo niža od prosjeka zemalja EU-13 (Slika 17.).** Međutim, za neke su bolesti stope smrtnosti među najvišima u Europi. Standardizirana stopa smrtnosti od karcinoma, primjerice, druga je po visini među svim zemljama EU-a, a jednu trećinu viša od prosjeka zemalja EU-15. U proteklih deset godina Hrvatska bilježi relativno ograničeno smanjenje smrtnosti od karcinoma, dok je smanjenje mnogo veće u drugim zemljama EU-a. Vidi Slika 18. i Slika 19.

Slika 17. Stopa smrtnosti od nezaraznih bolesti za muškarce i žene, 2016.

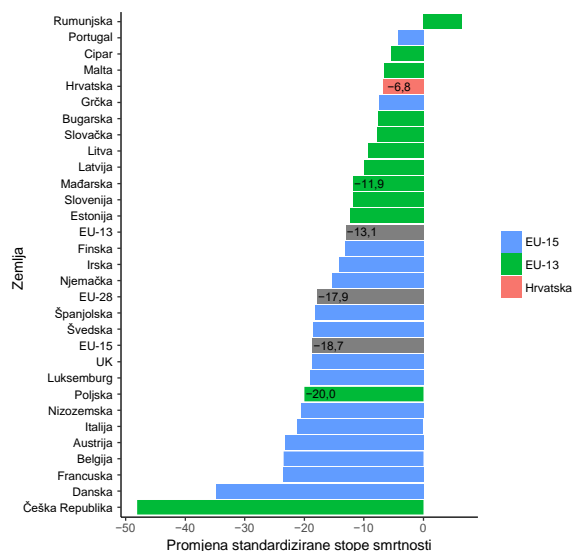


Izvor: WHO.

Slika 18. Stopa smrtnosti od karcinoma, 2016. (ili najbliža godina)



Slika 19. Promjena stope smrtnosti od karcinoma, 2005. – 2016. (ili najbliža godina)



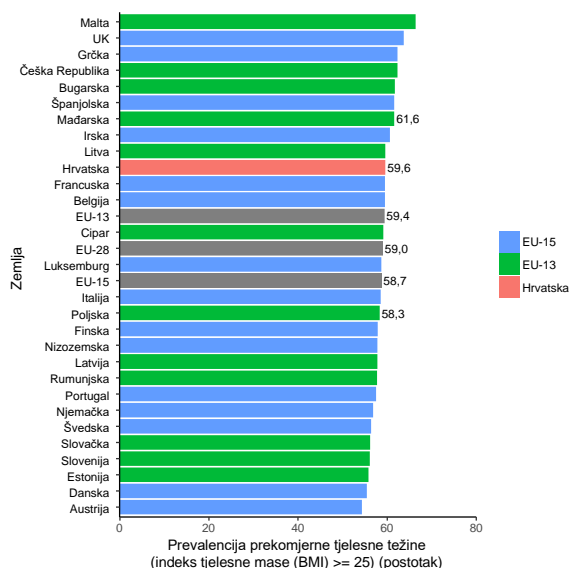
Napomena: Za [sliku 18.](#) podaci iz 2016. godine odnose se na Austriju, Cipar, Češku Republiku, Hrvatsku, Mađarsku, Litvu, Nizozemsku i Rumunjsku, iz 2013. godine na Irsku, iz 2014. godine na Bugarsku, Slovačku, Finsku, Francusku i Portugal, a iz 2015. godine na ostale zemlje (uključujući prosjeke zemalja EU-13, EU-15 i EU-28). Za [sliku 19.](#) podaci za Portugal odnose se na 2004. godinu radi izračunavanja razlike.

Izvor: European Mortality Database pri WHO-u, <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>.

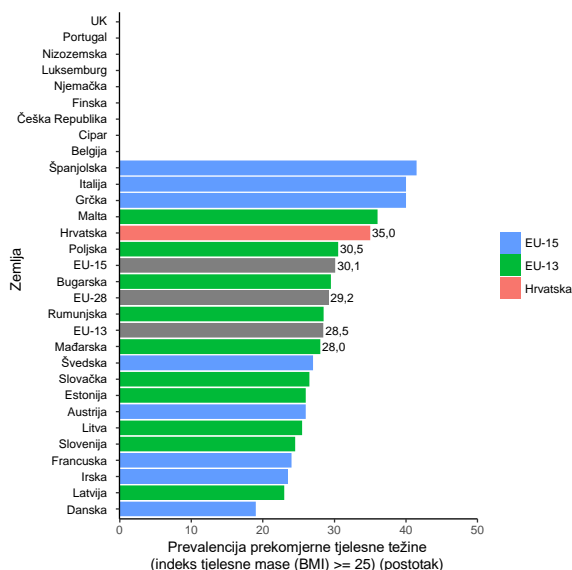
33. Važnu ulogu u razvoju i evoluciji nezaraznih bolesti imaju preventabilni čimbenici rizika. Oko 60 posto stanovništva u Hrvatskoj ima prekomjernu tjelesnu težinu i pretilost. Iako je njihova prevalencija u Hrvatskoj slična mnogim drugim zemljama EU-a, ta je stopa još uvijek zabrinjavajuće visoka i ima značajan utjecaj na zdravstvene ishode. Posebice je zabrinjavajuća prevalencija prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u djece stare od 7 do 9 godina u Hrvatskoj, koja je na petom

mjestu ljestvice u Europskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije (među zemljama za koje su dostupni podaci). Vidi Slika 20. i Slika 21.

Slika 20. Prevalencija prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u zemljama EU-28 za stanovništvo od 18 i više godina

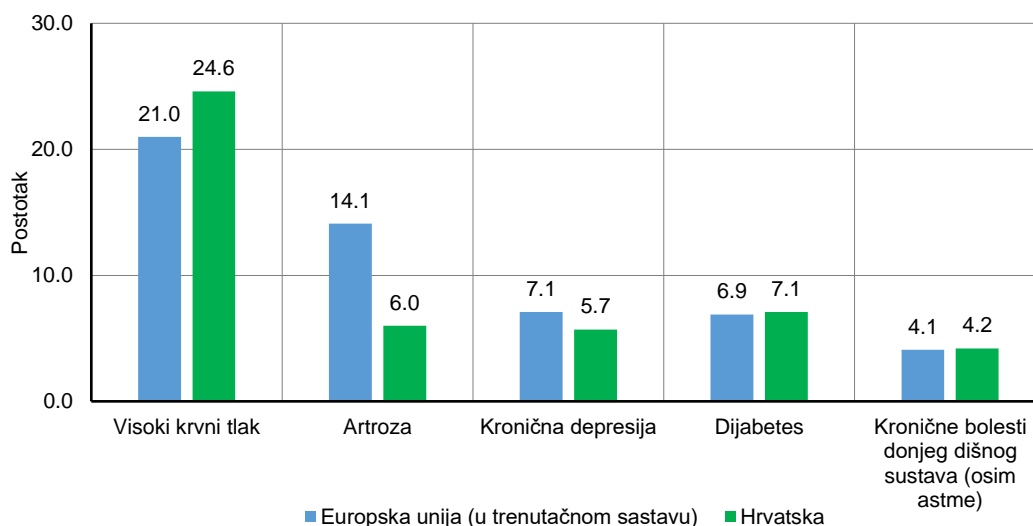


Slika 21. Prevalencija prekomjerne težine i pretilosti za djecu od 7 do 9 godina, 2015. – 2017.



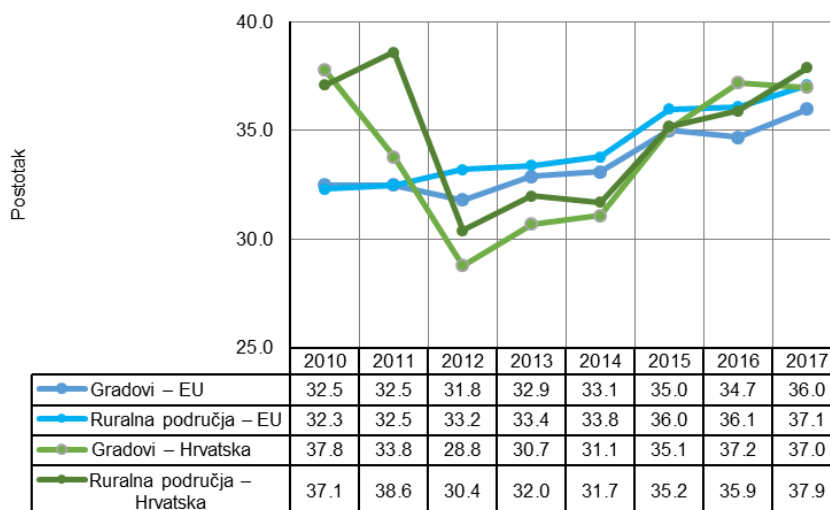
34. Prevalencija samoprocijenjenih nezaraznih bolesti prilično je usporediva sa zemljama EU-a, osim nekoliko iznimaka (npr. artroze). Prevalencija artroze upola je manja od stope u drugim zemljama EU-a (22.), ali je prevalencija nezaraznih bolesti u porastu koji je između 2012. i 2017. godine iznosio oko 25 posto do 30 posto, što je istovjetno trendovima u drugim zemljama EU-a (23.).

22. Samoprocjena kroničnih bolesti, Hrvatska i EU, 2014.



Izvor: Eurostat.

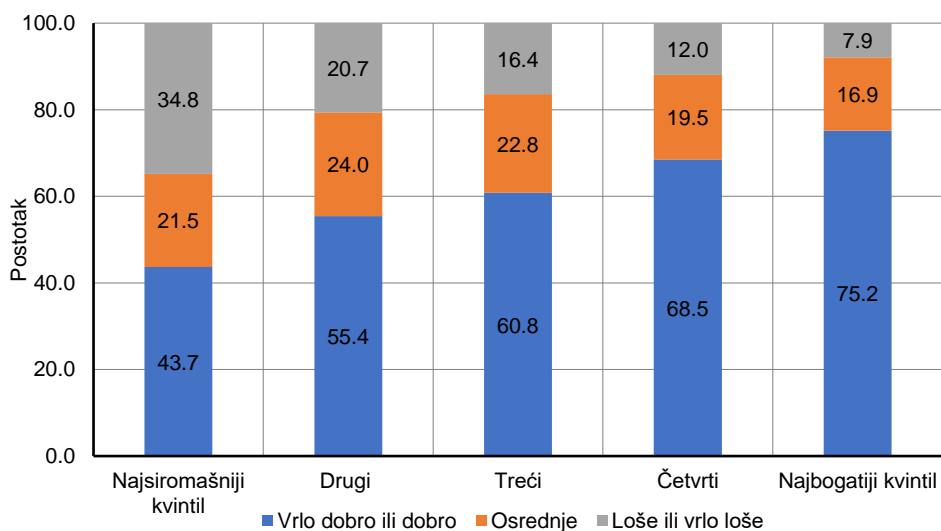
23. Kronični zdravstveni problemi u urbanim i ruralnim područjima za stanovništvo od 16 i više godina



Izvor: Eurostat.

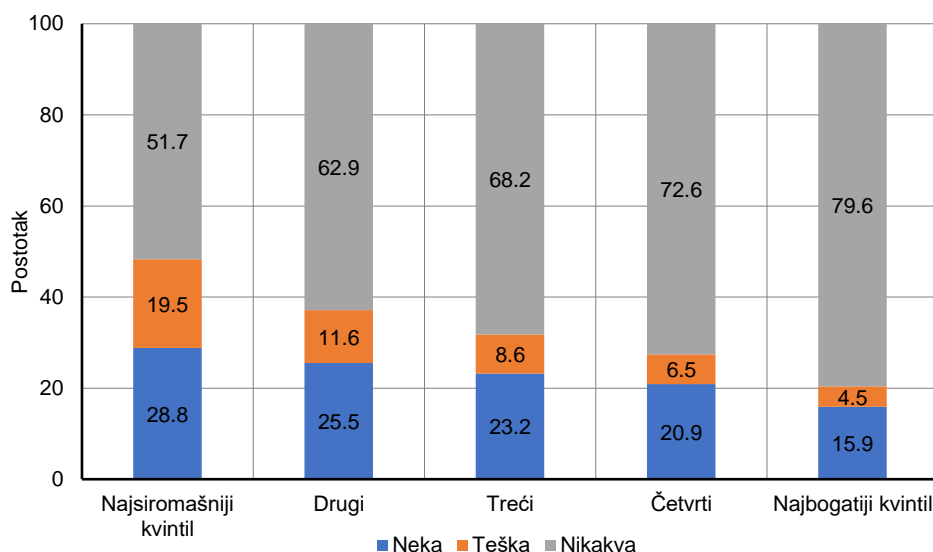
35. **Dostupni podaci pokazuju pozitivan odnos između samoprocijenjenih zdravstvenih stanja i dohotka u Hrvatskoj.** Oko osam posto osoba u najbogatijem kvintilu procijenilo je loše ili vrlo loše zdravstveno stanje, a u najsiromašnijem kvintilu oko jedna trećina osoba (24.). 25. prikazuje manju vjerojatnost da će najbogatiji kvintil, za razliku od najsiromašnijeg, prijaviti dugotrajna ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog zdravstvenih problema (20,4 posto naspram 48,3 posto).

24. Samoprocijenjeno zdravstveno stanje prema dohotku za stanovništvo od 16 i više godina, Hrvatska, 2017.



Izvor: Eurostat.

25. Samoprocijenjena ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti zbog zdravlja prema dohotku stanovništva od 16 i više godina, Hrvatska, 2017.



Izvor: Eurostat.

36. U zaključku možemo reći da, iako je očekivani životni vijek u Hrvatskoj na otprilike istoj razini kao i drugim zemljama EU-13, još je uvijek 3,7 godina ispod prosjeka zemalja EU-15. Taj je jaz još veći ako se u obzir uzme kvaliteta života. Prema očekivanim godinama zdravog života Hrvatska je dosta ispod prosjeka zemalja i EU-13 i EU-15. Međutim, valja primijetiti da mnoge odrednice očekivanog životnog vijeka i godina zdravog života ne ovise o zdravstvenom sustavu. Kao i u drugim zemljama EU-a, nezarazne su bolesti glavni uzrok preuranjene smrtnosti i nesposobnosti. Buduća nastojanja u zdravstvenom sustavu treba usmjeriti na rješavanje velikog tereta nezaraznih bolesti (kao što su karcinomi, kardiovaskularne bolesti) s razmjerno visokim stopama smrtnosti i slabim pomacima u proteklih deset godina. Ciljane mjere treba usmjeriti na preventabilne rizike kao što su pretilost i pušenje, a posebice niskodohodovne skupine, koje prema samoprocjeni imaju nerazmjerno visoke razine lošeg zdravstvenog stanja.

2.2 Izdaci za zdravstvo

2.2.1 Ukupni izdaci za zdravstvo

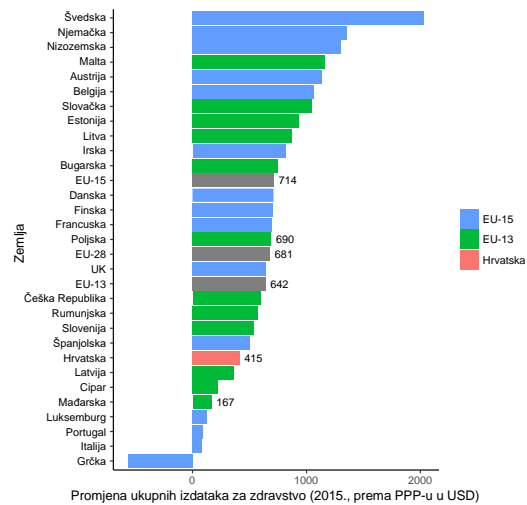
37. Od 2002. povećali su se izdaci za zdravstvo po stanovniku, ali su 2008. stagnirali (26.). Usljed toga zabilježena je promjena izdataka za zdravstvo po stanovniku u razdoblju od 2005. do 2016. godine ispod prosjeka zemalja EU-13 i EU-15 (27.). Ukupni izdaci za zdravstvo po stanovniku (prilagođeni prema paritetu kupovne moći, engl. PPP), koji su 2016. godine iznosili 1272 USD, treći su najniži rashodi u zemljama EU-a i iznose 40 posto prosjeka zemalja EU-15 i 85 posto prosjeka zemalja EU-13 (29.). Ukupni su izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj kao udio u BDP-u iznosili 7,2 posto 2016. godine, između prosjeka zemalja EU-15 (9,5 posto) i EU-13 (7 posto) (28.).

26. Izdaci za zdravstvo po stanovniku (po godinama)



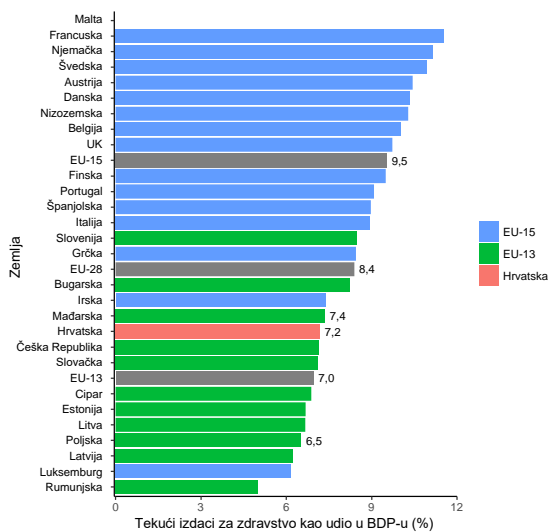
Izvor: IHME.

27. Promjene izdataka za zdravstvo po stanovniku, 2005. – 2016.

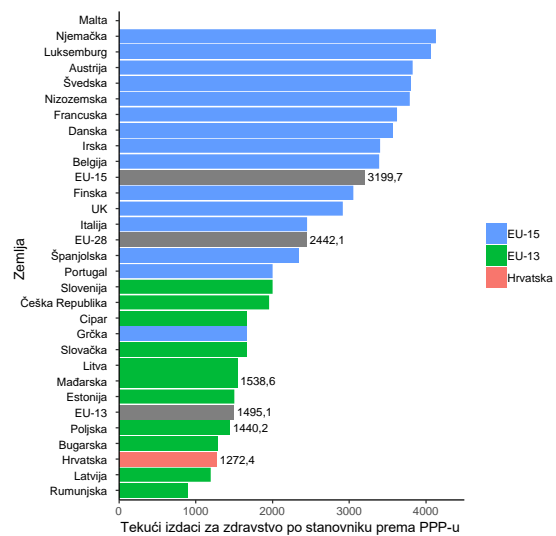


Izvor: IHME.

28. Izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u, 2016. 29. Izdaci za zdravstvo po stanovniku, 2016.



Izvor: Eurostat.



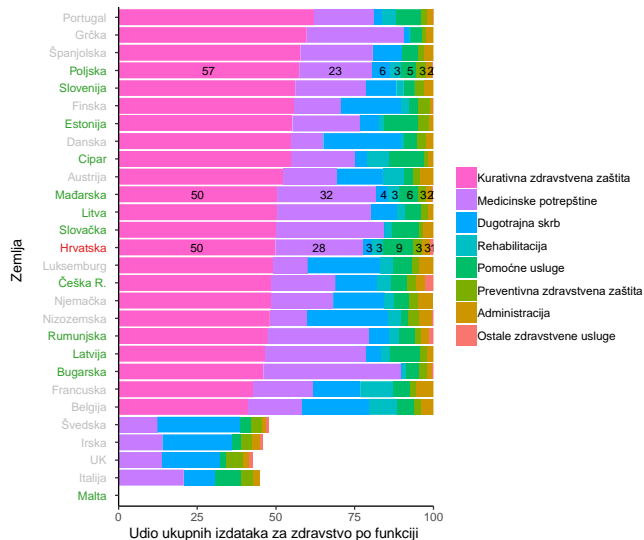
Izvor: Eurostat.

2.2.2 Izdaci za zdravstvo po vrsti zdravstvene zaštite

38. Oko 80 posto izdataka za zdravstvo izdvaja se za kurativnu zdravstvenu zaštitu (50 posto) i medicinske proizvode (28 posto) (vidi 30.). Izdaci za kurativnu zdravstvenu zaštitu postupno rastu između 2005. i 2016. godine (31.). U usporedbi s drugim zemljama EU-a, Hrvatska ima manje izdatke za primarnu zdravstvenu zaštitu (manje od 20 posto, na sedmom najnižem mjestu), a veće za bolničku zdravstvenu zaštitu (42 posto, na četvrtom najvišem mjestu), i vrlo male za dugotrajnu skrb (manje od

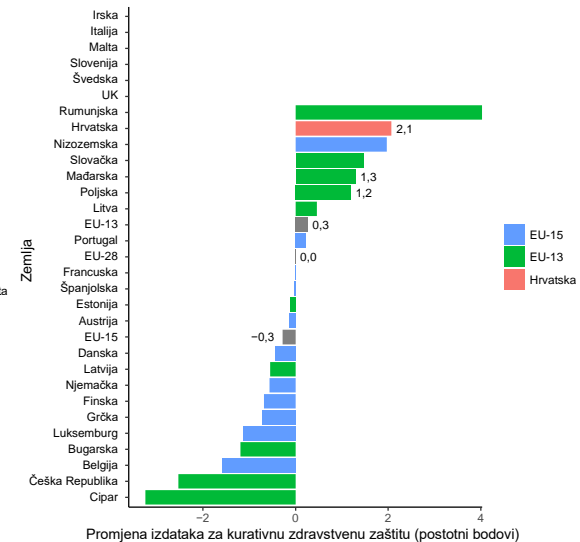
1 posto, na drugom najnižem mjestu). Stopa financiranja preventivnih aktivnosti iznosi 9 posto, što je dosta visoko u usporedbi s prosjekom od 3 posto u zemljama OECD-a.

30. Izdaci za zdravstvo prema funkciji, 2016.



Izvor: Eurostat.

31. Promjena u udjelu kurativne zdravstvene zaštite, 2013. – 2016.



Izvor: Eurostat.

2.2.3 HZZO i financijska uspješnost zdravstvenih ustanova

39. **HZZO upravlja ukupnim prihodima u iznosu od 21 do 24 milijardi kuna.** Od izlaska iz državnog proračuna 2015. godine glavni su mu izvor prihoda doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje (oko 80 posto). HZZO obično 90 posto svih svojih prihoda troši na izdatke za zdravstvenu zaštitu, a preostali iznos na potpore i administrativne troškove, a potonji iznose manje od 3 posto ukupnih prihoda.

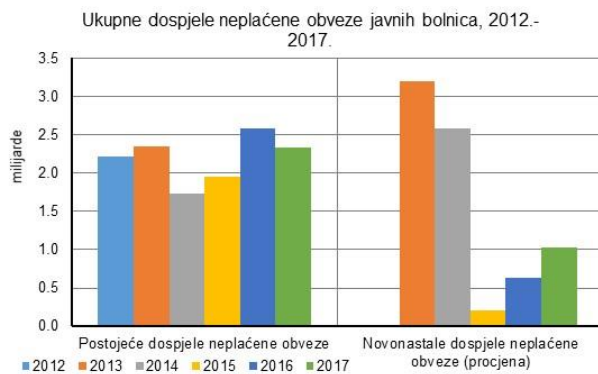
40. **Unatoč brojnim financijskim sanacijama, u Hrvatskoj dospjele neplaćene obveze bolnica i dalje predstavljaju velik izazov.** Novonastale su dospjele neplaćene obveze⁵⁴ 2015. godine bile minimalne zbog porasta prihoda i mjera obuzdavanja troškova koje su uveli HZZO i Ministarstvo zdravstva, no njihov učinak nije bio dugotrajan. Novonastale dospjele neplaćene obveze porasle su oko pet puta između 2015. i 2017. godine (32.). Dospjele neplaćene obveze bolnica predstavljaju značajan pritisak za sustav jer iznose oko 10 posto ukupnih prihoda HZZO-a, a u nekim godinama i više od 20 posto (ako se u obzir uzmu dodatna sredstva dodijeljena za njihovo plaćanje – sanacije) (33.). Dospjele neplaćene obveze bolnica imaju sljedeća ključna obilježja:

- Velik udio dospelih neplaćenih obveza odnosi se na tercijarnu razinu zdravstvene zaštite, a taj udio raste (vidi 36.).

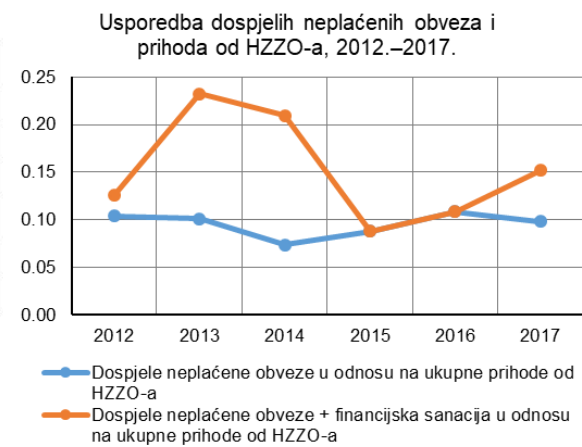
⁵⁴ Procjena novonastalih dospelih neplaćenih obveza obuhvaća dospjele neplaćene obveze tekuće godine minus dospjele neplaćene obveze prethodne godine plus financijska sanacija primljena u tekućoj godini.

- Gotovo se sve dospjele neplaćene obveze bolnica odnose na lijekove i medicinske potrepštine jer bolnice nemaju veliku fleksibilnost u odgodi plaćanja ostalih obveza, kao što su plaće. Lijekovi i medicinske potrepštine čine više od jedne trećine izdataka bolnica (vidi 37.).
- Iako je normalno da bolnice imaju nepodmirene obveze prema dobavljačima, velike su razlike u načinima na koje bolnice upravljaju svojim dugom. Omjer između bolničkih obveza i gornje granice njihovih prihoda od HZZO-a za sve javne bolnice kreće se od 4 posto do 229 posto. U bolničkim obvezama omjer između dospjelih neplaćenih obveza i ukupnih obveza kreće se od 0 posto do 82 posto (vidi 34. i 35.). Svakako je potrebno dalje analizirati i proučiti uzroke tako velike razlike u sposobnostima bolnica za financijsko upravljanje.

32. Dospjele neplaćene obveze bolnica, 2012. – 2017.



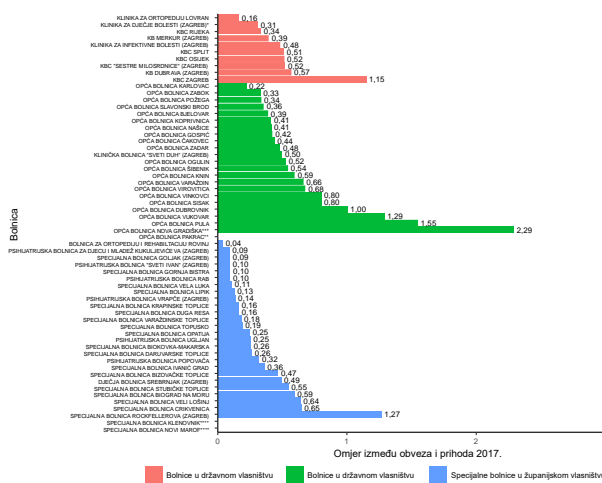
33. Dospjele neplaćene obveze i prihod od HZZO-a



Izvor: Podaci o dospjelim neplaćenim obvezama dobiveni od Ministarstva financija, a podaci o financijskoj sanaciji dobiveni od Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske.

Izvor: Podaci o dospjelim neplaćenim obvezama dobiveni od Ministarstva financija, a podaci o financijskoj sanaciji dobiveni od Udruge poslodavaca u zdravstvu Hrvatske.

34. Omjer između obveza i gornje granice prihoda bolnica po bolnicama, 2017.



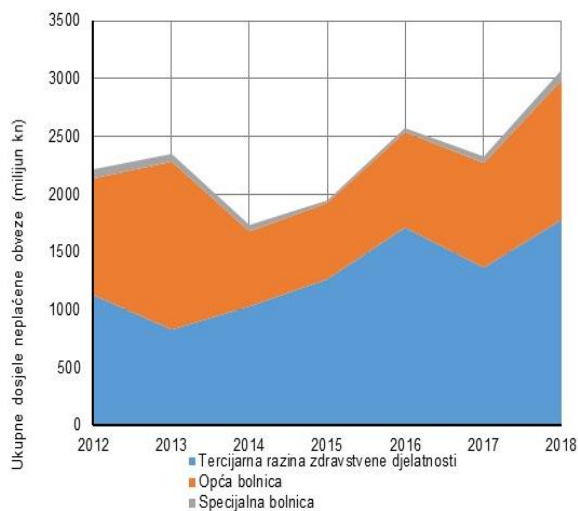
35. Omjer između dospjelih neplaćenih obveza i ukupnih obveza, 2017.



Izvor: Podaci o obvezama dobiveni od Ministarstva financija, a podaci o gornjoj granici prihoda dobiveni od HZZO-a.

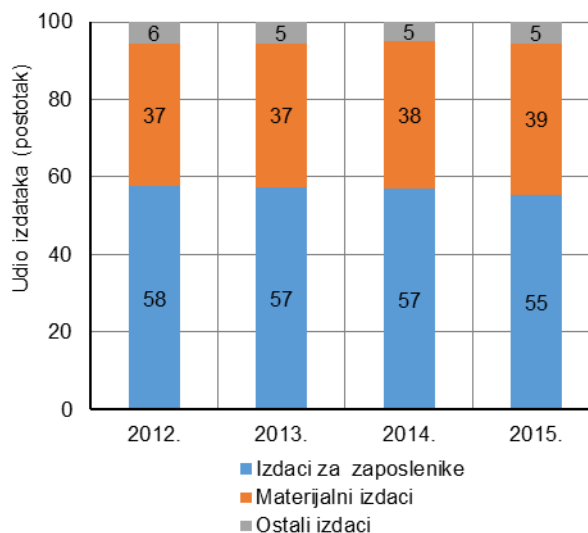
Izvor: Ministarstvo financija.

36. Ukupne dospjele neplaćene obveze prema vrsti bolnice, 2012. – 2018.



Izvor: HZZO.

37. Sastav ukupnih izdataka bolnica, 2012. – 2015.



Izvor: Izvješća HZZO-a iz 2012., 2013., 2014. i 2015.

41. Izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj nisu značajno porasli u izdacima po stanovniku u proteklih deset godina (od 2008. godine), a glavni uzroci nastanka troškova (kao što je tehnološki napredak u medicini, širenje tehnologije i starenje stanovništva) i dalje opterećuju raspoloživa sredstva. Zbog porasta nezaraznih bolesti, najveći udio u raspoloživim sredstvima u Hrvatskoj i dalje ima bolnička zdravstvena zaštita, a to je četvrti najveći udio u EU-u u pogledu udjela bolnica u ukupnim izdacima za zdravstvo. Veći izdaci za bolnice mogu se objasniti razmjerno niskim udjelom izdataka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i dugotrajnoj skrbi jer bolnice na ovaj ili onaj način (npr. dulji boravci, brojniji ponovni prijemi u bolnicu) mogu nadomjestiti ograničenu dostupnost dugotrajne skrbi ili probleme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Budući da četiri petine dospjelih neplaćenih obveza čine lijekovi i medicinski proizvodi, potrebno je bolje istražiti i analizirati osnovne razloge te uskladiti raspoloživa sredstva i potrebe za zdravstvenom zaštitom. Primjerice, primijećeno je da su cijene lijekova i medicinskih proizvoda obično napuhane zbog očekivanih kašnjenja u plaćanjima, što dodatno opterećuje sustav.

2.3 Dostupnost zdravstvene zaštite

2.3.1 Financijska dostupnost

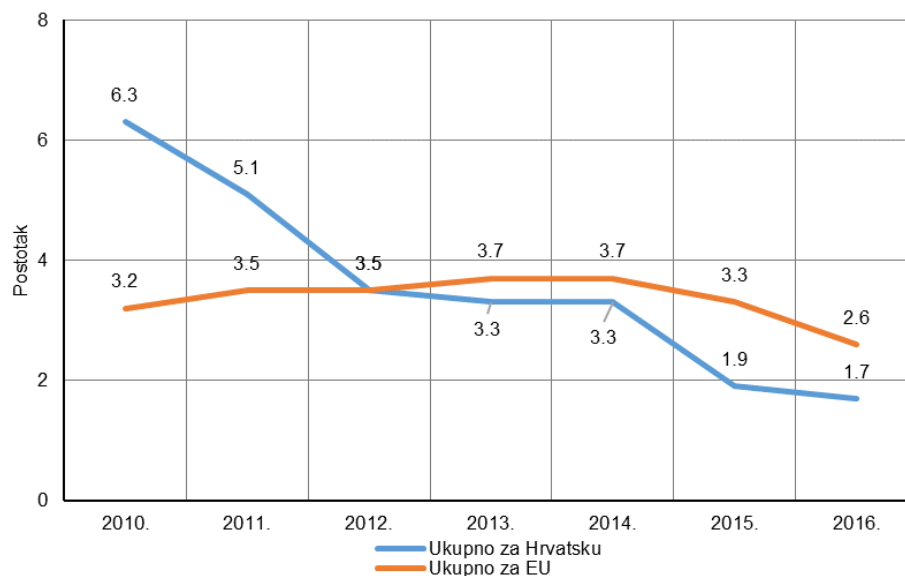
42. Obvezno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj pokriva gotovo čitavo stanovništvo Hrvatske (99,7 posto 2012. godine) i nudi izdašnu košaricu usluga. Za sve se usluge plaća skromno sudjelovanje (Prilog 1.) – najviše 2000 kuna po jednom ispostavljenom računu (epizodi bolničkog liječenja). Samo oko 14 posto stanovništva izravno plaća sudjelovanje za zdravstvene usluge jer nisu oslobođeni plaćanja ili im to ne pokriva dopunsko zdravstveno osiguranje. Međutim, većina stanovništva plaća sudjelovanje samo ako kupuju lijekove koji su na dopunskoj listi lijekova (Lista B).

Osnovna je lista lijekova (Lista A) vrlo opsežna, s oko 3700 lijekova u kojima su zastupljene gotovo sve skupine lijekova.

43. Izravno plaćanje zdravstvenih usluga (plaćanje iz „džepa“ pacijenata, engl. *out-of-pocket*, OOP) iznosi oko 15 posto ukupnih izdataka za zdravstvo i na dnu je ljestvice izravnih plaćanja u zemljama EU-a. Izravno je plaćanje zdravstvene zaštite (iz „džepa“ pacijenata) kao udio potrošnje kućanstava, s nešto manje od 3 posto (2014.), manje od udjela zabilježenog u zemljama EU-a koje su uzete za usporedbu, a još manji (oko 2 posto) za najnižih 40 posto stanovništva koji smatra da su bogatiji razmjerno bolje zaštićeni. Od 2010. godine taj je udio za najnižih 40 posto stanovništva u stalnom padu. Te brojke pokazuju koliko HZZO-a uspješno osigurava financijsku zaštitu hrvatskih građana. Za više informacija vidi Prilog 1.

44. Neispunjene su zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite u Hrvatskoj razmjerno male i u proteklih su nekoliko godina u padu. Godine 2016. 1,7 posto hrvatskog stanovništva samoprocijenilo je neispunjene zdravstvene potrebe, što je značajan pad u odnosu na 2010. godinu (6,3 posto), a počevši od 2013. godine neispunjene su zdravstvene potrebe stalno ispod prosjeka EU-a (38.). I te brojke pokazuju koliko uspješno HZZO osigurava dostupnost zdravstvene zaštite i sprječava nastajanje financijskih rizika.

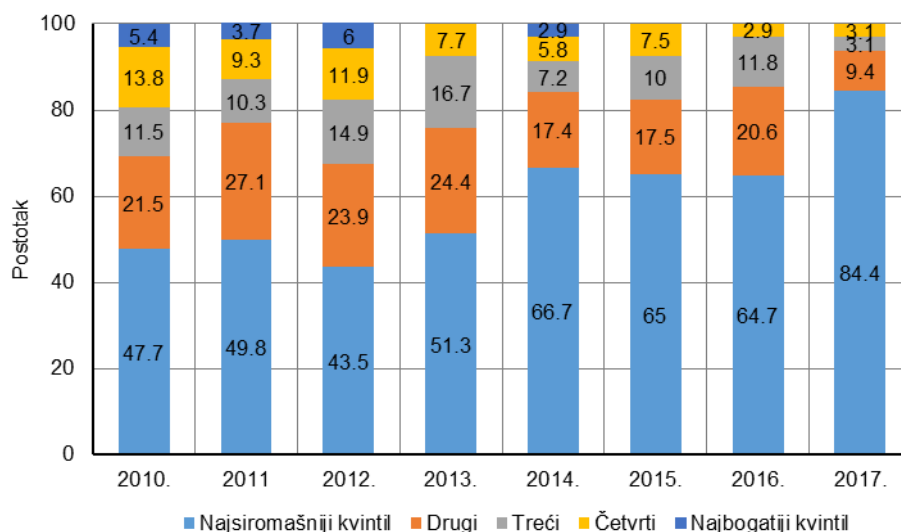
38. Postotak stanovništva sa samoprijavljenim neispunjenim zdravstvenim potrebama u Hrvatskoj i EU-u, 2010. – 2016.



Izvor: Eurostat.

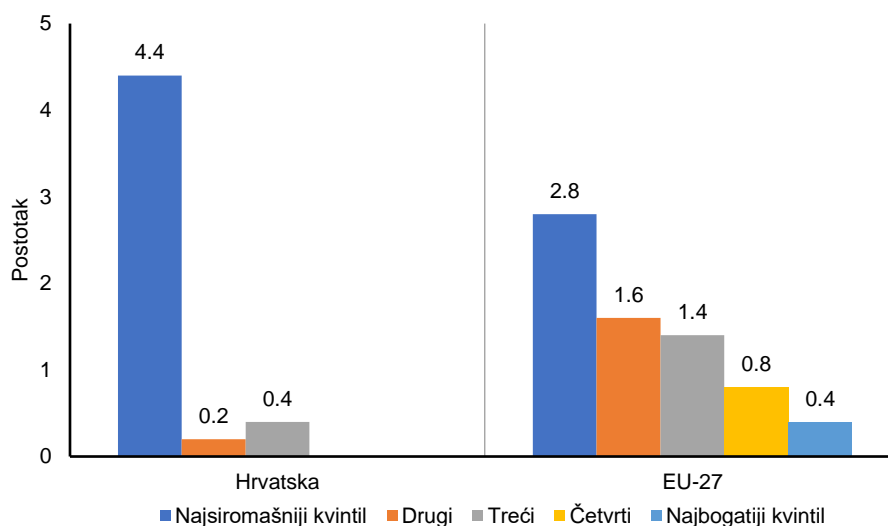
45. Smanjenje samoprijavljenih neispunjenih zdravstvenih potreba zbog visokih troškova zdravstvene zaštite primijećeno je u proteklih nekoliko godina, međutim, nije podjednako zastupljeno u svim dohodovnim skupinama. Oko polovina neispunjenih zdravstvenih potreba 2010. godine bila je u najsiromašnijem kvantilu. Godine 2017. udio najsiromašnijih u neispunjenim zdravstvenim potrebama iznosio je gotovo 85 posto (39). Slično je i u kategoriji starijeg stanovništva (40.).

39. Samoprijavljene neispunjene zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite po dohotku stanovništva za stanovništvo od 16 i više godina, Hrvatska 2010. – 2017.



Izvor: Eurostat.

40. Samoprijavljene neispunjene zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite prema dohotku stanovništva od 65 i više godina, Hrvatska i EU-27, 2017.

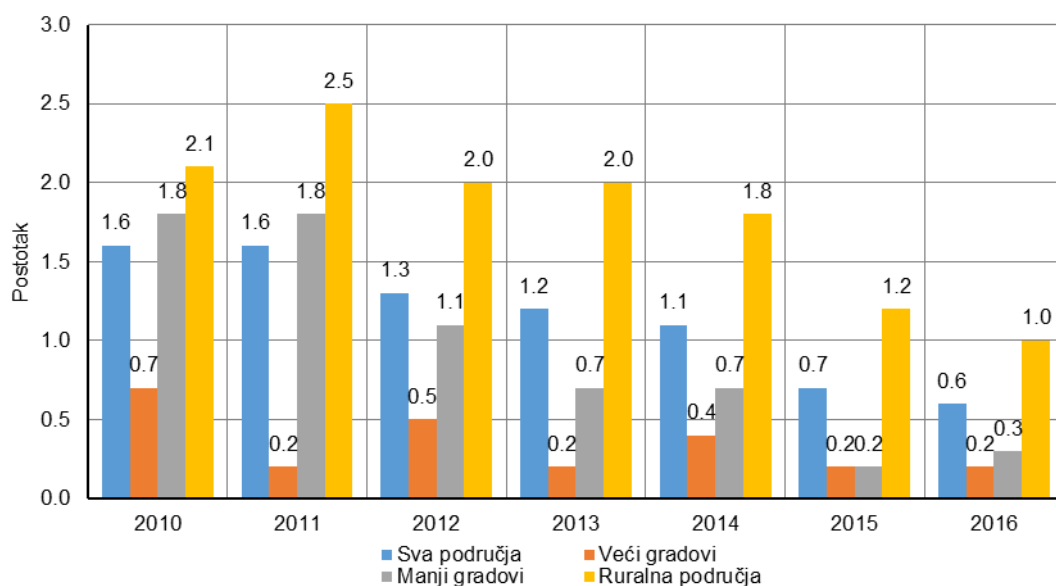


Izvor: Eurostat.

2.3.2 Udaljenost zdravstvenih ustanova

46. U Hrvatskoj udaljenost zdravstvenih ustanova nije velika prepreka za dostupnost. Godine 2010. 1,5 posto stanovništva samoprocijenilo je neispunjene zdravstvene potrebe zbog velike udaljenosti zdravstvenih ustanova, pri čemu su najveću stopu, očekivano, samoprocijenila ruralna područja. Od 2010. do 2016. godine ta je stopa pala za gotovo dvije trećine (41.).

41. Udio stanovništva s neispunjenim zdravstvenim potrebama zbog udaljenosti zdravstvene ustanove u Hrvatskoj, urbana i ruralna područja, 2010. – 2016.



Izvor: EU-SILC podaci dobiveni od Eurostata.

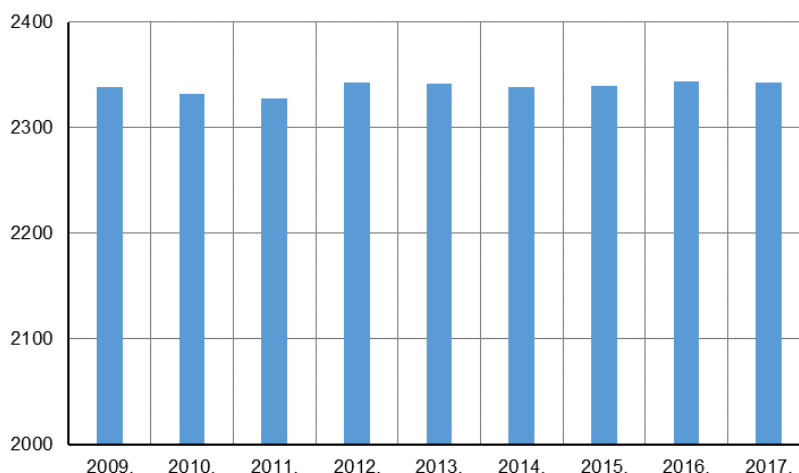
2.3.3 Dostupnost (odabranih) zdravstvenih djelatnika

47. Hrvatska ima manje liječnika i medicinskih sestara od zemalja koje su uzete za usporedbu, a velike su razlike u broju liječnika opće medicine / specijalista obiteljske medicine i medicinskih sestara između Hrvatske i zemlja EU-15. Broj liječnika opće medicine / specijalista obiteljske medicine 2016. godine i medicinskih sestara u Hrvatskoj na 100 000 stanovnika iznosio je dvije trećine prosjeka zemalja EU-15 (43., 44.). Međutim, broj se liječnika opće medicine / specijalista obiteljske medicine (LOM-ova)⁵⁵ i specijalista⁵⁶ razmjerno ustalio u proteklih nekoliko godina. Ukupno je 2596 liječničkih timova 2017. godine radilo na 2604 lokacije (od kojih 2593 s punim radnim vremenom, a 11 s nepunim). Od 2596 doktora medicine (MD), 1524 bili su specijalisti u različitim poljima (1110 opće/obiteljske medicine, 284 pedijatrije, 55 medicine rada, 47 školske medicine i 28 drugih specijalista). Zbog kretanja broja liječnika i medicinskih sestara u proteklih deset godina u Hrvatskoj očekuje se da se razlike između zemalja EU-15 i Hrvatske u broju liječnika i medicinskih sestara na 100 000 stanovnika neće mijenjati.

⁵⁵ U ovom se izvješću LOM odnosi na liječnike opće medicine i specijaliste obiteljske medicine.

⁵⁶ Specijalisti ovdje ne obuhvaćaju specijaliste medicine, ali obuhvaćaju specijalizante.

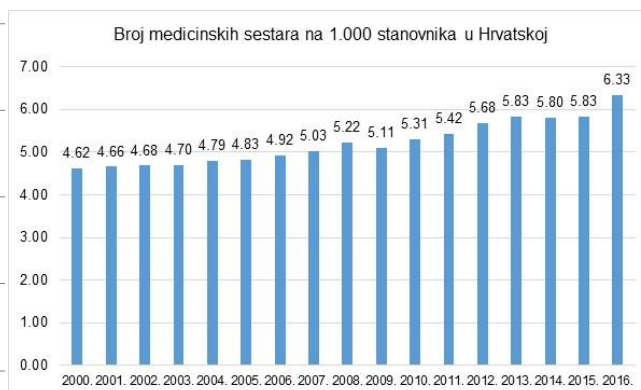
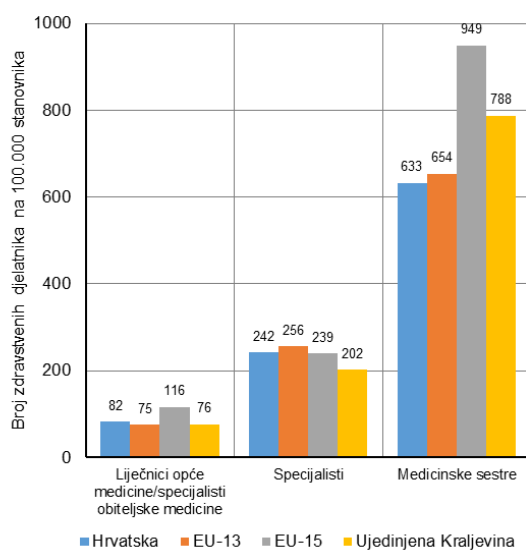
42. Broj doktora medicine liječnika opće medicine / specijalista obiteljske medicine (LOM-ova), 2009. – 2017.



Izvor: Godišnja izvješća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

43. Dostupnost zdravstvenih djelatnika, 2016.

44. Gustoća medicinskih sestara, 2000. – 2016.

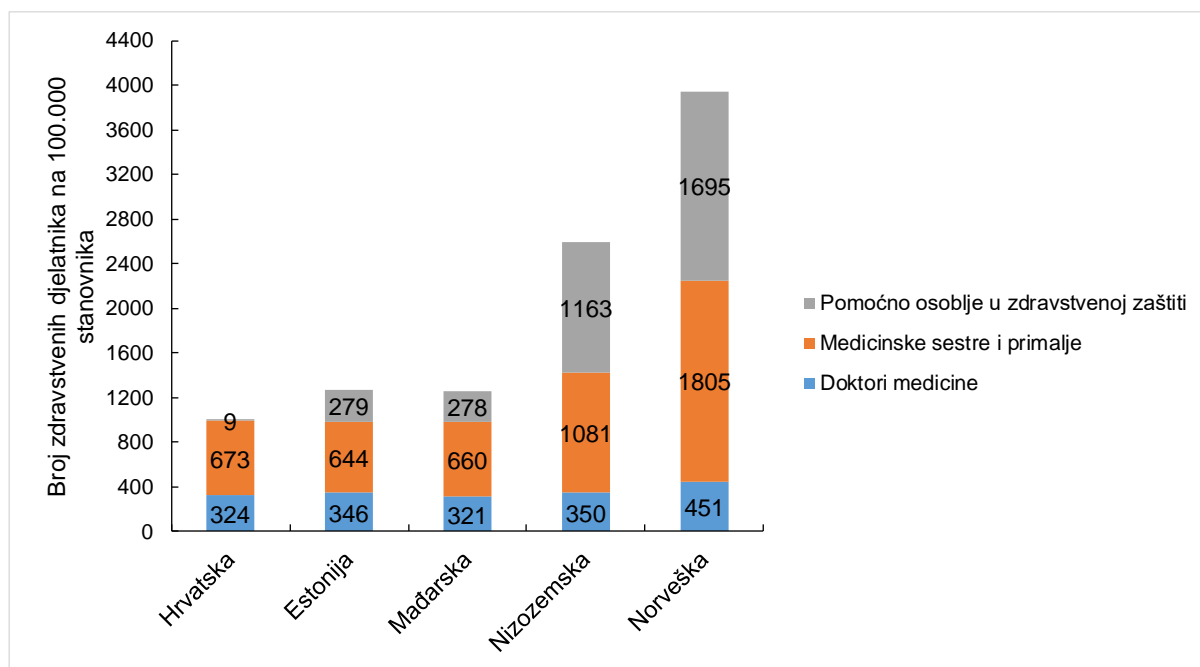


Izvor: Eurostat.

Izvor: Eurostat.

48. Sastav zdravstvenih djelatnika može dovesti do novih saznanja o tome kako zdravstvene sustave prilagoditi demografskim promjenama i novim obrascima bolesti. Primjerice, Norveška i Nizozemska, vrlo uspješne u zdravstvenim ishodima, proširile su ovlasti medicinskih sestara i pomoćnog osoblja u pružanju zdravstvenih usluga (45.).

45. Broj zdravstvenih djelatnika na 100 000 stanovnika, 2016.

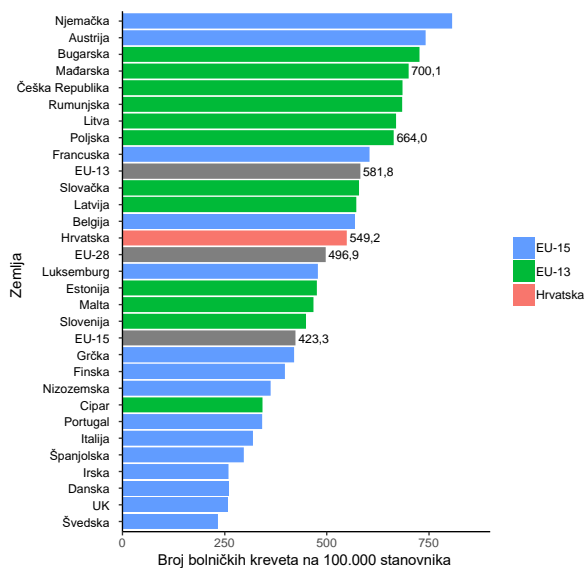


Izvor: Eurostat.

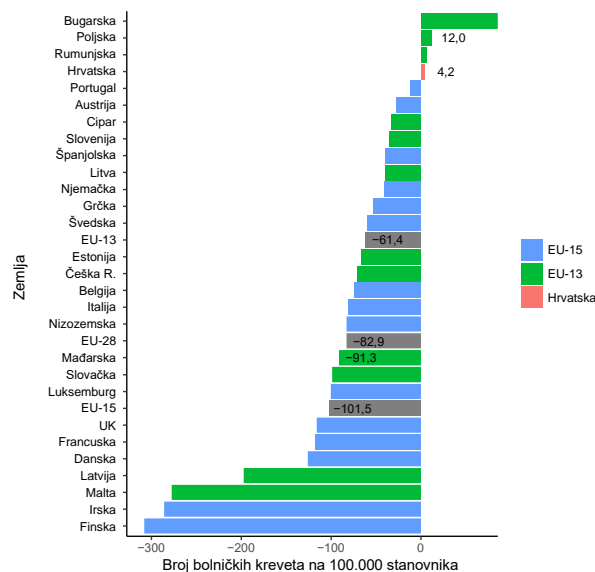
2.3.4 Dostupnost bolničkih kreveta

49. **Za razliku od malog broja zdravstvenih djelatnika, Hrvatska je 2016. godine imala 30 posto više bolničkih kreveta od prosjeka zemalja EU-15.** U proteklih deset godina gotovo su sve zemlje EU-a smanjile broj bolničkih kreveta. Međutim, u Hrvatskoj je broj bolničkih kreveta 2016. godine bio na gotovo istoj razini kao i prije deset godina (vidi 46., 47. i 48.). Udio kreveta na tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti u ukupnom kapacitetu bolničkih kreveta postupno raste i 2016. godine iznosio je oko 40 posto. Ustanove tercijarne razine zdravstvene zaštite zapošljavaju više od polovine svih bolničkih liječnika. Vidi 49. i 50.

46. Broj kreveta na 100 000 stanovnika, 2016.



47. Promjena u broju kreveta na 100 000 stanovnika, 2005. – 2016.

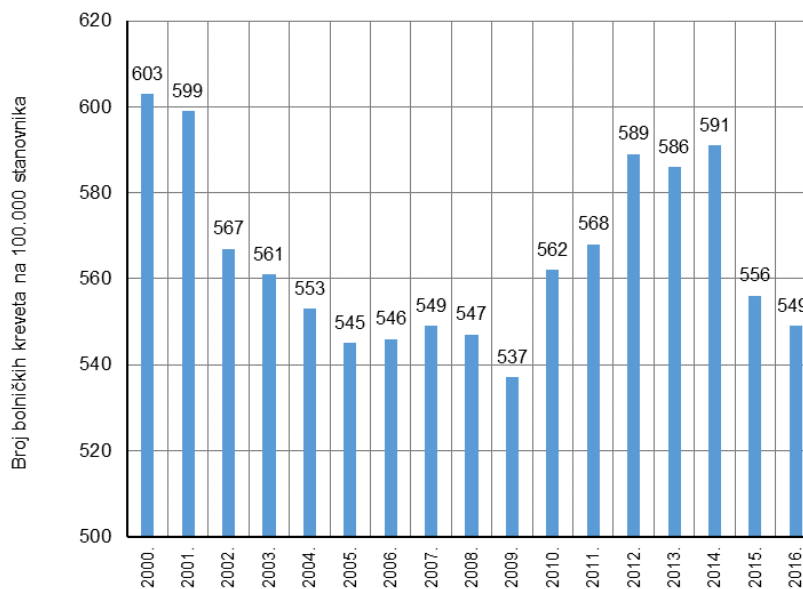


Napomena: Za Italiju su upotrijebljeni podaci iz 2015. (umjesto iz 2016.).

Izvor: Eurostat.

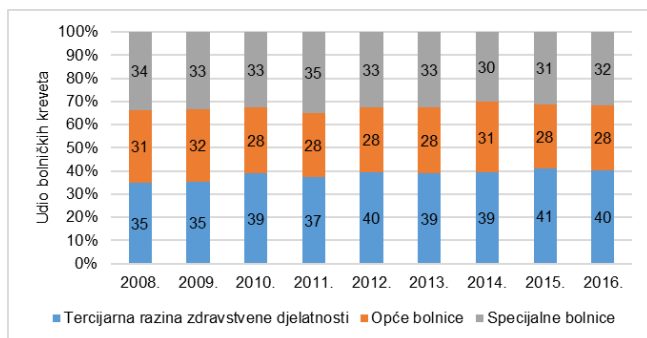
Izvor: Eurostat.

48. Broj bolničkih kreveta za Hrvatsku, 2000. – 2016.



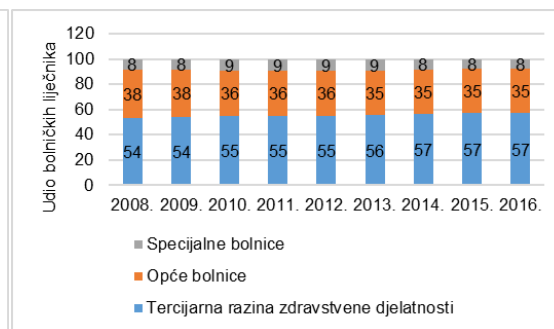
Izvor: Eurostat.

49. Udio bolničkih kreveta prema razini zdravstvene zaštite, 2008. – 2016.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

50. Udio liječnika prema razini zdravstvene zaštite, 2008. – 2016.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

2.3.5 Dostupnost lijekova

50. Izdaci za lijekove i ostale medicinske potrepštine po stanovniku kao udio izdataka za zdravstvo po stanovniku iznose 25 posto, što je razmjerno visoko u usporedbi sa zemljama EU-15. Izdaci za posebno skupe lijekove više su se nego udvostručili između 2013. i 2018. godine, s nešto iznad 600 milijuna kuna na 1,35 milijardi kuna. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja se odnose na lijekove obuhvaćaju mnoge nove posebno skupe lijekove. Primjerice, od 68 novih onkoloških lijekova odobrenih za upotrebu u svijetu u razdoblju 2011. – 2016.,⁵⁷ 38 njih danas se nalazi na listi posebno skupih lijekova HZZO-a, pokrivenih u punom iznosu.

51. Sve u svemu, Hrvatska omogućuje vrlo visoku razinu dostupnosti zdravstvene zaštite s gotovo univerzalnom pokrivenošću stanovnika zdravstvenom zaštitom, niskim razinama izravnih plaćanja zdravstvenih usluga (iz „džepa“ pacijenata) i neispunjenih zdravstvenih potreba. Niskodohodovne skupine još su uvijek nerazmjerno zahvaćene, a najsiromašnije skupine primjerice čine većinu onih koji su samoprijavili neispunjene zdravstvene potrebe zbog visokih troškova zdravstvene zaštite. Međutim, potrebne su dodatne analize za utvrđivanje uzroka neispunjenih zdravstvenih potreba, s obzirom na univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom u Hrvatskoj i niske izravne troškove plaćanja zdravstvenih usluga. U pogledu zdravstvenih djelatnika, Hrvatska je na sličnoj razini s drugim zemljama EU-13, ali zaostaje za prosjekom zemalja EU-15 po broju liječnika i medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kapacitet bolničkih kreveta neznatno je ispod prosjeka zemalja EU-13, ali mnogo veći od prosjeka zemalja EU-15. Međutim, pri procjeni pokazatelja dostupnosti, važno je pokazatelje ne uzimati pojedinačno, nego kao dio cijelog sustava i razmotriti ih sa stajališta ciljeva zdravstvenog sustava.

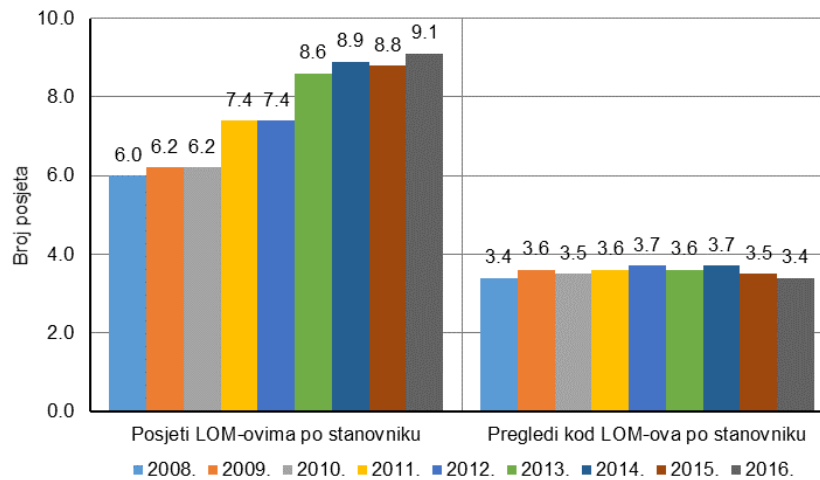
⁵⁷ IQVIA Institute. *Global Oncology Trends 2017: Advances, Complexity and Cost*. Lipanj 2017. Dostupno na: <https://www.iqvia.com/institute/reports/global-oncology-trends-2017-advances-complexity-and-cost>.

2.4 Iskorištenost ključnih resursa i usluga

2.4.1 Primarna zdravstvena zaštita

52. Iskorištenost usluga primarne zdravstvene zaštite koje pružaju LOM-ovi u Hrvatskoj u neprestanom je porastu. Primjerice, posjeti liječniku zbog drugih potreba (a ne pregleda) povećali su se za 50 posto od 2008. do 2016. godine (51.). Međutim, nije jasno je li povećana interakcija s primarnom zdravstvenom zaštitom dovela do unaprijeđenog zdravlja stanovništva. Kao što slijedi u tekstu, postoje mnoge nepoznanice o kvaliteti primarne zdravstvene zaštite.

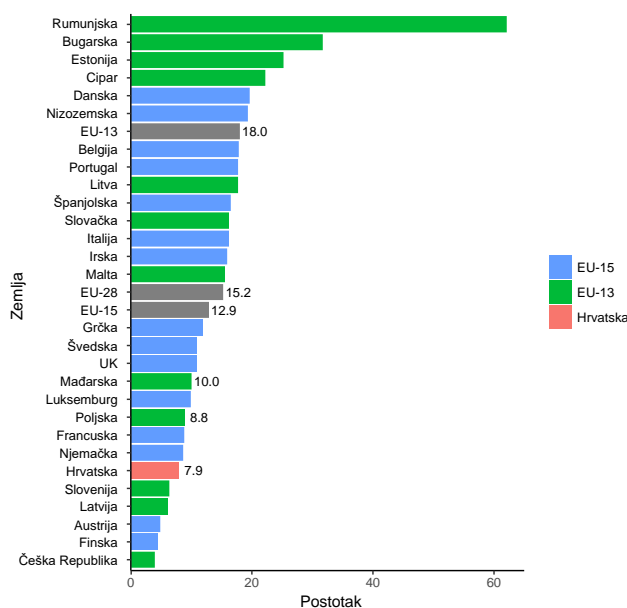
51. Broj posjeta LOM-ovima i pregleda po stanovniku, 2008. – 2016.



Izvor: Eurostat.

53. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj ima dobre rezultate pružanja ključnih preventivnih usluga. Primjerice, samoprijavljena stopa žena koje nisu imale nikakvo iskustvo probira raka maternice 2014. godine iznosi oko dvije trećine stope prosjeka za zemlje EU-15 (52.).

52. Udio samoprijavljenih žena koje nikad nisu išle na pretrage briseva vrata maternice u dobi od 24 do 69 godina, 2014.

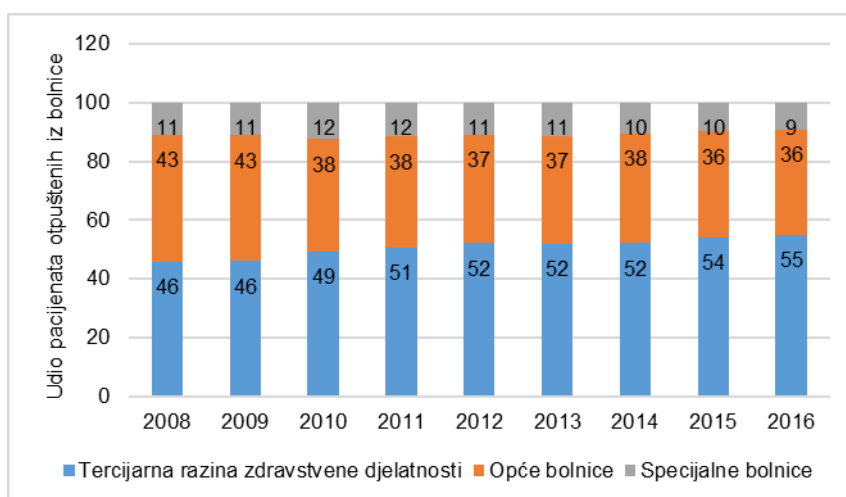


Izvor: Eurostat.

2.4.2 Bolnička zdravstvena zaštita

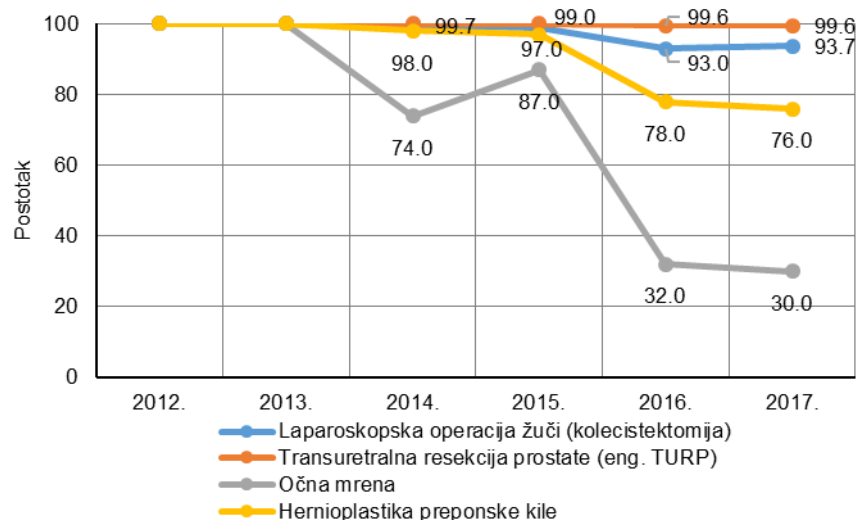
54. **Prijemi u bolnicu povećali su se oko 10 posto od 2008. do 2016. godine.** Prijemi u bolnicu zbog akutnih stanja iznose 90 posto svih prijema. Upotreba tercijarne razine zdravstvene zaštite (porast od 9 postotnih bodova) u porastu je, a udjeli su općih i specijalističkih bolnica u padu (slika 53.). Došlo je do pomaka u nekim kirurškim zahvatima (npr. očne mreže) koji se sad umjesto bolnički obavljaju ambulantno. Primjerice, 70 posto operacija očne mreže izvedeno je ambulantno 2017. godine (u usporedbi s 0 posto 2013. godine). Međutim, mnogi se drugi medicinski postupci koji se mogu obaviti ambulantno još uvijek većinom obavljaju stacionarnim bolničkim liječenjem (54.).

53. Udio pacijenata otpuštenih s bolničkog liječenja prema kategoriji bolnice, 2008. – 2016.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

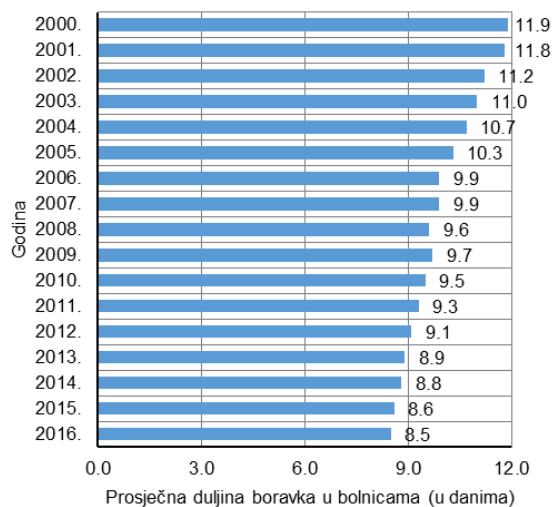
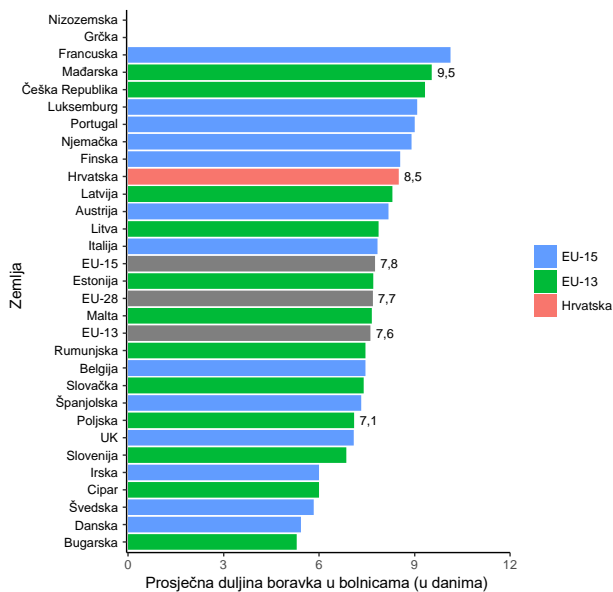
54. Postotak odabranih kirurških zahvata koji se mogu obaviti ambulantno (u jednodnevnoj kirurgiji), ali se još uvijek obavljaju stacionarnim bolničkim liječenjem



Izvor: HZZO, 2019.

55. Iako u Hrvatskoj prosječna duljina boravka u bolnicama postupno opada u proteklih deset godina, još je uvijek neznatno iznad prosjeka zemalja EU-13 i EU-15 (55. i 56.). Značajna odstupanja od prosječne duljine boravka mogu se primijetiti među bolnicama. Primjerice, prosječna je duljina boravka u bolnicama za bolesnike s akutnim infarktom miokarda (AMI) od 5,4 do 12,5 dana u 25 bolnica uvrštenih u ovu analizu koje pružaju zdravstvenu zaštitu za akutna stanja (57.). Taj je obrazac sličan za bolesnike s moždanim udarom, za koje prosječna duljina boravka u bolnicama iznosi od 7,1 do 14,5 dana u 26 bolnica uvrštenih u ovu analizu koje pružaju zdravstvenu zaštitu za akutna stanja (58.). Odstupanja se samo djelomice mogu objasniti različitim prosječnom kliničkom složenosti (engl. *case mix*) i demografskim razlikama u bolesničkim skupinama u bolnicama.

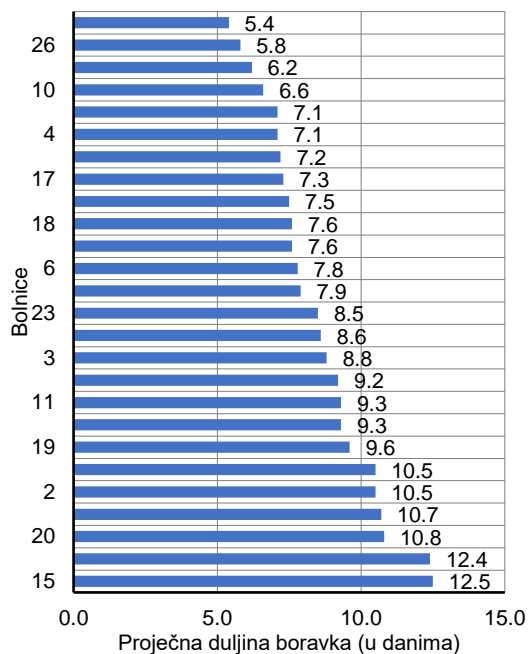
55. Prosječna duljina boravka u bolnicama, 2016. 56. Prosječna duljina boravka u bolnicama u ili najbliža godina



Napomena: Podaci za Francusku odnose se na 2015. godinu. Za Izvor: Eurostat.
 Maltu su za izračun razlike upotrijebljeni podaci iz 2006. godine.
 Za Cipar nisu dostupni podaci iz ranijih godina (oko 2005.). Za
 Nizozemsku i Grčku nema podataka dostupnih iz 2005. i 2016.
 godine.

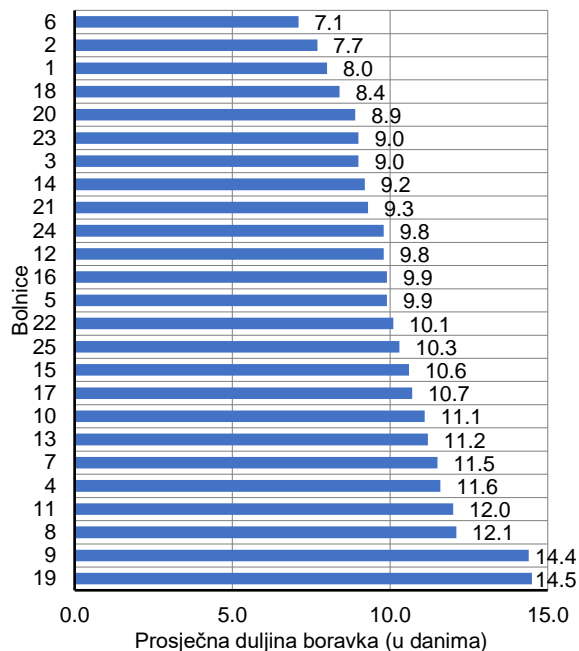
Izvor: Eurostat.

57. Prosječna duljina boravka pacijenata s akutnim infarktom miokarda (AMI) u bolnicama uvrštenima u analizu, 2016.



Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

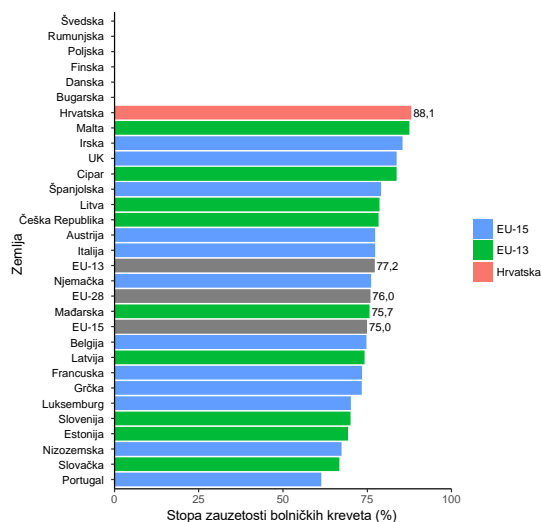
58. Prosječna duljina boravka pacijenata s moždanim udarom u bolnicama uvrštenima u analizu, 2016.



Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

56. Stopa zauzetosti kreveta zabilježena u Hrvatskoj 2005. godine jedna je od najviših u zemljama EU-a. Do 2015. godine zabilježeno je smanjenje od deset postotnih bodova (59. i 60). To je smanjenje primijećeno u sve tri vrste bolnica (61.). Nerazmjerni se iznosi izdataka za kurativnu zdravstvenu zaštitu mogu objasniti velikim brojem kreveta i velikim stopama njihove zauzetosti, što pak pokazuje da ima prostora za unaprjeđenje učinkovitosti i djelotvornosti primarne i preventivne zdravstvene zaštite.

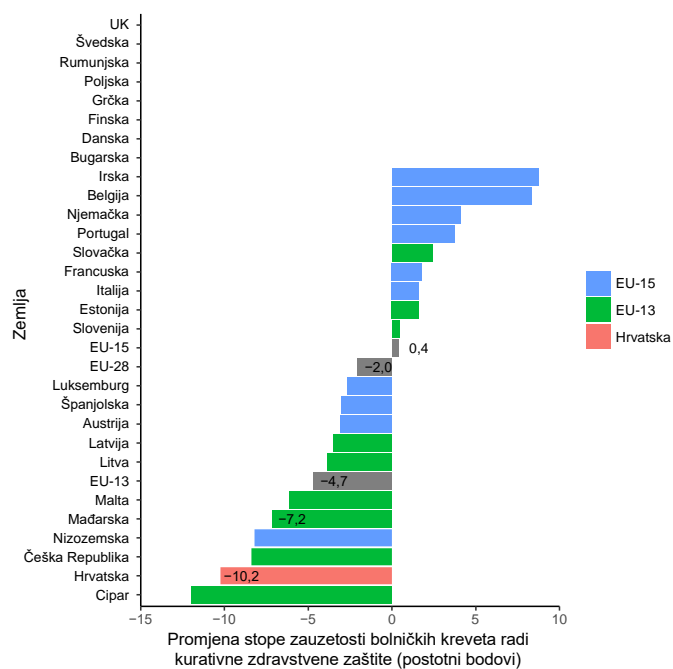
59. Stopa zauzetosti bolničkih kreveta, 2005.



Napomena: Za izračun razlike za Francusku i Italiju upotrijebljeni su podaci iz 2015. godine.

Izvor: Eurostat.

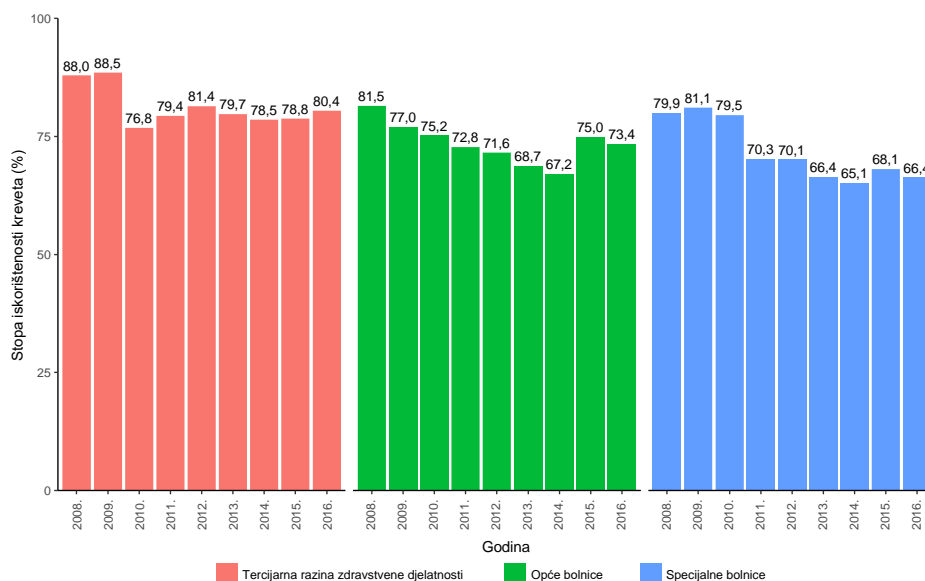
60. Promjena stope zauzetosti bolničkih kreveta, 2005. – 2016. ili najbliža godina



Napomena: Za izračun razlike za Francusku i Italiju upotrijebljeni su podaci iz 2015. godine.

Izvor: Eurostat.

61. Stopa zauzetosti bolničkih kreveta po vrsti bolnice, 2008. – 2016.

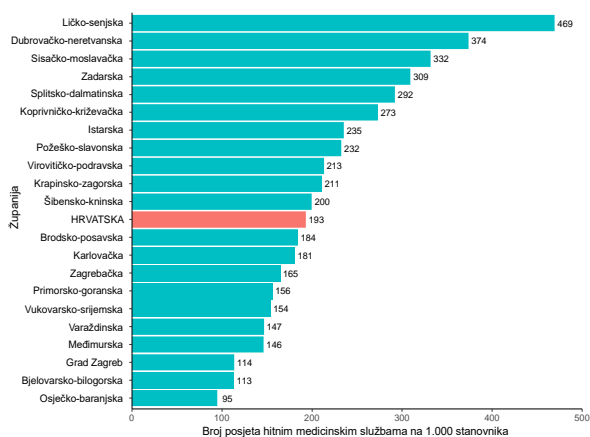


Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

2.4.3 Hitne medicinske službe

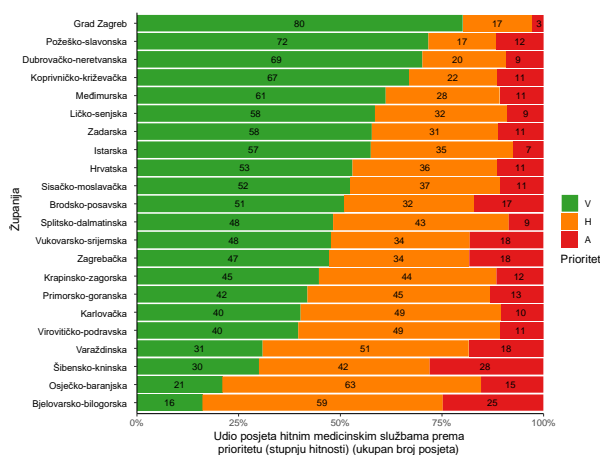
57. Godine 2017. u Hrvatskoj je zabilježeno 193 posjeta (na 1000 osoba) hitnim medicinskim službama. Zbog manjka dostupnih podataka i razlika u definiciji „hitne medicinske pomoći“ u zemljama EU-a teško je usporediti stope iskorištenosti hitnih medicinskih službi u Hrvatskoj i zemljama EU-a. Međutim, sve one pokazuju značajna odstupanja u stopama iskorištenosti u rasponu od 95 do 469 posjeta na 1000 osoba (62.). U prosjeku se smatra da na nacionalnoj razini više od polovine (53 posto) posjeta hitnih medicinskim službama nije bilo zbog stvarne potrebe dobivanja hitne medicinske pomoći (tj. bile su „neopravdane“). Županije pokazuju različite udjele „neopravdanih“ posjeta hitnim medicinskim službama u rasponu od 16 posto do 80 posto (63.). I županije s visokim stopama iskorištenosti imaju velik udio „neopravdanih“ posjeta, što upućuje na potencijalno područje koje treba ciljano unaprijediti. Više od polovine slučajeva koje zbrinjavaju hitne medicinske službe koje pružaju predbolničku medicinsku pomoć odnose se na opekline, otrovanja, bolesti dišnog sustava, hipertenziju i koštane i mentalne poremećaje (Prilog 2.).

62. Broj posjeta hitnim medicinskim službama po stanovniku, 2017.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

63. Udio posjeta hitnim medicinskim službama prema prioritetu (stupnju hitnosti), 2017.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

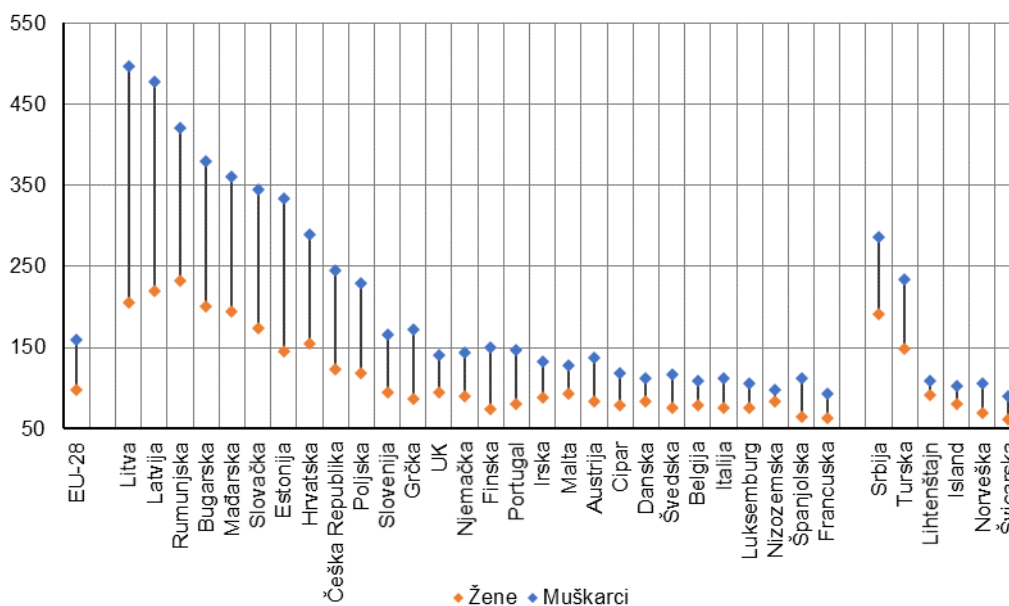
58. U zaključku možemo reći da se iskorištenost usluga primarne zdravstvene zaštite u proteklih nekoliko godina povećala za oko 50 posto. To se povećanje od 50 posto vjerojatno ne može potpuno pripisati promjenama zdravstvenog stanja stanovništva. S obzirom na niske stope samoprocijenjenih neispunjenih zdravstvenih potreba, taj je porast možda izazvan liječnicima i/ili proizlazi iz novouvedenih izvora financiranja, izvještavanja ili drugih mehanizama prisutnih odnedavno. Za utvrđivanje temeljnih razloga potrebne su dodatne analize. U istom su se razdoblju povećali i prijemi u bolnicu, iako neznatno. Povećan je broj usluga na trećoj razini zdravstvene djelatnosti, a prosječna duljina boravka u bolnicama i zauzetost bolničkih kreveta opada. Gotovo polovina svih usluga hitne medicinske pomoći smatra se „neopravdanima“. Bolnice i županije pokazuju značajna odstupanja u posjetima hitnim medicinskim službama i prosječnoj duljini boravka u bolnicama.

2.5 Kvaliteta zdravstvene zaštite

2.5.1 Zdravstveni sustav

59. Stopa smrtnosti koja se može spriječiti poduzimanjem mjera liječenja u Hrvatskoj (216,4 2015. godine) gotovo je dvostruko veća od prosječne stope zemalja EU-28, a gotovo tri puta veća od najuspješnijih zemalja kao što su Danska, Norveška i Švicarska, iz čega se može zaključiti da još uvijek ima dosta prostora za unaprjeđenje kvalitete usluga zdravstvene zaštite. Primijećeno je i značajno odstupanje stopa za žene i muškarce (64.). Iako se može tvrditi da su razine izdataka za zdravstvo ključan čimbenik u usporedbi stope smrtnosti s navedenim zemljama, i mnogo drugih čimbenika utječe na taj ishod. Španjolska, primjerice, iako ima upola manje izdatke za zdravstvo u usporedbi s drugim zemljama kao što su Njemačka i Ujedinjena Kraljevina, bilježi razmjerno nižu stopu smrtnosti koja se može spriječiti poduzimanjem mjera liječenja.

64. Stopa smrtnosti koja se može spriječiti poduzimanjem mjera liječenja po spolu i zemljama, 2015.



Napomena: Ljestvica zemalja na prikazu izrađena prema ukupnoj stopi smrtnosti koja se može spriječiti poduzimanjem mjera liječenja.

Izvor: Eurostat (internetski podatkovni kod: hlth_cd_apr).

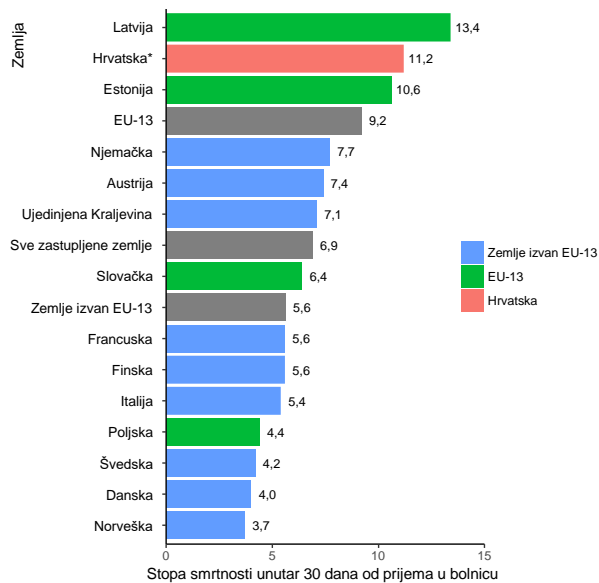
2.5.2 Bolnička zdravstvena zaštita

60. Pokazatelji ishoda za određene bolesti pokazuju nedostatnu kvalitetu bolničke zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

- **Standardizirana stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana od prijema u bolnicu:** stopa u Hrvatskoj (11,2 posto 2016.) nekoliko je puta viša od stopa zabilježenih u odabranim najuspješnijim zemljama kao što su Danska (3,6 posto), Norveška (3,8 posto), Švedska (4,2 posto) i Slovenija (5,2 posto) (65.). Valja napomenuti da se taj pokazatelj za Hrvatsku odnosi samo na smrtnost u bolnicama unutar 30 dana prijema u bolnicu, za razliku od stope smrtnosti u bolnici i izvan bolnice u zemljama OECD-a s kojima je Hrvatska uspoređena, što znači da bi razlike prikazane na slici 65. mogle biti veće. Međutim, zbog mogućih odstupanja u načinu definiranja i prikupljanja podataka iz navedenih zemalja, ti su nalazi samo indikativni i zahtijevaju daljnje analize. U Hrvatskoj se mogu primijetiti značajna odstupanja među bolnicama (67.).
- **Standardizirana stopa smrtnosti od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu:** trend sličan smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) pokazuje i smrtnost od moždanog udara u Hrvatskoj sa stopom nekoliko puta višom od odabranih najuspješnijih zemalja kao što su Danska, Švedska i Norveška (66.). I podaci na razini bolnica pokazuju značajna odstupanja među bolnicama (68.).
- **Stopa ponovnog prijema u bolnicu zbog akutnog infarkta miokarda (AMI) i moždanog udara unutar 30 dana zabilježena u Hrvatskoj iznenađujuće je niska** u usporedbi sa stopama odabranih razvijenih zemalja. Primjerice, stopa ponovnog prijema u bolnicu zbog moždanog udara unutar 30 dana u Hrvatskoj iznosi oko jednu osminu stope zabilježene u SAD-u, a stopa ponovnog prijema u bolnicu zbog akutnog infarkta miokarda iznosi jednu sedminu

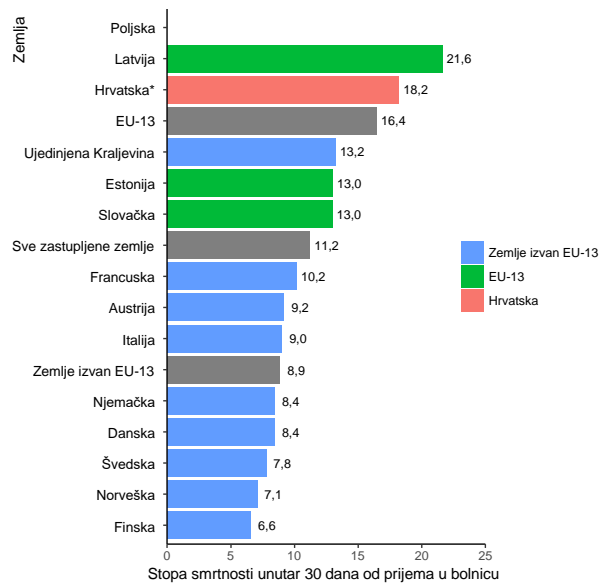
stope zabilježene u Ujedinjenoj Kraljevini.^{58,59} Takva velika odstupanja u stopama smrtnosti i ponovnom prijemu u bolnicu vjerojatno odražavaju kvalitetu podataka o ponovnom prijemu u bolnicu i potrebno ih je dodatno istražiti. Podaci pokazuju i odstupanja među bolnicama, a odabrane se bolnice međusobno razlikuju čak osam puta po stopama ponovnog prijema u bolnicu zbog akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana (69.).

65. Standardizirana stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana od prijema u bolnicu u odabranim zemljama, 2015. **66. Standardizirana stopa smrtnosti od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu u odabranim zemljama, 2015.**



Napomena: *Podaci zabilježeni za Hrvatsku prikupljeni su zbog nacionalnog rangiranja bolnica 2016. godine.

Izvor: OECD.



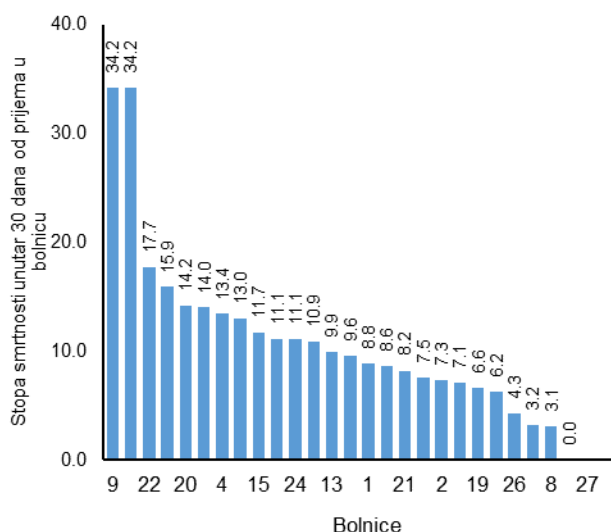
Napomena: *Podaci zabilježeni za Hrvatsku prikupljeni su zbog nacionalnog rangiranja bolnica 2016. godine.

Izvor: OECD.

⁵⁸ Bambhroliya, A.B., et al., *Estimates and temporal trend for us nationwide 30-day hospital readmission among patients with ischemic and hemorrhagic stroke*. JAMA Network Open, 2018. 1(4): str. e181190.

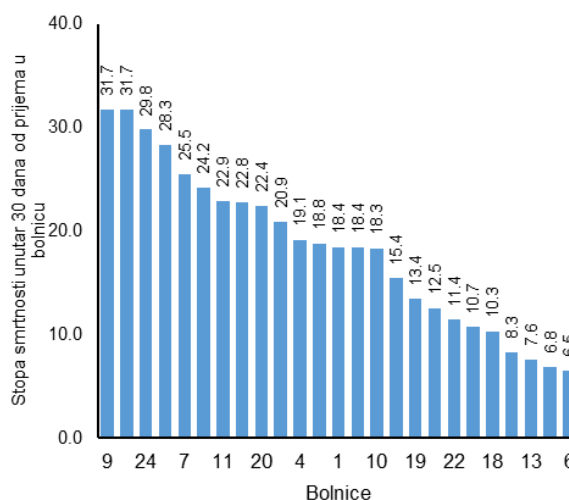
⁵⁹ Friebe, R., et al., *National trends in emergency readmission rates: a longitudinal analysis of administrative data for England between 2006 and 2016*. BMJ open, 2018. 8(3): str. e020325.

67. Standardizirana stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana od prijema u bolnicu po bolnicama



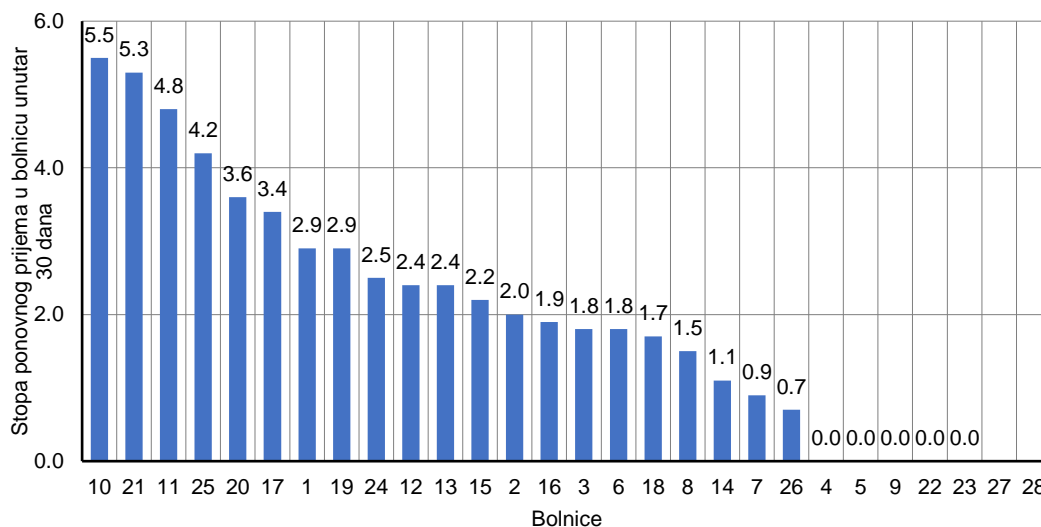
Izvor: Podaci prikupljeni zbog nacionalnog rangiranja bolnica 2016. godine.

68. Standardizirana stopa smrtnosti od moždanog udara unutar 30 dana od prijema u bolnicu po bolnicama



Izvor: Podaci prikupljeni zbog nacionalnog rangiranja bolnica 2016. godine.

69. Standardizirana stopa ponovnog prijema u bolnicu zbog akutnog infarkta miokarda (AMI) unutar 30 dana po bolnici, Hrvatska

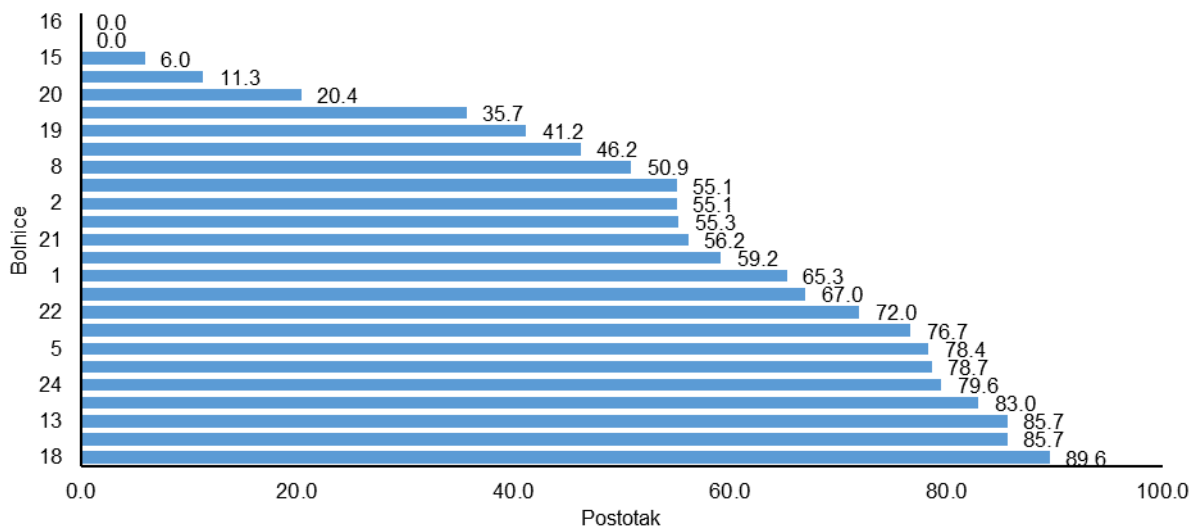


Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

61. Važna je mjera kvalitete usklađenost s praksom temeljenom na dokazima. U Hrvatskoj su vrlo ograničeni podaci o stopama usklađenosti. Prema dostupnim podacima, postoje značajne neusklađenosti zdravstvenih ustanova s preporučenim praksama u bolnicama koje pružaju zdravstvenu zaštitu za akutna stanja. Za pacijente primljene zbog moždanog udara preporuča se provesti pretrage snimanjem (kompjuterizirana tomografija (CT snimanje) / snimanje magnetskom rezonancijom (MR snimanje)) u ranim fazama prijema u bolnicu radi osiguravanja točnosti dijagnostike i ranog pokretanja

odgovarajućeg kliničkog zbrinjavanja. 70. prikazuje velika odstupanja stopa ranog pokretanja pretraga neurosnimanjem među bolnicama.

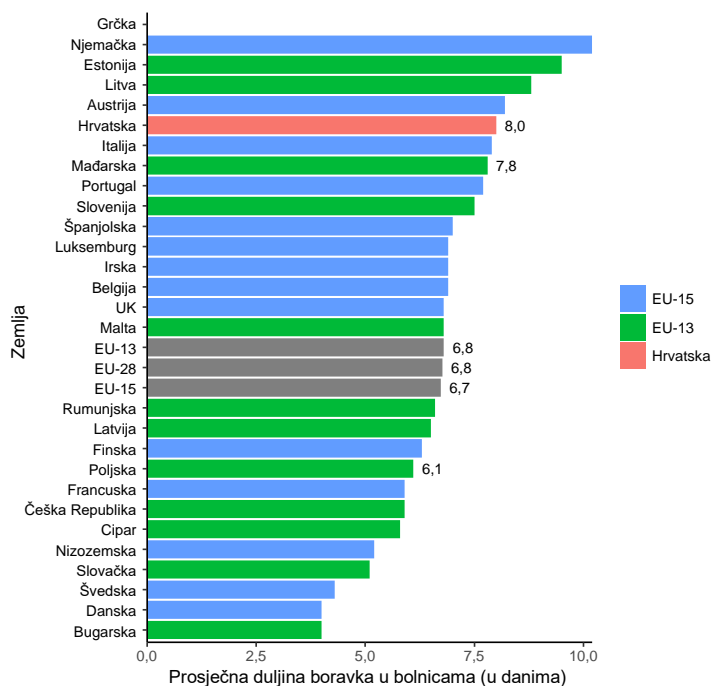
70. Postotak pacijenata oboljelih od moždanog udara kojima je napravljeno CT/MR snimanje u roku 3 sata, Hrvatska



Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

62. **Hrvatska ima jedan od najduljih prosječnih boravaka u bolnicama u EU-u (55.). Prosječna se duljina boravka u bolnicama može uzeti kao mjera djelotvornosti i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite – boravci su dulji vjerojatno zbog nedjelotvorne i neučinkovite zdravstvene zaštite.** Dulji boravci u bolnici u Hrvatskoj ne dovode do bolje kvalitete i ishoda, barem u zdravstvenim stanjima za koja su dostupni podaci. Ilustrativan je primjer akutnog infarkta miokarda (AMI): i prosječna duljina boravka u bolnicama i stopa smrtnosti unutar 30 dana od prijema u bolnicu barem su dvostruko veće od odabranih zemalja EU-a, kao što su Danska i Švedska (65. i 71.). 57. i 58. pokazuju značajna odstupanja prosječne duljine boravka među bolnicama koje pružaju zdravstvenu zaštitu za akutna stanja, s do dva puta većom razlikom u bolnicama s najvišim i najmanjim stopama.

71. Prosječna duljina boravka u bolnicama zbog akutnog infarkta miokarda (AMI), 2016.

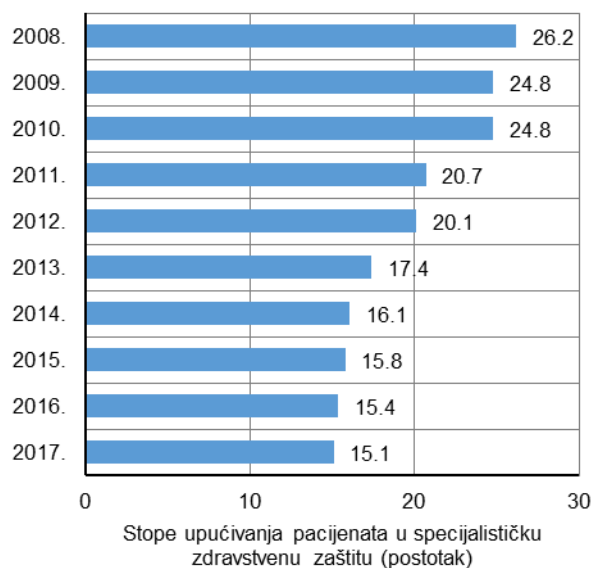


Izvor: Eurostat.

2.5.3 Primarna zdravstvena zaštita

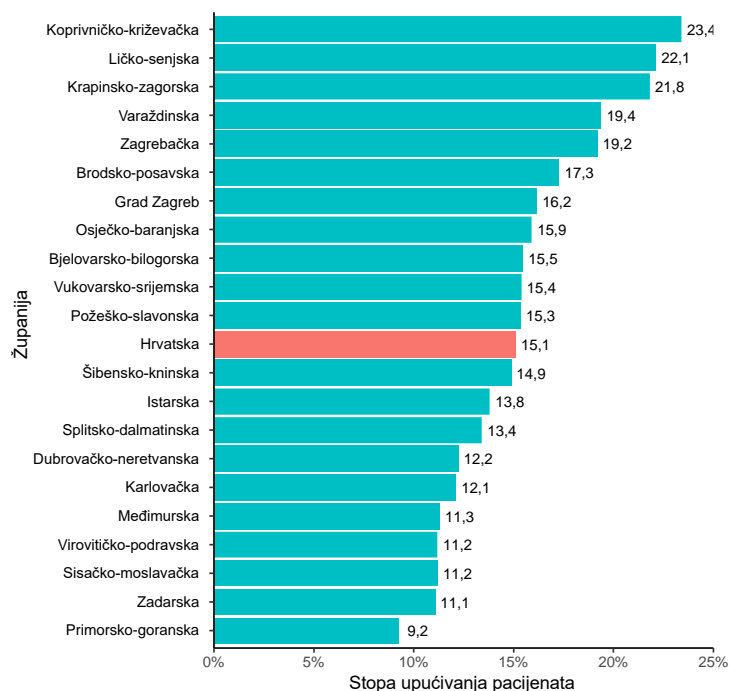
63. Stope upućivanja pacijenata u specijalističku/bolničku zdravstvenu zaštitu, stope iskorištenosti hitne medicinske pomoći i stope prijema pacijenata u bolnicu zbog kroničnih stanja koja se mogu pratiti putem oznake na uputnici (npr. astma, hipertenzija) široko su rasprostranjene mjere djelotvornosti primarne zdravstvene zaštite. U načelu, stope su upućivanja pacijenata u sustavima primarne zdravstvene zaštite koji pokazuju dobre rezultate od 5 posto do 10 posto. Sustav primarne zdravstvene zaštite u Ujedinjenoj Kraljevini navodi se kao dobar primjer gdje se pacijenti upućuju na daljnju obradu u prosjeku oko 5 posto. U Hrvatskoj su se te stope značajno smanjile u proteklih deset godina s 26,2 posto 2008. godine na 15,1 posto 2017. godine (72.). Međutim, postoje velike razlike među županijama: neke su županije prilično dobre (9 posto), a neke prilično loše i imaju visoke stope upućivanja pacijenata na daljnju obradu (23,4 posto) (73.). Nedostaci u kvaliteti primarne zdravstvene zaštite ili problemi na drugim razinama sustava kao što su dugo vrijeme čekanja vjerojatno utječu na veliku iskorištenost usluga hitne medicinske pomoći za nehitna stanja. Primjerice, više je od polovine svih posjeta hitnim medicinskim službama u Hrvatskoj bilo zbog nehitnih stanja, s velikim razlikama u broju posjeta ovisno o županiji (63. i 73.).

72. Stope upućivanja pacijenata u specijalističku zdravstvenu zaštitu, 2008. – 2017.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

73. Stope upućivanja pacijenata u specijalističku zdravstvenu zaštitu po županijama, 2017.



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

64. Postoje naznake nedovoljne usklađenosti s najboljim praksama, iako su ti podaci vrlo ograničeni. Primjerice, ispitivanje koncentracije HbA1c u krvi treba provoditi najmanje jednom godišnje, što se smatra najboljom praksom zbrinjavanja dijabetesa. U Hrvatskoj je 2017. godine oko

polovina pacijenata oboljelih od dijabetesa pristupila ispitivanju koncentracije HbA1c u krvi.⁶⁰ Unatoč mnoštvu podataka na razini pacijenata u sustavu, uključujući podatke o propisanim lijekovima, kliničkoj dijagnozi i nalazima laboratorijskih pretraga, nema mnogo dostupnih osnovnih pokazatelja kvalitete za stope usklađenosti s praksama temeljenim na dokazima za donošenje odluka i politika.

65. U Hrvatskoj su podaci koji se odnose na kvalitetu zdravstvene zaštite uglavnom dostupni u domenama djelotvornosti i učinkovitosti, a vrlo su ograničeni ili ih nema za druge domene kao što su pravodobno liječenje, usmjerenost na pacijenta i sigurnost. Dostupni podaci o kvaliteti zdravstvene zaštite dostupni u pogledu djelotvornosti i učinkovitosti pokazuju nedostatke na razinama i bolničke i primarne zdravstvene zaštite.

⁶⁰ Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopisi.

3 Izazovi i razvojni potencijali sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

3.1 Glavni izazovi:

66. Izazovi pred zdravstvenom zaštitom u Hrvatskoj slični su izazovima većine drugih srednje i visoko dohodovnih zemalja: izlaženje na kraj s rastućom potražnjom za zdravstvenom zaštitom i sve većim troškovima; moderniziranje usluga kako bi one odgovarale potrebama stanovništva za sve složenijom i kroničnom zdravstvenom zaštitom; povećanje nedostatne kvalitete zdravstvene zaštite i omogućavanje neprestanog unaprjeđenja kvalitete, uz istovremeno jačanje upravljačkih i institucionalnih kapaciteta u izradi i provedbi ambiciozne reforme zdravstvene zaštite. U ovom poglavlju detaljnije se proučava svaki navedeni izazov. Osim analize izazova, utvrđuju se i neke ključne prednosti sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj jer se na njima mogu temeljiti reforme.

3.1.1 Postojeći mehanizmi financiranja ne donose vrijednost za uloženi novac i ne osiguravaju održivost

67. U predstojećim godinama Hrvatska će se i dalje suočavati sa smanjenjem prihoda i povećanim izdacima za zdravstvo. U okviru razmjerno malih financijskih resursa hrvatski zdravstveni sustav ostvaruje dobre ishode, ali je financijska osnova sustava zdravstvene zaštite kronično opterećena, što pokazuju financijske obveze nastale u proteklih dvadeset godina. To se može objasniti s pomoću nekoliko čimbenika:

68. Na prihodovnoj strani za financijsku održivost ključni su sljedeći izazovi:

- Smanjenje broja i starenje stanovništva predstavljaju ozbiljan izazov za financijsku održivost zdravstvenog sustava jer se on uvelike oslanja na doprinose za zdravstveno osiguranje povezane sa zaposlenošću. Prognoza je da će se stanovništvo Hrvatske smanjiti s 4,165 milijuna 2018. godine na 3,896 milijuna 2030. godine⁶¹. Očekuje se da će prognozirani postotak stanovnika u dobi od 65 i više godina porasti s 18,9 posto ukupnog stanovništva (2015.) na 24,7 posto (2030.).¹⁶ S obzirom na to da samo 34 posto stanovnika plaća cjelokupne doprinose za obvezno zdravstveno osiguranje, a ostatak je stanovnika, uključujući starije osobe, pokriven općim porezom, za vladu će biti izazov povećati ili zadržati postojeću prihodovnu osnovu u predstojećim godinama bez značajnog gospodarskog rasta.
- Postojeći se model prikupljanja prihoda dosta oslanja na subvencioniranje od strane obveznika plaćanja doprinosa prema onima koji to nisu. Nakon nedavne prilagodbe doprinosi su za zdravstveno osiguranje u programu obveznog zdravstvenog osiguranja (16,5 posto mjesečne plaće) već na visokom kraju globalnog spektra s malim, ako ikakvim prostorom za daljnje povećanje.
- Izdaci za zdravstveno osiguranje na teret sredstava iz državnog proračuna za ranjivo stanovništvo razmjerno su mali, iako se radi o skupinama s najvećom potrošnjom usluga zdravstvene zaštite. Do danas izdaci za zdravstvo na teret sredstava iz državnog proračuna

⁶¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, prilagođeni podaci preuzeti s mrežnog mjesta.

iznose manje od 20 posto ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu koje HZZO financira sredstvima prikupljenim iz doprinosa za zdravstveno osiguranje, a čak ni to nije uvijek plaćeno pravodobno (vidi tablicu u Prilogu 3.), što dodatno povećava oslanjanje na doprinose koje plaća radno sposobno odraslo stanovništvo čiji broj opada.

69. Na rashodovnoj strani za financijsku održivost ključni su sljedeći izazovi:

- Mehanizmi plaćanja kojima se utječe na ponašanje zdravstvenih ustanova i pacijenata radi povećanja učinkovitosti i optimizacije iskorištenosti zdravstvenih usluga ograničeni su, a racionalizacija prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja mogla bi predstavljati politički izazov. Dijagnostičko-terapijske skupine (DTS) uvedene su 2009. godine, ali sve donedavno su se uglavnom koristile za praćenje aktivnosti, a ne za potrebe planiranja proračuna. Iako bolnice u Hrvatskoj uglavnom rade na temelju globalnih proračuna u skladu sa svojim povijesnim troškovima, djelomično uvođenje plaćanja na temelju DTS-a u okviru globalnog proračuna mogao bi biti koristan alat za unaprjeđenje učinkovitosti, optimizaciju mreža pružatelja zdravstvenih usluga i planiranje ugovaranja usluga na temelju podataka. Najnovija nastojanja u cilju povezivanja dijela bolničkih proračuna s izvršenjem prema DTS-u obustavljena su ili smanjena. Rast izdataka za zdravstvo izazvan je i propisima koji bolnicama dopuštaju preuzimanje obveza za izdatke veće od planiranog proračuna.
- Ograničena je upotreba ciljanog sudjelovanja u plaćanju usluga (participacije) radi smanjenja iskorištenosti neopravdanih usluga. S obzirom na vrlo dobru pokrivenost i ograničeno sudjelovanje korisnika u plaćanju zdravstvenih usluga, većina pacijenata nije financijski potaknuta pripaziti na troškove pri traženju zdravstvenih usluga. Potrebne su dodatne analize, ali ograničeno dostupni podaci pokazuju veliku iskorištenost usluga hitne medicinske pomoći i primarne zdravstvene zaštite, od čega velik dio nije opravdan.
- Obveze zdravstvenog sektora gotovo u potpunosti proizlaze iz bolničkog sektora. Bez obzira na opetovana ulaganja u njihovo podmirenje, to je postalo pravilo ponašanja u sektoru zdravstva. Bolnice imaju dospjele nepodmirene obveze i u nekom trenutku očekuju financijsku sanaciju, a novoraspoređiva sredstva jedva omogućuju podmirenje dospjelih neplaćenih obveza čije plaćanje kasni godinu dana. Iako neispunjene obveze na teret sredstava iz državnog proračuna igraju ulogu u nastajanju dospjelih neplaćenih obveza bolnica, i drugi su čimbenici važni. Neslužbena procjena pokazuje da neispunjene obveze na teret sredstava iz državnog proračuna iznose oko 1,5 milijardi kuna godišnje, s oko 9 milijardi kuna u razdoblju od 2012. do 2017. Međutim, podaci u drugom poglavlju pokazuju daljnje nastajanje dospjelih neplaćenih obveza bez obzira na financijsku sanaciju vrijednu 8 milijardi kuna u tom razdoblju.
- Loš nadzor izdataka može se objasniti i nepovezanošću u upravljanju sustavom zdravstva. Primjerice, središnja država odgovorna je za obveze nastale u bolnicama u županijskom vlasništvu, ali ima vrlo malo utjecaja na njihove odluke o zapošljavanju i nabavi.
- Iako posebne mjere, uključujući mehanizme plaćanja, mogu unaprijediti neučinkovitosti i obuzdati troškove, njihov će učinak biti ograničen ako ne budu dio holističkog višedimenzionalnog pristupa zdravstvenom sustavu. U Hrvatskoj će biti teško ostvariti smanjenja neučinkovitosti i obuzdati troškove ako u mjerama koje će se poduzeti za zdravstveni sustav ne bude sudjelovao veći broj aktivnih (postojećih) dionika. Poduzimanje koordiniranih mjera za zdravstveni sustav u Hrvatskoj predstavlja izazov. Primjerice, očekuje se da će plaćanja na temelju DTS-a (u nadležnosti HZZO-a) biti poticajno za ponašanje zdravstvenih ustanova i omogućiti im smanjenje troškova i povećanje ušteda. Međutim, ako bolnice imaju ograničene načine na koje mogu upotrijebiti uštede ili optimizirati broj

zaposlenika (u nadležnosti Ministarstva zdravstva i županija), planirani će utjecaj provedbe DTS-a u zdravstvenom sustavu biti ograničen.

- Sustav primarne zdravstvene zaštite razmjerno je nedovoljno financiran, iako ima važnu ulogu kao odstupnica (engl. *gatekeeping*) u zdravstvenom sustavu, i stoga u obuzdavanju troškova, ali osim toga jača i dobro opremljena primarna zdravstvena zaštita bolje će moći obuzdati troškove unaprjeđenjem kvalitete zdravstvene zaštite i pružanjem šireg spektra usluga u okruženju s razmjerno niskim troškovima.
- Zabilježeno je da su izdaci za lijekove i medicinske proizvode najviše odgovorni za dospjele neplaćene obveze bolnica. Sve više rastu i izdaci za skupe lijekove, daleko brže od gospodarskog rasta i rasta izdataka za zdravstvo. Procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj u naprednoj je razvojnoj fazi, međutim, potrebna su veća nastojanja kako bi ta procjena postala sastavni dio procesa donošenja odluka o kupnji i nabavi zdravstvene tehnologije.⁶²
- Postojeći mehanizmi plaćanja često su razvijeni za poticanje veće iskorištenosti usluga, a ne kvalitete zdravstvene zaštite ili učinka zdravstvenih ustanova. Minimalan broj obavljenih usluga potreban na godišnjoj razini ne upotrebljava se za unaprjeđenje kvalitete ili učinkovitosti.

3.1.2 Usluge zdravstvene zaštite nisu prilagođene današnjim zdravstvenim izazovima

70. Vrsta i pružanje usluga nisu u skladu s novim obrascima bolesti, promjenama u očekivanjima pacijenata i tehnologijom. Primjerice, ako se današnji demografski trendovi i kretanja stanovništva u Hrvatskoj nastave, doći će do smanjene potrebe za zdravstvenom zaštitom djece i povećane potrebe za dugotrajnom skrbi. Dostupni podaci pokazuju i razmjerno niske stope zauzetosti kreveta za djecu i u općim i u specijalnim bolnicama (67 posto i 64 posto 2017.), a istovremeno postoji neispunjena potražnja za krevetima za dugotrajno liječenje. Međutim, u postojećem sustavu pružanja bolničkih usluga primjenjuju se strogi propisi koji ne ostavljaju mjesta za brzu samoprilagodbu promjenama potreba na razini zdravstvenih ustanova. Primjerice, u dokumentu namijenjenom za planiranje „Mreže javne zdravstvene službe“ broj je kreveta utvrđen prema grani specijalnosti i broju zaposlenika, na temelju kojeg HZZO obavlja ugovaranje. Bolnicama nisu plaćene usluge koje nisu u ugovorenom opsegu usluga. I Ministarstvo zdravstva ima ograničenu ulogu u planiranju cjelokupnog bolničkog sustava, s obzirom na to da su opće bolnice u vlasništvu županija. Primjerice, povezivanje i okrupnjavanje bolnica radi unaprjeđenja učinkovitosti i kvalitete može ići u korist bolničkim uslugama za dječje bolesti u Zagrebu jer Zagreb ima 4 samostalne bolnice za dječje bolesti i 3 bolnice s odjelima za pedijatriju. Planovi za okrupnjavanje zdravstvene zaštite za djecu u manji broj modernih bolnica ima široku podršku, ali osim Zagreba, mnoge županije neće biti voljne pristati na okrupnjavanje ako to bude značilo gubitak radne snage ili lokalnih usluga. Nema redovitog prepoznavanja najboljih svjetskih praksi pružanja usluga, kao ni njihova usvajanja i širenja.

71. Nema pomaka od pružanja epizodnih zdravstvenih usluga za akutna stanja prema kontinuiranoj cjelovitoj zdravstvenoj zaštiti za složena kronična stanja. Iako postoje određene mjere u cilju unaprjeđenja sekundarne prevencije kroničnih stanja (tj. preventivni paneli), metrika mjerenja i poticanja kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite ograničena je čak i u primarnoj

⁶² Huic M, Tandara Hacek R, Svajger I. HTA in Central, Eastern, and South European countries: Croatia. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017; 33(3): 376–383.

zdravstvenoj zaštiti. Provedba okvira proširenja ovlasti medicinskih sestara u koordinaciji dijela liječenja, kao dobra polazna platforma za provedbu raznih programa zbrinjavanja bolesti, djelomice je obustavljena. Iako dokazi o ekonomičnosti programa zbrinjavanja kroničnih bolesti nisu konačni, pokazalo se da unaprjeđuju učinkovitost i zdravstvene ishode za neka kronična stanja s velikim teretom bolesti.⁶³ Preventivne aktivnosti i aktivnosti promicanja zdravlja nisu integrirane s isporukom kontinuirane zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvene djelatnosti, a ograničeno je i sustavno planiranje zdravstvene zaštite nakon boravka u bolnici.

72. Nije uspostavljen sustav metodološkog planiranja, provedbe, procjene i prilagodavanja financijskih i nefinancijskih instrumenata kao poticaja za promjenu ponašanje zdravstvenih ustanova i pacijenata. Primjerice, zabilježeno je povećanje broja preventivnih posjeta za oko 250 posto u razdoblju od jedne godine i za oko sedam puta u razdoblju od dvije godine nakon uvođenja novčanih poticaja.⁶⁴ To izaziva zabrinutost o kvaliteti izvještavanja i činjenici da pružatelji zdravstvenih usluga naglasak stavljaju na usluge koje su im plaćene na štetu onih koje nisu. No poduzete su neke mjere sustavne analize utvrđivanja naglog porasta broja preventivnih posjeta i uvođenja određenih prilagodbi u mehanizmima plaćanja ili izvještavanja.

73. Nema dovoljno sustavnih analiza nedovoljne ili prekomjerne uporabe usluga radi utvrđivanja odgovarajućih razina iskorištenosti i planiranja daljnjih mjera. Nedovoljna iskorištenost usluga dovodi do neučinkovitosti u sustavu, a prekomjerna iskorištenost ograničava učinkovitost jer negativno utječe na kvalitetu zdravstvene zaštite i moral zaposlenika. Primjerice u primarnoj zdravstvenoj primjerice došlo je do značajnog porasta (50 posto) iskorištenosti usluga od 2009. do 2012. godine. Potrebno je dobiti više informacija radi utvrđivanja je li razlog tomu izvještavanje, nedovoljan učinak u prijašnjem razdoblju ili neki drugi čimbenici. U hitnim medicinskim službama zabilježene su visoke razine neopravdane zdravstvene zaštite, no smanjenje iskorištenosti tih službi bez utvrđivanja i rješavanja temeljnih uzroka (kao što su unaprjeđenje praktičnosti i kvalitete primarne zdravstvene zaštite ili smanjenje vremena čekanja) neće pozitivno utjecati na dostupnost zdravstvene zaštite. Pri planiranju kapaciteta bolničkih kreveta treba razmotriti promjene potražnje pri planiranju smanjenja, no pri dodavanju novih kreveta istovremeno treba imati na umu da je „postavljen krevet popunjen krevet“.⁶⁵ Ograničena upotreba kliničkih smjernica i protokola pridonosi razlikama u uporabi zdravstvene zaštite.

74. Broj zdravstvenih djelatnika nije dovoljno prilagođen za svladavanje današnjih zdravstvenih izazova. Iako je u proteklih dvadeset godina došlo do porasta broja liječnika po broju stanovnika,⁶⁶ i dalje ih nema dovoljno, posebice u ruralnim područjima i posebnim granama specijalnosti kao što su primarna zdravstvena zaštita, psihijatrija, pedijatrija, porodništvo i ginekologija, školska i adolescentska medicina i druge grane specijalnosti zdravstvenih djelatnika koji rade u javnim zdravstvenim ustanovama. Nastojanja poduzeta za rješavanje izazova u pogledu broja zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj često su silosnog tipa jer se u obzir uzima ograničen broj zanimanja i rješenja, a ne sveobuhvatan pristup planiranju. Hrvatska nema detaljnu nacionalnu strategiju za rješavanje pitanja radne snage koja na sveobuhvatan način pristupa planiranju i rješavanju sve većih problema s radnom

⁶³ Hisashige, A., „The effectiveness and efficiency of disease management programs for patients with chronic diseases.“ *Global journal of health science*, 2012. 5(2): str. 27–48.

⁶⁴ Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F., Pezelj-Duliba, D. 2018. „Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care“. *Universal Health Care Coverage Series 29*, World Bank Group, Washington, DC.

⁶⁵ Roemerovo pravilo.

⁶⁶ WHO Health for All database.

snagom, a novi pristupi kao što su promjene u „mješavini kompetencija“ radne snage (omjer između medicinskih sestara i liječnika), transfer kompetencija, preoblikovanje medicinske izobrazbe i upotreba tehnologija radi ublažavanja učinaka manjka radne snage⁶⁷ u ograničenoj su primjeni.

75. Potpuna integracija zdravstvene zaštite na svim njezinim razinama i dalje predstavlja izazov, iako primarna zdravstvena zaštita ima ulogu odstupnice (engl. *gatekeeping*), a protok se informacija poboljšao. Različiti pružatelji zdravstvenih usluga u sustavu (bolnice, LOM-ovi, hitne medicinske službe, javne zdravstvene ustanove itd.) i dalje rade u vlastitim silosima bez mehanizama sustavne koordinacije i združenih poticaja za zajedničko unaprjeđenje zdravlja stanovništva. Otežano je praćenje i zbrinjavanje pacijenata koji su u različitim zdravstvenim ustanovama i u kontinuumu zdravstvene zaštite kroz postojeći zdravstveni informacijski sustav te nema dovoljno struktura, procesa i poticaja za pružatelje usluga da bi se tomu posvetili. Iako postoji obilje informacija prikupljenih u različitim dijelovima sustava, zbog informacijskih sustava koji nisu integrirani između pružatelja usluga primarne zdravstvene zaštite i bolnica, kao i raznih platformi (tj. e-naručivanje, e-uputnica i e-nalazi), LOM-ovi i drugi zdravstveni djelatnici ne mogu na učinkovit način pratiti zdravstvenu zaštitu koju pacijenti dobivaju u čitavom zdravstvenom sustavu. Primjerice, liječnicima često nedostaju informacije o tome jesu li pacijenti iskoristili uputnicu, o vrsti zdravstvene zaštite koju su bolesnici dobili od drugih pružatelja zdravstvenih usluga i ishodima liječenja. Osim integriranja zdravstvenog sustava, nema ni dovoljne međusektorske suradnje između zdravstvenih i socijalnih službi te službi za odgoj i obrazovanje u pogledu problema javnog zdravlja i poduzetih mjera. Neki javnozdravstveni programi, kao što su programi za mentalno zdravlje, podizanje svijesti djece o oralnoj higijeni, smanjenje pušenja, konzumacije alkohola, smanjenje pretilosti i promicanje cijepljenja, mogu imati značajne koristi od međusektorske suradnje.

76. Privatni sektor trenutačno ima malen udio u pružanju usluga, no ima potencijala više doprinijeti u odabranim područjima kao što su dugotrajna skrb i rehabilitacija. Međutim, neće biti lako izjednačiti prilike za javni i privatni sektor, što je moguće primjerice uvođenjem veće dostupnosti javnih fondova, okvira izvještavanja i odgovornosti.

77. Bez obzira na obilje elektroničkih zdravstvenih podataka i ljudske kapacitete u sustavu, još uvijek nema dovoljno analitičkih podloga za donošenje odluka pri rješavanju različitih zdravstvenih problema. Zbog naprednog zdravstvenog sustava, daljnja unaprjeđenja u Hrvatskoj moraju biti temeljena na jakim analitičkim podlogama. Primjerice, učinkovitost se može unaprijediti fleksibilnim mehanizmima dodjeljivanja bolničkih kreveta u bolničkom sektoru⁶⁸ ili upotrebom napredne podatkovne analitike za predviđanje i oblikovanje potražnje za uslugama, no to zahtijeva temeljitije analize. Još su neki primjeri navedenih analiza i upotreba inovativnih pristupa kao što je transfer kompetencija, kontinuirani profesionalni razvoj i telemedicina radi rješavanja manjka zdravstvenih djelatnika i neusklađenosti vještina u Hrvatskoj.

⁶⁷ OECD (2016), „Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places“, *OECD Health Policy Studies*.

⁶⁸ Bekker, R., G. Koole, and D. Roubos, „Flexible bed allocations for hospital wards“. *Health care management science*, 2017. 20(4): str. 453–466.

3.1.3 Mehanizmi mjerenja i kontinuiranog unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite nisu dobro razvijeni

78. Hrvatskoj nedostaje sveobuhvatna strategija unaprjeđenja kvalitete s akcijskim planom i definiranim prioritetima, ulogama/odgovornostima i pokazateljima učinka. Trenutačno se mjerenjem kvalitete i aktivnostima unaprjeđenja⁶⁹ u Hrvatskoj bave različiti dionici, a mjerenje kvalitete i daljnje mjere ovise o njihovim organizacijskim prioritetima i ciljevima. Za rješavanje nedostatne kvalitete i održivo unaprjeđenje kvalitete na svim razinama zdravstvene zaštite potreban je holistički pristup unaprjeđenju kvalitete na razini sustava. Ključni se izazovi za izgradnju održivog okvira unaprjeđenja kvalitete u Hrvatskoj mogu riješiti daljnjim jačanjem strategije i upravljanja kvalitetom na nacionalnoj razini, kao i kontinuiranim mjerenjem kvalitete i boljom usklađenošću mjera za unaprjeđenje kvalitete s najboljim praksama.

79. Odjel Ministarstva zdravstva za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, kao i odjel za procjenu zdravstvenih tehnologija (ranije poznat kao AAZ), imaju ograničenu ulogu u upravljanju kvalitetom zdravstvene zaštite, zbog velikog broja neovisnih dionika. Tomu je djelomice tako zbog manjka pravnog okvira i mehanizama koji bi osigurali njihovu koordinaciju i vodeću ulogu u kvaliteti sustava. Primjerice, elementi koji su važni za nacionalni sustav unaprjeđenja kvalitete u Hrvatskoj jesu kontinuirani profesionalni razvoj, programi plaćanja usluga prema učinku, razvoj kliničkih smjernica, procjena zdravstvenih tehnologija i mjerenje kvalitete, no odjeli koje se bave kvalitetom i procjenom zdravstvenih tehnologija imaju ograničenu regulatornu ulogu i prostor u koordinaciji i upravljanju kvalitetom različitih elemenata u sustavu. Iako je Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite uspostavljen kontekst nacionalnog upravljanja kvalitetom, potrebno je razviti detaljne mehanizme upravljanja i koordinacije radi unaprjeđenja kvalitete.

80. Obilni elektronički zdravstveni podaci na pojedinačnim razinama koji se redovito prikupljaju u sustavu nisu učinkovito iskorišteni za praćenje i unaprjeđenje kvalitete. Tomu je djelomice tako zato što su postojeći informacijski sustavi oblikovani za različite potrebe, kao što je olakšavanje rada zdravstvenog osiguranja, laboratorija i e-recepta. Preoblikovanje IT sustava radi prikupljanja informacija o kvaliteti zahtijeva temeljit uvid u ono što je dostupno i u kojem obliku te kako se to može iskoristiti za unaprjeđenje kvalitete, uključujući novonastala kritična područja za kvalitetu zdravstvene zaštite (npr. iskustvo i sigurnost pacijenata). Osim toga, postojeći IT sustavi na različitim razinama zdravstvene zaštite (tj. primarna i bolnička) nisu povezani i ne mogu poslužiti kao podloga za nastojanja koja će se poduzeti za unaprjeđenje kvalitete, a koja će obuhvatiti nekoliko razina zdravstvene zaštite. I naposljetku, možda će biti potrebno uvesti dodatne procese i postupke radi osiguravanja usklađenosti sustava s Općom uredbom EU-a o zaštiti podataka, u skladu s kojom zemlje moraju dobiti privolu bolesnika za upotrebu podataka u druge svrhe osim onih kojima su prvotno bili namijenjeni.

81. Mehanizmi i procesi sustavnog vrednovanja kvalitete i cjelovitost prikupljenih podataka, kao i korektivne mjere, nisu dovoljno jasno opisani i provedeni. Neki su postojeći podaci ograničeno iskoristivi bez obzira na sve resurse uložene u infrastrukturu i prikupljanje podataka. Primjerice, izvješća o podacima s bolničkih lista čekanja nisu uvijek dovoljno točna i ažurna za ocjenjivanje pravodobnosti kao dijela kvalitete i uvođenje korektivnih mjera.

82. Pacijenti nisu redovito uključeni u donošenje odluka o njihovu liječenju i problematiku zdravstvenog zbrinjavanja. Postoji nekoliko pilot-projekata za bilježenje ishoda i iskustava s

⁶⁹ Dionici uključeni u unaprjeđenje kvalitete su Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, medicinski fakulteti, liječnička profesionalna udruženja i Hrvatska liječnička komora.

liječenjem iz perspektive pacijenata, no oni nisu postali sastavni dio sustava na temelju kojeg će se redovito izvještavati politika i donositelji odluka.

83. Postojeće mjere unaprjeđenja kvalitete na nacionalnoj razini zahtijevaju strukturirani pristup i moraju biti bolje usklađene s najboljim svjetskim praksama. Postoji potreba za sustavnom procjenom postojećih mjera unaprjeđenja i utvrđivanjem najboljih svjetskih praksi radi njihove lokalne primjene i širenja. Primjerice, aktivnosti kontinuiranog profesionalnog razvoja u okviru sustava obnavljanja liječničke licence nisu oblikovane za potrebe smanjenja razlika u ishodima učenja. S obzirom na to da gotovo svi liječnici imaju dobro znanje engleskog jezika, razlike u znanju i kompetentnosti mogu se smanjiti učinkovitom upotrebom međunarodno recenziranih platformi za e-učenje (kao što su: BMJ Learning, Medscape, UpToDate) i poticanjem uspostavljanja centara izvrsnosti.

3.1.4 Hrvatska ima ograničene institucionalne kapacitete za provedbu, praćenje i vrednovanje ambiciozne reforme

84. Ograničeni institucionalni kapaciteti doveli su do spore provedbe ključnih reformi. Primjerice, centralizirana nabava lijekova, potrepština i medicinskih proizvoda – iako Ministarstvo zdravstva ima dokaze o potencijalnom ekonomskom utjecaju, njezina je posvemašnja provedba bila otežana. S obzirom na složeno političko okruženje, jer je više dionika uključeno u proces donošenja odluka, postoje izazovi za uspostavljanje potpune suradnje između svih dionika i ubrzavanja procesa zaključivanja okvirnih ugovora, posebice za bolnice koje su u vlasništvu županija. Bez obzira na kompleksnost, u protekle je dvije godine ostvaren dobar napredak u centraliziranoj nabavi i danas se oko 30 posto lijekova i potrepština nabavlja na taj način. Funkcionalna integracija bolnica i reforme namijenjene podmirivanju dospjelih neplaćenih obveza bolnica spore su zbog slabe motivacije bolničkog rukovodstva i ograničenja s kojima se suočilo Ministarstvo zdravstva pri potpunom razvoju i provođenju izvedivih politika.

85. Praćenje i vrednovanje pokrenutih reformi, koje bi poslužilo kao podloga za buduće reforme, nije sustavno. Podaci i dokazi ne upotrebljavaju se redovito kao podloga za oblikovanje i provedbu reformi, kao ni kontinuirane korekcije smjerova djelovanja. Manjak zdravstvenih djelatnika i velike stope njihove fluktuacije utječu na institucionalno pamćenje i kapacitete za provedbu ambicioznih planova reformi.

3.2 Razvojni potencijali

U ovom poglavlju definirane su prednosti hrvatskog zdravstvenog sustava. Kao odgovor na prethodno navedene izazove u zdravstvu, te se prednosti odnose na ključne ustanove, politike i prakse koje predstavljaju temelje mogućeg daljnjeg razvoja u Hrvatskoj.

3.2.1 3.2.1 Jačanje zdravstvenog sustava prepoznato je kao nacionalni prioritet

86. Vlada RH mnogo godina nastoji uvesti reforme sektora zdravstva i prepoznala je mnoge prethodno navedene izazove. Primjerice, u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. utvrđeni su strateški izazovi i prioritetne reforme sektora zdravstva, uključujući sljedeće: (a) slaba povezanost i manjkav kontinuitet zdravstvene zaštite na svim razinama (primarna, sekundarna i tercijarna) zdravstvenog sustava; (b) neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite; (c) nedovoljna učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava; (d) slaba ili neujednačena dostupnost

zdravstvene zaštite u regijama i (e) razmjerno slabi pokazatelji zdravlja, posebice oni povezani s čimbenicima rizika i zdravstvenim ponašanjem.

87. Nacionalnom strategijom definirano je osam glavnih prioriteta koji su vrlo slični izazovima i budućim razvojnim pravcima utvrđenima u ovoj analitičkoj podlozi:

- razvoj informatizacije i eZdravstva
- jačanje i bolje raspolaganje ljudskim resursima u zdravstvu
- jačanje upravljačkih kapaciteta u zdravstvu
- reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova
- poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti
- jačanje preventivnih aktivnosti
- očuvanje financijske stabilnosti zdravstva
- suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini.

88. Proveden je niz uspješnih reformi pružanja usluga koje su dovele do smanjenja broja bolničkih kreveta za liječenje akutnih stanja od 2014. godina, razvoja master-plana bolnica i nacionalnog plana razvoja bolnica i povećane učinkovitosti dogovorenih (elektivnih) operacija u ambulantnom okruženju. Značajno je porastao kapacitet zdravstvenog sustava za provođenje vrlo složenih kirurških postupaka i intervencija (kao što je transplantacija organa). U Hrvatskoj je 2018. godine izvedeno oko 41 transplantacija organa na milijun stanovnika. Osim toga, nedavno je stupio na snagu Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, naglašavajući važnost koju Vlada RH i Sabor pridaju tom pitanju. Glavni su temelji za unaprjeđenje kvalitete u Hrvatskoj već izgrađeni, kao što je upravljačko tijelo, kontinuirano prikupljanje kliničkih podataka i odabrane mjere unaprjeđenja kvalitete (kao što su tehničke revizije kvalitete bolničke zdravstvene zaštite) i sada je pravi trenutak za nadgradnju ostvarenog napretka i podizanje reforme pružanja usluga i kvalitete zdravstvene zaštite na sljedeću razinu.

89. Hrvatska radi na uspostavljanju održivog i obveznog nacionalnog procesa procjene zdravstvenih tehnologija i jačanju kapaciteta za nacionalne i međunarodne aktivnosti procjene zdravstvenih tehnologija kroz tri Zajedničke akcije Mreže za procjenu zdravstvenih tehnologija EU-a (EU-netHTA Joint Actions).⁷⁰ Cilj je te mreže osigurati informacije o pokrivenosti i dati podloge za odluke o dezinvestiranju na nacionalnoj razini te izraditi zajednička klinička izvješća o procjeni zdravstvenih tehnologija (izvješća o procjeni relativne djelotvornosti) među državama članicama nakon 2020. godine, u skladu s novopredloženom Uredbom.⁷¹

90. Već postoje neki primjeri programa u kojima je primijenjen višedimenzionalni pristup rješavanju tih izazova. Primjerice, u svim je hrvatskim županijama pokrenut nacionalni program za promicanje zdravlja „Živjeti zdravo“, u kojem se primjenjuje sveobuhvatan sustavan pristup zdravstvenom obrazovanju, podizanju svijesti o zdravlju i fizičkoj aktivnosti, zdravlju i prehrani, zdravlju i radnom mjestu te zdravlju i okolišu.

91. Hrvatska je aktivna sudionica europskog projekta SELFIE⁷² u sklopu financiranja kroz Obzor 2020., koji se odnosi na integrirane modele skrbi za pacijente oboljele od kroničnih bolesti

⁷⁰ Guegan EW, Huić M, Teljeur C. EUnetHTA: further steps towards European cooperation on health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2014 Nov; 30(5): str. 475–7.

⁷¹ Prijedlog uredbe Europskog parlamenta i Vijeća o procjeni zdravstvenih tehnologija i izmjeni Direktive 2011/24/EU, 2018.

⁷² <https://www.selfie2020.eu>.

s višestrukim morbiditetom – u okviru kojeg provodi dva primarna istraživačka projekta o dvama hrvatskim modelima integrirane skrbi – palijativnoj skrbi i GeroS. Cilj je projekta SELFIE unaprijediti skrb o pacijentima s višestrukim morbiditetom primjenom pristupa usmjerenog na pacijenta, predlaganjem ekonomski održivih, integriranih modela skrbi temeljenih na dokazima koji potiču suradnju između sektora zdravstva i socijalne skrbi. Cilj mu je i predložiti odgovarajuće programe financiranja/plaćanja koji podržavaju uvođenje navedenih modela. Hrvatski zavod za javno zdravstvo aktivno je uključen u nekoliko Zajedničkih akcija na razini EU-a kojima se uspostavlja interoperabilnost zdravstva u raznim poljima javnog zdravstva (npr. PARENT JA – inicijativa za uspostavljanje interoperabilnog registra pacijenata, InfAct – Zajedničko djelovanje za zdravstvene informacije i EU-JAV – Zajedničko djelovanje za imunizaciju).

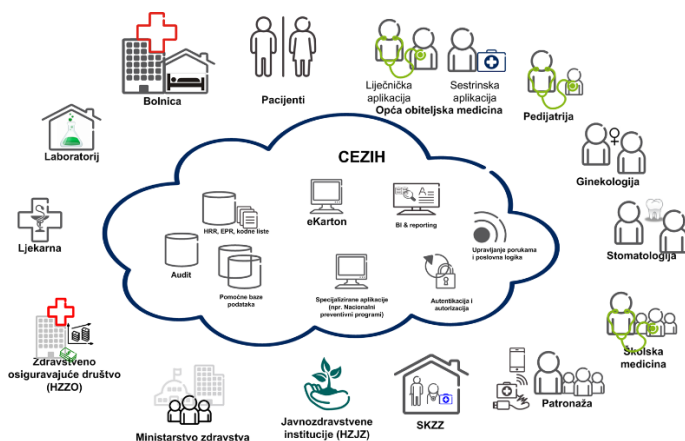
3.2.2 Digitalizacija je dobro uspostavljena i njezino se napredovanje nastavlja u cijelom sustavu zdravstvene zaštite

92. Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske (CEZIH) kojim upravlja HZZO integralno je izgrađen sustav za standardiziranu razmjenu zdravstvenih podataka i informacija za podržavanje djelotvorne provedbe primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite, koji trenutačno povezuje i nadzire sve rubne informacijske sustave u ordinacijama liječnika primarne zdravstvene zaštite, ljekarnama i biokemijskim laboratorijima, kao i informacijske sustave bolnica u dijelu centraliziranog naručivanja specijalističko-konzilijarnih i dijagnostičkih pretraga. CEZIH podržava rad procesa u javnom zdravstvu, provedbu posebnih programa zdravstvene zaštite i pomaže u spajanju drugih informacijskih sustava u zdravstvenoj zaštiti. Taj sustav obuhvaća i izdavanje digitalnih certifikata korisnicima CEZIH-a, podsustavima i aplikacijama, temeljen na kriptografiji javnog ključa.

93. Prikaz eZdravstva u Hrvatskoj u nastavku teksta pokazuje da taj sustav pokriva sve razine i funkcije zdravstvene zaštite:

Grane specijalnosti i dobavljači:

- 2.300+ ordinacije LOM-ova (8 različitih dobavljača)
- 280+ pedijatrijske ordinacije (8 različitih dobavljača)
- 270+ ginekološke ordinacije (8 različitih dobavljača)
- 150+ ordinacije školske medicine (1 dobavljač)
- 1.900+ stomatološke ordinacije (7 dobavljača)
- 1.300+ ljekarni (4 dobavljača)
- 120+ biokemijskih laboratorija (5 dobavljača)
- 1.000+ specijalističkih ordinacija (16 dobavljača)
- 63 bolnice (14 dobavljača)



94. Jedan je od najvažnijih nacionalnih projekata uvođenje elektroničkog zdravstvenog zapisa (e-karton). Radi se o središnjem elektroničkom zdravstvenom zapisu (ili konsolidiranom i strukturiranom nizu osobnih zdravstvenih podataka pacijenata prikupljenih i dijelom pohranjenih u CEZIH-u) kojemu na temelju autorizacije mogu pristupiti samo zdravstveni djelatnici uključeni u liječenje pacijenta i uz

suglasnost pacijenta. Cilj je stoga razviti sustav u kojem će biti smanjeno udvostručavanje dijagnostičkih pretraga i komplikacija povezanih s polipragmazijom. Još je jedan važan element e-kartona pomoći pacijentima u snalaženju u kompliciranom sustavu zdravstvene zaštite.

95. Osim toga, putem portala e-Građani u Hrvatskoj, pacijenti mogu dobiti opširne informacije o svojoj zdravstvenoj zaštiti, kao što su: odabrani liječnik (LOM, ginekolog, pedijatar, stomatolog), početak bolovanja, izdani lijekovi, najava termina dogovorenih postupaka u bolnicama, dijagnostički nalazi laboratorija itd. Pacijenti imaju i pristup portalu za zdravstvo, na kojem mogu upravljati funkcijama sigurnosti (dati dopuštenje odabranom liječniku za pristup elektroničkom zdravstvenom zapisu u CEZIH-u i veze s drugim zemljama EU-a), kao i vidjeti tko je gledao njihove podatke u elektroničkom zdravstvenom zapisu.

96. Početkom 2019. godine donesen je novi Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu namijenjen unaprjeđenju upotrebe semantičkih i procesnih standarda u hrvatskom eZdravstvu, području primjene zaštite osobnih podataka u zdravstvenoj zaštiti izmjenom i dopunom zakonskih propisa o prikupljanju, pohrani, upravljanju, rukovanju i zaštiti podataka iz zdravstvenih kartona pacijenata u CEZIH-u. Zakonom se predviđa i uspostavljanje središnjeg tijela za eZdravstvo, koje će se osnovati unutar Ministarstva zdravstva, s ulogom donošenja strateških odluka i financiranja projekata eZdravstva na državnoj razini. Jedan će od glavnih resursa za provedbu standarda biti Hrvatski zdravstveno informacijski katalog procesa i semantičkih standarda (svojevrsan metaregistar) koji će omogućiti interoperabilnost na tehničkoj, semantičkoj, procesnoj i organizacijskoj razini zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

3.2.3 Hrvatska ima jaku osnovu primarne zdravstvene zaštite na kojoj treba graditi daljnji razvoj

97. Sektor primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj dobro je organiziran i pokriva širok raspon zdravstvenih potreba stanovnika. Osim što pružaju izravnu zdravstvenu zaštitu, liječnici primarne zdravstvene zaštite odgovorni su za propisivanje lijekova, upućivanje pacijenata u sekundarnu zdravstvenu zaštitu i odobravanje bolovanja. Osim toga, primarna je zdravstvena zaštita i općenito priznata kao jedan od temelja zdravstvene zaštite kojim se osigurava kontinuitet i integracija zdravstvene zaštite osoba sa složenim potrebama za zdravstvenom zaštitom. Preventivna zdravstvena zaštita još je jedan primjer kako primarna zdravstvena zaštita pomaže u pružanju zdravstvene zaštite usmjerene na pacijenta i ostvarenju nacionalnih prioriteta kao što je Nacionalni program prevencije.

98. I mehanizmi ugovaranja i nabave oblikovani su za poticanje učinka i u akutnoj i u preventivnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Od 2013. godine, primjerice, proveden je niz aktivnosti namijenjenih učinkovitosti, kvaliteti i dostupnosti usluga, s glavnim naglaskom na preventivnim aktivnostima i unaprjeđenju zbrinjavanja nezazarnih bolesti.⁷³ Točnije, plaćanja usluga po izvršenju (engl. *fee-for-services*) porasla su za 30 posto jer se glavarina smanjila, a učinak je dodatno praćen i vrednovan pokazateljima uspješnosti i kvalitete (engl. KPI i QI). Omogućena su i dodatna plaćanja za takozvani model ordinacije s „pet zvjezdica“.

99. Hrvatska ima dobru razinu digitalizacije primarne zdravstvene zaštite. Sve su ordinacije povezane s Centralnim integriranim zdravstvenim informacijskim sustavom (CEZIH) kojim upravlja HZZO i u stvarnom vremenu razmjenjuju informacije kroz različite usluge kao što su e-recept, e-

naručivanje i e-nalazi. IT sustavi pokrivaju većinu poslovnih procesa, s dobrom razinom zaštite podataka. Međutim, podaci dostupni na razini primarne zdravstvene zaštite nisu uvijek dostupni drugim dionicima u sektoru zdravstva kao što su bolnice, zavodi za javno zdravstvo, pa čak ni Ministarstvu zdravstva.

4 Ključne preporuke

100. U ovom poglavlju dane su ključne preporuke za unaprjeđenje financijske održivosti, pružanje usluga, kvalitete zdravstvene zaštite i institucionalnih kapaciteta u zdravstvenom sustavu. U svim preporukama definirani su nedostatni podaci ili analize koje je potrebno provesti i ističe se važnost provođenja pilot-projekata i prilagođavanja provedbe radi ispunjenja lokalnih potreba na najbolji mogući način.

4.1 Osigurati financijsku održivost zdravstvenog sustava, uzimajući u obzir i prihode i rashode

101. **Problem:** Postojeći su mehanizmi rizični za srednjoročnu i dugoročnu financijsku održivost jer je prostor za rast prihoda ograničen i nastaju povećani izdaci za zdravstvo zbog promjena u potrebama za zdravstvenom zaštitom, očekivanja javnosti i tehnologije. Osim navedenih pritisaka, tu su i neučinkovitosti sustava.

102. **Pristup:** Ključno je primijeniti sveobuhvatan pristup proučavanju i prihodovne i rashodovne strane sustava zdravstvene zaštite te jakim analitičkim podlogama potkrijepiti svaku promjenu u izvorima financiranja zdravstvenog sustava, kao i provesti procjenu utjecaja radi omogućavanja učenja, korekcije smjera i osiguravanja održivosti reformi. Naposljetku, sva nastojanja treba udružiti s nastojanjima u drugim područjima kao što su pružanje usluga zdravstvene zaštite, kvaliteta zdravstvene zaštite i upravljanje.

103. Potrebne mjere

Kratkoročne mjere:

- provesti sveobuhvatnu analizu modela zahtjeva za financiranjem u okviru različitih scenarija, uključujući promjene u potrebama za zdravstvenom zaštitom, očekivanjima i tehnologiji i na temelju toga izraditi plan provedbe kojim će se osigurati dostupnost odgovarajućih sredstava i/ili, gdje je moguće, ušteda
- razmotriti postojeće politike prikupljanja prihoda i proučiti alternativne izvore prihoda, kao što je povećavanje izdataka za zdravstvo iz općeg poreza ili namjenskih poreza, kao i pregledati državne obveze radi osiguravanja pravodobnog ispunjenja preuzetih fiskalnih obveza u sektoru zdravstva
- provesti analitičku studiju i izračunati troškove glavnih neučinkovitosti u sustavu zdravstva (tj. broju zaposlenika, pružanju bolničkih usluga), predložiti rješenja i izraditi akcijski plan provedbe rješenja s procjenom utjecaja i neprestanim praćenjem; razmotriti raspodjelu sredstava između različitih razina zdravstvene zaštite i usluga radi utvrđivanja prioriternih ekonomičnih razina zdravstvene zaštite i usluga (tj. primarna zdravstvena zaštita, preventivne aktivnosti) i razina na kojima se mogu ostvariti uštede
- procijeniti postojeće mehanizme plaćanja za primarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu radi utvrđivanja održivosti, učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite te izraditi akcijski plan za prilagođavanje postojećih mehanizama plaćanja ili prema potrebi provesti pilot-projekte za nove mehanizme plaćanja, s procjenom utjecaja i kontinuiranim praćenjem. *Napomena: Jedno*

je prioritetno područje procjena DTS plaćanja i globalnih proračuna za bolnice u okviru postojeće političke ekonomije i zakonskih propisa te izrada akcijskog plana za unaprjeđenje očekivanih koristi za zdravstveni sustav. U širem okviru dostupnosti i troškova u obzir se može uzeti i upotreba ciljanog sudjelovanja u plaćanju (participacije) radi nadziranja neodgovarajuće uporabe usluga. Potrebno je utvrditi nepovezanost između različitih segmenata sustava koja je prepreka napretku i predložiti odgovarajuće korektivne mjere.

Srednjoročne i dugoročne mjere:

- razmotriti i provesti politike prikupljanja prihoda i plaćanja u skladu s fiskalnim projekcijama sektora zdravstva i nacionalnim razvojnim prioritetima
- kontinuirana provedba akcijskih planova radi rješavanja problema neučinkovitosti u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. *Napomena: Jedan je primjer mjere uvrstiti obveznu procjenu zdravstvenih tehnologija u naknadu troškova/pokrivenost, procese donošenja odluka o provedbi i dezinvestiranju pri kupnji i nabavi zdravstvenih tehnologija tako da ta procjena postane dio procesa na samom početku kupnje i nabave medicinskih proizvoda i ostalih zdravstvenih tehnologija na temelju vrijednosti i da se upotrebljava kao podloga za izradu i oblikovanje natječajnih specifikacija, kao i pregovora o ugovorima s dobavljačima.*

4.2 Modernizirati pružanje usluga kao odgovor na nadolazeće izazove

104. **Problem:** Aktualni zdravstveni sustav koji je usmjeren na bolnice, razmjerno nefleksibilan i rascjepkan, nije najbolji odgovor na današnje potrebe za zdravstvenom zaštitom: starenje stanovništva i povećanje zaraznih bolesti zahtijevaju bolji kontinuitet usluga primarne zdravstvene zaštite u blizini stanovanja koje će biti usmjerene na upravljanje rizicima, kontinuiranu zdravstvenu zaštitu i manje bolničkih usluga.

105. **Pristup:** Kao odgovor na nadolazeće izazove potrebna je snažna primarna zdravstvena zaštita usmjerena na prevenciju koja koordinira zdravstvenu zaštitu pacijenata na svim razinama zdravstvene zaštite, kao i agilni i moderni bolnički sustavi koji se mogu brzo prilagoditi novim potrebama za zdravstvenom zaštitom i usvojiti nove modele isporuka usluga radi pružanja učinkovite i kvalitetne zdravstvene zaštite te jaka analitika temeljena na podacima, kao podloga za donošenje odluka na kontinuiranoj osnovi.

106. Predložene mjere

Kratkoročne mjere:

- provesti sveobuhvatnu procjenu pružanja usluga na svim razinama zdravstvene zaštite, uključujući primarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu, hitnu medicinsku pomoć i dugotrajnu skrb te utvrditi nedostatke i buduće smjerove radi unaprjeđenja integracije zdravstvene zaštite, troškova, učinkovitosti, dostupnosti i kvalitete zdravstvenog sustava te na temelju nalaza te procjene izraditi plan provedbe
- za primarnu zdravstvenu zaštitu razmotriti mapiranje i procjenu preventivnih aktivnosti u širem okviru prevencije nezaraznih bolesti, kao i nadzor koji će u obzir uzeti upravljačke i koordinacijske uloge drugih ključnih agencija (npr. Zavoda za javno zdravstvo i HZZO-a). Potrebno je jasno definirati uloge i odgovornosti različitih razina zdravstvene zaštite (tj. primarne, općih i kliničkih bolnica) i uskladiti ih s kliničkim putevima radi smanjenja neučinkovitosti; razmotriti i mehanizme plaćanja, uključujući programe plaćanja po učinku

- definirati ključna obilježja koordinacijske uloge koju u zdravstvenoj zaštiti ima primarna zdravstvena zaštita zajedno s ključnim dionicima, uključujući pacijente; izraditi plan provedbe za jačanje te uloge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za određene nezarazne bolesti koje značajno opterećuju sustav, kao što su dijabetes, hipertenzija i depresija
- pronaći način za restrukturiranje bolničkog sektora, uzimajući u obzir različite modele (spajanje, funkcionalna integracija, preoblikovanje itd.) i procijeniti spremnost u skladu s preduvjetima za restrukturiranje (IT alati, ljudski potencijali, potrebne izmjene zakonskih propisa, mehanizmi plaćanja, klinički putevi, materijali za izobrazbu itd.); razviti plan provedbe na temelju tih nalaza i započeti provedbu na odabranim lokacijama. *Napomena: Za pedijatrijske usluge Grad Zagreb mogao bi biti pilot-grad u kojem će se pedijatrijske usluge nekoliko postojećih bolnica okrupniti u jednu modernu bolnicu.*
- definirati mogućnosti i provesti pilot-projekte radi daljnje integracije zdravstvenih informacijskih tehnologija u redovite procese pružanja usluga radi unaprjeđenja dostupnosti i kvalitete, kao i smanjenja troškova. *Napomena: Potencijalno su privlačna područja upotreba telekonzultacija, sustava za podršku kliničkim odlukama i mZdravstvo zbog tehnološkog napretka u Hrvatskoj i u sustavu zdravstva.*
- uspostaviti strukture, procese i postupke za izradu temeljitih analitičkih podloga, uključujući analize procjena utjecaja na redovitoj osnovi kao podloge za donošenje ključnih nacionalnih politika i odluka o pružanju usluga. *Napomena: Ta funkcija može biti osnovna funkcija postojećih struktura unutar Ministarstva zdravstva ili podređenih ustanova (Zavod za javno zdravstvo) sa za to namijenjenim zaposlenicima i resursima. Potrebno je uspostaviti procese i postupke za osiguravanje redovite isporuke ključnih izlaznih rezultata analitičkih podloga, kao i njihove isporuke na zahtjev.*
- jačati kapacitete Zavoda za javno zdravstvo i ostalih mjerodavnih tijela za izradu i provedbu programa i politika prevencije i promicanja zdravlja temeljenih na dokazima.

Srednjoročne i dugoročne mjere:

- izraditi procjenu utjecaja provedbenih aktivnosti za primarnu zdravstvenu zaštitu, hitnu medicinsku pomoć, liste čekanja i optimizaciju bolnica s pomoću novouspostavljenih struktura, procesa i postupaka
- na temelju iskustava provedenih pilot-projekata i rezultata procjene utjecaja proširiti optimizaciju bolnica i provesti druge pilot-projekte za pružanje usluga na nacionalnoj razini.

4.3 Jačati mjerenje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite

107. **Problem:** Više je dionika uključeno u aktivnosti unaprjeđenja kvalitete koje se provode *ad hoc* i obično izolirano. Nema dokumenata na nacionalnoj razini kojima se definiraju ciljevi, posebne aktivnosti, ključne uloge i dionici, mjere za ostvarenje učinka i mehanizmi utvrđivanja odgovornosti, a postojeće aktivnosti unaprjeđenja kvalitete potrebno je bolje uskladiti s najboljim svjetskim praksama.

108. **Pristup:** Temelji nacionalnog okvira unaprjeđenja kvalitete trebaju biti usmjereni na: a) uspostavljanje kontinuiranog prikupljanja i praćenja podataka o kvaliteti, b) usklađivanje mjera za unaprjeđenje kvalitete s najboljim svjetskim praksama, c) izgradnju kapaciteta za nacionalno upravljanje kvalitetom i d) provedbu pilot-projekata za nove mjere unaprjeđenja kvalitete radi uklanjanja nedostatne kvalitete u prioritetnim područjima (kardiovaskularne bolesti, dijabetes, karcinom).

109. Predložene mjere

Kratkoročne mjere:

- izraditi dokument kojim će se definirati strategija/politika, kao i plan provedbe s operativnom razinom detalja s odjelom zaduženim za unaprjeđenje kvalitete unutar Ministarstva zdravstva kao glavnim upravljačkim i koordinacijskim tijelom. U dokumentu treba definirati kratkoročnu i dugoročnu viziju, ciljeve i posebne mjere s utvrđenim rokovima potrebne za uspostavljanje holističkog okvira unaprjeđenja kvalitete u Hrvatskoj. Strategija će biti ključna za osiguravanje provođenja koordiniranih nastojanja u području unaprjeđenja kvalitete s jasnim detaljnim planom provedbe s ulogama dodijeljenim posebnim dionicima, mehanizmima koordinacije i utvrđivanja odgovornosti, kao i posebnim ciljevima s utvrđenim rokovima u skladu s kojima će se mjeriti djelotvornost nastojanja poduzetih u tom području
- provesti analitičke studije o tome kako preoblikovati postojeće zdravstvene informacijske tehnologije u Hrvatskoj za bolje: a) mjerenje, analizu i izvještavanje o podacima o kvaliteti, b) integriranje i poticanje koordinacije na različitim razinama zdravstvene zaštite, c) unaprjeđenje sudjelovanja liječnika s pomoću unaprijeđenog korisničkog sučelja i d) optimizaciju prikupljanja podataka od liječnika / njihove opterećenosti radi potrebe izvještavanja
- provesti analitički pregled postojećih mjera za unaprjeđenje kvalitete na nacionalnoj razini isticanjem prednosti i nedostataka, kao i predlaganjem detaljnog plana provedbe za njihovo bolje usklađivanje s najboljim praksama
- jačati metodologije rangiranja i uspoređivanja bolnica te osigurati da se ono provodi jednom godišnje, a o nalazima izvijestiti javnost
- provesti pilot-projekt za nove mjere unaprjeđenja kvalitete radi uklanjanja nedostatne kvalitete u prioritetnim područjima (npr. dijabetes, kardiovaskularne bolesti, karcinom)
- uspostaviti metodologiju, procese i postupke za redovito usvajanje međunarodnih kliničkih smjernica u lokalnom kontekstu
- uspostaviti procese i postupke za redovito prikupljanje, praćenje i izvještavanje o pokazateljima kvalitete zdravstvene zaštite
- jačati kapacitete za nacionalno upravljanje kvalitetom unutar Ministarstva zdravstva i HZZO-a
- jačati kapaciteta za unaprjeđenje kvalitete na nacionalnoj razini uključujući procjenu zdravstvenih tehnologija, kontinuirani profesionalni razvoj, plaćanje po učinku (izvršenim uslugama) i izvještavanje javnosti.

Srednjoročne mjere:

- kontinuirano podržavati jačanje upravljanja kvalitetom na nacionalnoj razini
- provesti odabrane mjere iz analitičkih studija za bolje usklađivanje postojećih mjera za unaprjeđenje kvalitete s najboljim praksama (npr. kontinuirani profesionalni razvoj, plaćanje po učinku (izvršenim uslugama), razvoj/prilagodba kliničkih smjernica, procjena zdravstvenih tehnologija)
- ažurirati postojeće zdravstvene informacijske tehnologije za bolje mjerenje, praćenje i izvještavanje o pokazateljima kvalitete

- oblikovati i provesti prikupljanje podataka i mjere unaprjeđenja kvalitete za „zanemarene“ domene kvalitete kao što su sigurnost pacijenata, pravodobni početak liječenja i iskustva pacijenata
- proširiti mjere unaprjeđenja kvalitete radi uklanjanja nedostatne kvalitete u prioritetnim područjima (npr. dijabetes, kardiovaskularne bolesti, karcinom)
- razviti ili ažurirati kliničke smjernice i puteve usvojene na nacionalnoj razini za prevenciju i nadzor odabranih nezaraznih bolesti koje značajno opterećuju sustav
- u primarnoj zdravstvenoj zaštiti razviti sustav za redovito prikupljanje, praćenje i izvještavanje javnosti o pokazateljima kvalitete u odabranim zdravstvenim stanjima koja jako opterećuju sustav.

4.4 Unaprijediti upravljačke kapacitete s pomoću djelotvornije upotrebe podataka u cilju upravljanja zdravstvenim sustavom

110. **Problem:** U zdravstvenom sustavu neprestano se prikuplja velika količina zdravstvenih podataka. Međutim, ti se podaci ne upotrebljavaju redovito kao podloga za donošenje odluka o unaprjeđenju učinkovitosti, kvalitete i djelotvornosti zdravstvene zaštite.

111. **Pristup:** Potrebno je uspostaviti strukture, procese i postupke za uvođenje podatkovne analize i izvještavanja u postojeće prakse donošenja odluka i politika na razini pružatelja zdravstvenih usluga, platitelja i donositelja politika. U sustav treba ugraditi algoritme s pomoću kojih će se prethodno odabrani zdravstveni podaci automatski pretvoriti u zdravstvene informacije na temelju kojih će se donositi ključne odluke.

112. Predložene mjere

Kratkoročne mjere:

- dovršiti pravni okvir za upravljanje zdravstvenim podacima (razmjena i upotreba podataka, pitanja povjerljivosti), uključujući nacionalne politike i propise o kibernetičkoj sigurnosti eZdravstva. Pravne okvire i politike potrebno uskladiti s europskim i svjetskim okvirima i politikama.
- izraditi sveobuhvatne strategije i akcijske planove za modernizaciju prikupljanja podataka, unaprjeđenje dostupnosti i dijeljenja podataka, kao i privatnosti na različitim razinama zdravstvene zaštite i između njih, kao i definirati nacionalne upravljačke mehanizme s ključnim dionicima i mehanizmima utvrđivanja odgovornosti
- izraditi procjenu investicijskih potreba (za infrastrukturu, zaposlenike, osposobljavanje) u vezi s provedbom strategije i akcijskih planova
- uspostaviti i unaprijediti katalog zdravstvenih informacijskih standarda u Hrvatskoj u skladu s europskim standardima i formatima radi osiguravanja interoperabilnosti zdravstvenih informacijskih sustava unutar europskog okvira zdravstvenih informacija
- unaprijediti Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav (NAJS) s pomoću integriranih usluga između pružatelja zdravstvenih usluga i drugih sektora, uklanjanjem nepotrebnog i višestrukog izvještavanja i unaprjeđenjem kliničkih procesa.

Srednjoročne i dugoročne mjere:

- uspostaviti nacionalni sustav upravljanja zdravstvenim informacijama
- provesti nacionalnu IT strategiju i plan provedbe za zdravstvo
- redovito primjenjivati obavještajne alate o zdravlju stanovništva kao podlogu za ciljane aktivnosti prevencije i zbrinjavanja bolesti
- izgraditi nacionalne kapacitete za podatkovnu analitiku, uključujući integriranje sučelja pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata s postojećim infrastrukturama i praksama
- izgraditi nacionalne kapacitete praktičnim sudjelovanjem u velikim IT projektima za zdravstvo na europskoj i svjetskoj razini, kao što su umjetna inteligencija (AI), računalstvo visokih performansi (engl. *high performance computing*, HPC), kibernetička sigurnost eZdravstva (engl. *e-Health Cybersecurity*, eHC) i napredne digitalne vještine (engl. *advanced digital skills*, ADS).

5 Horizontalna pitanja

113. Osim četiriju područja politike navedenih u četvrtom poglavlju, postoje i horizontalna pitanja koja je potrebno riješiti radi jačanja sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Jedno je od tih pitanja učinak rada zdravstvenih djelatnika, koji je ključan za uspješnost svakog od četiriju navedenih područja. Drugo je slično pitanje odgovor na izazov starenja stanovništva jer tu uspješnost uvelike ovisi o partnerstvima izvan sustava zdravstva.

5.1 Optimizacija broja, raspodjele i izobrazbe zdravstvenih djelatnika

114. **Problem:** Hrvatska ima manjak zdravstvenih djelatnika, posebice u ruralnim područjima i granama specijalnosti kao što su primarna zdravstvena zaštita, pedijatrija, psihijatrija i porodništvo.

115. **Pristup:** Potrebno je primijeniti holistički pristup procjeni potreba Hrvatske za zdravstvenim djelatnicima i izraditi strategije za jačanje ljudskih potencijala. U strategiji treba definirati smjerove i mjere koje treba poduzeti za ispunjavanje sadašnjih i budućih potreba za zdravstvenim djelatnicima s pomoću sustavnog pristupa koji omogućuje kontinuirani razvoj zdravstvenih djelatnika, počevši od izobrazbe na medicinskom fakultetu do mirovine.

116. Predložene mjere

Kratkoročne mjere:

- provesti sveobuhvatno mapiranje, procjenu i modeliranje zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj kao podlogu za sadašnje i buduće potrebe u okviru različitih razvojnih scenarija
- izraditi strategiju/dokument o politici razvoja zdravstvenih djelatnika i plan provedbe s operativnom razinom detalja na temelju procjene i nalaza modeliranja. U tom dokumentu potrebno je definirati kratkoročnu i dugoročnu viziju, ciljeve i posebne mjere s utvrđenim rokovima. Strategija će biti ključna za osiguravanje koordiniranih nastojanja u planiranju zdravstvenih djelatnika u ključnim područjima planiranja ljudskih potencijala kao što su izobrazba, prekvalifikacija i zadržavanje djelatnika s jasnim i detaljnim planom provedbe s ulogama dodijeljenim određenim dionicima, mehanizmima koordinacije i utvrđivanja odgovornosti, kao i posebnim ciljevima s utvrđenim rokovima provedbe prema kojima će se mjeriti djelotvornost nastojanja u tom području.
- provesti pilot-projekte za niz novih mjera kao što je „mješavina kompetencija“, delegiranje zadataka ili stvaranje novih uloga u pružanju usluga (npr. zbrinjavanje bolesti) na temelju međunarodnih praksi, no prilagođeno potrebama i izvedivosti u hrvatskom kontekstu
- angažirati stručna udruženja u razvoju kurikulumu za izobrazbu na radnom mjestu.

Srednjoročni i dugoročni ciljevi:

- kontinuirana provedba strategije i akcijskih planova za razvoj ljudskih potencijala.

5.2 Osigurati zdravo i aktivno starenje suradnjom s drugim sektorima i cjeloživotnim pristupom

117. **Problem:** Nužno je osigurati zdravo i aktivno starenje i zbog dobrobiti pojedinaca i zbog šireg društvenog prosperiteta s pomoću cjeloživotnog pristupa. U Hrvatskoj je, međutim, taj cilj ugrožen zbog velikog tereta štetnih čimbenika rizika i složenih kroničnih bolesti.

118. **Prístup:** Smanjenje čimbenika rizika zahtijeva složeni niz mjera i na razini pojedinaca i na razini stanovništva, a mnoge od njih nisu u nadležnosti samo sektora zdravstva nego zahtijevaju i međuresorno djelovanje. Primjeri su horizontalnih mjera sljedeći: a) politike urbanog razvoja (npr. gustoća stanovanja, javni prijevoz, zelene površine) mogu potaknuti hodanje i rekreacijske aktivnosti i na taj način utjecati na ponašanje pojedinaca, b) namjensko oporezivanje duhana, alkohola, oporezivanje nezdrave hrane i pića, čime in se povećavaju prihodi zdravstvenog sustava, a smanjuje rizično ponašanje.

119. Predložene mjere

Kratkoročne mjere:

- razmotriti i revidirati postojeće višesektorske politike prevencije i nadzora glavnih čimbenika rizika koji dovode do kroničnih bolesti
- uspostaviti procese i postupke za jačanje mehanizama koordinacije i nadzora u provedbi međusektorskih aktivnosti prevencije i nadzora nezaraznih bolesti i na vodoravnoj i na okomitoj razini (npr. nadzor duhana)
- jačanje sustava nadzora i institucionalnih kapaciteta za rano otkrivanje, praćenje, analizu i izvještavanje o glavnim faktorima rizika i nezaraznim bolestima, uključujući ozljede i mentalno zdravlje
- uspostaviti procese i postupke radi unaprjeđenja provjere provedbe politika nadzora duhana i alkohola
- uvrstiti mjere promicanja zdravlja u kliničke puteve u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- revidirati standarde za suradnju između ureda zaduženih za zdravstvo i socijalnu skrb, uključujući pojačanu koordinaciju i zajedničko zbrinjavanje slučajeva.

Srednjoročne i dugoročne mjere:

- jačanje strateške usmjerenosti i djelotvornosti sustava pružanja zdravstvenih usluga na lokalnoj razini kao podrške najsiromašnijim i najranjivijim starijim građanima
- osigurati izgradnju kapaciteta za međusektorsko djelovanje, promicanje zdravlja, sektorskih politika o procjeni utjecaja na zdravlje i ekonomskoj procjeni prevencije i nadzora nezaraznih bolesti
- uvesti poticaje s pomoću novčanih i nenovčanih mjera za blisku suradnju između primarne zdravstvene zaštite i javnog zdravstva
- razviti i provesti javnozdravstvene mjere na nacionalnoj razini radi smanjenja nezaraznih bolesti i drugih zdravstvenih problema koji ovise o starosnoj dobi.

6 Prijedlog plana provedbe

120. Osigurati financijsku održivost zdravstvenog sustava, uzimajući u obzir i prihode i rashode

Vremenski okvir:	Podmjere	Ključni rezultati (engl. milestones)	Resurs(i)	Područje
2019. (IV.) – 2020. (IV.) 2020. (IV.) – 2023. (IV.)	Analitičke studije kao podloga za buduće smjerove u izvorima financiranja za zdravstvo i unaprjeđenje fiskalne održivosti. Revidirati i provesti nacionalne politike prikupljanja prihoda i plaćanja za zdravstvo na temelju analitičkih studija.	Provedeno modeliranje kao podloga za plan provedbe u vezi s izvorima financiranja za zdravstvo. Provedena studija radi utvrđivanja glavnih neučinkovitosti i potencijala za unaprjeđenje sustava. Izrađena procjena postojećih mehanizama plaćanja za primarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu u cilju unaprjeđenja održivosti, učinkovitosti i kvalitete. Revidiran i odobren postojeći okvir i politika financiranja. Revidirani okvir i politika provedeni na nacionalnoj razini.	Ministarstvo zdravstva, HZZO, bespovratna sredstva i tehnička pomoć, EU fondovi	Izvori financiranja zdravstva

121. Modernizirati pružanje usluga kao odgovor na nadolazeće izazove

Početak	Podmjere	Ključni rezultati (engl. milestones)	Resurs(i)	Područje
2019. (IV.) – 2020. (III.) 2020. (IV.) – 2025. (IV.) 2020. (II.) – 2022. (IV.) 2021. (II.) – 2025. (IV.) 2021. (I.) – 2025. (IV.) 2021. (I.) – 2025. (IV.)	Sveobuhvatna procjena pružanja usluga radi utvrđivanja nedostataka i potencijala radi integriranja, koordinacije, učinkovitosti i troškova zdravstvene zaštite. Odabrane mjere unaprjeđenja pružanja usluga oblikovane, provedene kao pilot i proširene na veću razinu. Preoblikovati informacijske tehnologije radi ispunjenja potreba u ažuriranom okviru pružanja usluga. Uspostaviti strukture, procese i postupke za izradu temeljitih analitičkih podloga, uključujući redovite analize procjene utjecaja kao podloge za donošenje odluka. Izgraditi nacionalne okvire prevencije i promicanja zdravlja.	Utvrđena ključna prioritetna područja. Provedene analitičke studije: u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (okrupnjavanje bolnica, tj. dječjih bolnica u Zagrebu) u ambulantnoj zdravstvenoj zaštiti u zavodima za javno zdravstvo u pomoćnim službama (biokemijski laboratoriji, hrana) Integrirana zdravstvena zaštita. Izrađeni projektni zadaci za IT promjene u zdravstvu. Provedeni zahtjevi projektnih zadataka. Određena odgovorna institucija/agencija sa zaduženim zaposlenicima i	Ministarstvo zdravstva, HZZO, bespovratna sredstva i tehnička pomoć, EU fondovi	Pružanje usluga

	Izgraditi planiranje i upravljanje zdravstvenim djelatnicima na nacionalnoj razini.	jasno utvrđenim njihovim odgovornostima. Provedene aktivnosti izgradnje kapaciteta. Provedene analitičke studije. Izrađene nacionalne strategije i akcijski planovi. Provedeni akcijski planovi.		
--	---	--	--	--

122. Jačati mjerenja i unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite

Vremenski okvir	Podmjere	Ključni rezultati (engl. milestones)	Resurs(i)	Područje
2019. (IV.) – 2020. (IV.) 2020. (I.) – 2021. (II.) 2021. (II.) – 2025. (IV.) 2021. (II.) – 2025. (IV.)	Analičke studije kao podloga za utvrđivanje nedostataka i potencijala vezanih za kvalitetu i zdravstvene podatke o kvaliteti, uključujući zdravstvene informacijske tehnologije. Izraditi nacionalne strategije, utvrditi prioritete za kvalitetu i izraditi plan provedbe. Uskladiti postojeće mjere unaprjeđenja kvalitete s najboljim svjetskim praksama. Provesti nacionalnu strategiju.	Definirana ključna prioritetna područja. Provedene analitičke studije. Izrađena nacionalna strategija, utvrđeni prioriteti i izrađen plan provedbe. Ažuriran pravni okvir. Provedene najbolje prakse. Ostale će se ključne točke definirati nakon izrade strategije.	Ministarstvo zdravstva, HZZO, bespovratna sredstva i tehnička pomoć, EU fondovi	Unaprjeđenje kvalitete

123. Unaprijediti upravljačke kapacitete s pomoću djelotvornije upotrebe podataka u cilju upravljanja zdravstvenim sustavom

Vremenski okvir	Podmjere	Ključni rezultati (engl. milestones)	Resurs(i)	Područje
2020. (I.) – 2012. (IV.) 2021. (I.) – 2025. (IV.) 2020. (I.) – 2021. (IV.) 2020. (IV.) 2021. (I.) – 2025. (IV.)	Revidirati i ažurirati okvire i politike upravljanja zdravstvenim podacima. Izgraditi strukture i procese procjene i praćenja nacionalnog zdravstvenog sustava. Izraditi nacionalne strategije i akcijske planova za zdravstvene podatke i IT. Uspostaviti nacionalni sustav upravljanja zdravstvenim informacijskim sustavima. Provesti nacionalnu strategiju.	Revidirani i ažurirani pravni okviri i politike. Određena odgovorna institucija/agencija sa zaduženim zaposlenicima i jasno utvrđenim njihovim odgovornostima. Izgrađeni ljudski kapaciteti. Izrađena nacionalna strategija i planovi provedbe. Ostale će se ključne točke definirati nakon izrade strategije.	Ministarstvo zdravstva, HZZO, bespovratna sredstva i tehnička pomoć, EU fondovi	Upravljanje zdravstvenim informacijskim sustavima

7 Prijedlog strateških (*flagship*) projekata

124. Projekt jačanja nacionalnih sustava prevencije i promicanja zdravlja

a) Opis strateškog projekta:

Cilj je **projekta jačanja nacionalnih sustava prevencije i promicanja zdravlja** poticati sustave temeljene na podacima i dokazima pri oblikovanju, provođenju pilot-projekata i provedbi aktivnosti povezanih s prevencijom u cijelom zdravstvenom sustavu i izvan toga sustava s pomoću niza aktivnosti navedenih u nastavku:

- provođenje analitičkih studija radi utvrđivanja nedostataka i potencijala za unaprjeđenje postojećeg okvira prevencije, uključujući procjenu hodograma u donošenju odluka, izvora financiranja, integriranost razina zdravstvene zaštite, metoda, alata i kanala koji su u upotrebi
- izrada nacionalnih strategija i akcijskih planova
- preoblikovanje postojećih zdravstvenih informacijskih sustava, izvora financiranja i regulatornih okvira radi uključivanja mjerenja, praćenja i izvještavanja o prevenciji i promicanju zdravlja kao glavne funkcije
- provedba odabranih programa prevencije određenih bolesti i promicanja zdravlja za bolesti visokog prioriteta i preventabilne čimbenike rizika.

b) Važnost projekta za nacionalni strateški okvir:

Projekt će pridonijeti ostvarenju sljedećih strateških ciljeva NRS-a:

- unaprjeđenje cjeloživotnog zdravlja hrvatskih građana
- unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete usluga te izgradnja učinkovitog zdravstvenog sustava.

c) Ekonomski (ako je primjenjivo) i socijalni utjecaj:

Pokazalo se da je veći dio aktivnosti u službi prevencije ekonomičan i potiče dugoročnu uštedu troškova i stoga će unaprjeđenja u praksama provođenja prevencije dovesti do unaprijeđenih zdravstvenih ishoda i ekonomskih koristi.

d) Održivost:

Ovaj se prijedlog odnosi na jačanje postojećih sustava prevencije za koje su već dodijeljena sredstva, strukture i procesi. Predložene se aktivnosti odnose na revidiranje i uspostavljanje struktura, procesa i mehanizama koji se mogu održavati u okviru postojećih zdravstvenih sredstava. Ako su potrebni dodatni izvori financiranja, potrebno je definirati održive izvore financiranja. Primjerice, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, pružatelji usluga primarne zdravstvene zaštite i bolnice provode prevenciju i promicanje zdravlja u okviru vlastitih mehanizama financiranja. Uspostavljanje mehanizama i procesa kojima će se osigurati integracija i koordinacija ili preoblikovanje informacijskih sustava zahtijeva ograničeno ulaganje vremena, a u budućnosti će se moći održavati u okviru postojećih zdravstvenih sredstava. Za nove aktivnosti promicanja zdravlja možda će biti potrebni dodatni resursi, posebice za održavanje onih aktivnosti u kojima sudjeluju mediji. Vlada će neprestano tražiti kontinuiranu potporu

za ključne promidžbene aktivnosti čim bude moguće kvantificirati koristi uspješnih aktivnosti i pokazati koliko one smanjuju preventabilne čimbenike rizika.

e) Trajanje:

2019. – 2020. – analitičke studije radi utvrđivanja nedostataka i potencijala u prevenciji i promicanju zdravlja

2020. – 2021. – izrada nacionalne strategije i utvrđivanje prioriteta

2021. – 2022. – preoblikovanje zdravstvenih IT sustava, promjene u izvorima financiranja i regulatornom okviru

2021. – 2025. – odabrane mjere prevencije i promicanja zdravlja za kronične bolesti s velikim teretom bolesti i preventabilnim čimbenicima rizika

2021. – 2025. – izgradnja kapaciteta za prevenciju i promicanje zdravlja na razini pružatelja zdravstvenih usluga.

f) Procjena potrebnih sredstava:

10 – 50 milijuna (EUR)

g) Preduvjeti – potrebno razmotriti prije početka projekta:

Nije dostupno.

h) Voditelj projekta:

Ministarstvo zdravstva

i) Korisnici

Opće stanovništvo, korisnici zdravstvene zaštite, pružatelji zdravstvenih usluga

125. Projekt unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite

a) Opis strateškog projekta:

Projekt unaprjeđenja kvalitete zdravstvene zaštite obuhvaća niz sljedećih aktivnosti:

- izrada nacionalne strategije unaprjeđenja kvalitete, utvrđivanje nacionalnih prioriteta za kvalitetu i izrada plana provedbe
- analitičke studije za utvrđivanje osnovnih razloga nedostatne kvalitete kao podloga za nacionalne prioritete za kvalitetu i izrada detaljnih preporuka za buduće mjere
- unaprjeđenje usklađenosti postojećih i planiranih nacionalnih mjera za unaprjeđenje kvalitete s najboljim međunarodnim praksama (npr. kontinuirani profesionalni razvoj, plaćanje po učinku, procjena zdravstvenih tehnologija)

- preoblikovanje postojećih zdravstvenih informacijskih sustava radi uvođenja mjerenja, praćenja i izvještavanja o kvaliteti kao jedne od glavnih funkcija
- oblikovanje, provedba pilota, proširenje i procjena utjecaja novih mjera za unaprjeđenje kvalitete namijenjenih određenim bolestima koje značajno opterećuju sustav zdravstva (npr. kardiovaskularne bolesti, dijabetes, karcinom)
- izgradnja kapaciteta za kvalitetu na razini pružatelja zdravstvenih usluga.

b) Važnost projekta za nacionalni strateški okvir:

Projekt će pridonijeti ostvarenju sljedećih strateških ciljeva NRS-a:

- unaprjeđenje cjeloživotnog zdravlja hrvatskih građana
- unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete usluga te izgradnja učinkovitog sustava zdravstvene zaštite.

c) Ekonomski (ako je primjenjivo) i socijalni utjecaj:

U ovoj je fazi teško kvantificirati ekonomski utjecaj, ali se očekuje da će biti značajan. Primjerice, studije pokazuju da neodgovarajuća uporaba usluga iznosi 1/3 svih usluga, što znači da unaprjeđenje pogrešne ili prekomjerne uporabe zdravstvenih usluga može polučiti značajne ekonomske koristi, koje će osim toga nastati i zbog spriječenih hospitalizacija, smanjenih liječničkih pogrešaka i unaprijeđenih zdravstvenih ishoda (npr. unaprijeđena produktivnost, smanjen broj izgubljenih radnih dana).

d) Održivost:

Ovaj se prijedlog odnosi na jačanje postojećeg sustava unaprjeđenja kvalitete. Predložene će se aktivnosti baviti revidiranjem i uspostavljanjem struktura, procesa i mehanizama koji se mogu održavati unutar postojećih proračunskih sredstava. Ako su potrebni dodatni izvori financiranja, potrebno je definirati održive izvore financiranja. Primjerice, preoblikovanje zdravstvenih informacija zahtijeva jednokratno ulaganje u restrukturiranje postojećih informacijskih sustava tako da prikupljanje podataka o kvaliteti zdravstvene zaštite i izvještavanje o njima bude automatizirano i ne zahtijeva mnogo „manualnog“ rada. Preoblikovana infrastruktura vjerojatno neće zahtijevati dodatne resurse za održavanje.

Redovitim procjenama i nalazima procjena utjecaja mjera za unaprjeđenje kvalitete dobivaju se kvantificirane koristi kao podloga za donošenje politika i odluka, tako da kontinuirana potpora promjenama postane politički privlačna.

e) Trajanje:

2019. – 2020. – nacionalna strategija i prioriteti za unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite

2020. – 2022. – preoblikovanje zdravstvenog IT sustava, revidiranje i ažuriranje izvora financiranja i regulatornog okvira

2020. – 2025. – analitičke studije kao podloga mjerama za unaprjeđenje kvalitete

2021. – 2025. – usklađivanje nacionalnih mjera za unaprjeđenje kvalitete s najboljim svjetskim praksama

2022. – 2025. – provođenje pilot-projekta i proširenje odabranih mjera za unaprjeđenje kvalitete u vezi s određenim bolestima na nacionalnoj razini

2021. – 2025. – izgradnja kapaciteta za unaprjeđenje kvalitete na razini pružatelja zdravstvenih usluga.

f) Procjena potrebnih sredstava:

indikativna procjena (moguće je da će biti veća), na temelju iskustva tima koji je izrađivao ovu analitičku podlogu:

10 – 35 milijuna (EUR).

g) Preduvjeti – za razmotriti prije početka projekta:

Nije dostupno.

h) Voditelj projekta:

Ministarstvo zdravstva, HZZO

i) Korisnici

Korisnici (primarne i bolničke) zdravstvene zaštite, pacijenti oboljeli od kroničnih bolesti, pružatelji zdravstvenih usluga, donositelji odluka i politika, djelatnici HZZO-a

126. Pilot projekti okrupnjavanja/integracije bolničkih usluga (npr. okrupnjavanje dječjih bolnica u Zagrebu)⁷⁴

a) Opis strateškog projekta:

Pilot-projekti okrupnjavanja/integracije bolničkih usluga (primjerice, okrupnjavanje dječjih bolnica u Zagrebu) obuhvaćaju niz sljedećih aktivnosti:

- sveobuhvatan plan okrupnjavanja/integracije bolnica s mapiranjem usluga te projekcijama volumena i troškova
- izrada detaljnog dokumenta o planiranju infrastrukture u skladu s planom okrupnjavanja/integracije bolnica i modernim konceptima pružanja bolničkih usluga
- provedba okrupnjavanja/integracije bolnica u skladu s planovima okrupnjavanja/integracije i infrastrukturnim planovima (tj. Nacionalna dječja bolnica u Zagrebu).

b) Značenje projekta za nacionalni strateški okvir:

Projekt će pridonijeti ostvarenju sljedećih strateških ciljeva NRS-a:

- unaprjeđenje cjeloživotnog zdravlja hrvatskih građana

⁷⁴ Pristup će ovom projektu biti u fazama. U prvoj je fazi naglasak na okrupnjavanju/integraciji postojećih usluga u Zagrebu, a u sljedećim fazama na okrupnjavanju složenih pedijatrijskih postupaka i usluga na nacionalnoj razini (npr. transplantacije organa), a dječja bi bolnica postala nacionalna bolnica / centar izvrsnosti u bliskoj budućnosti.

- unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete usluga te izgradnja učinkovitog sustava zdravstvene zaštite.

c) Ekonomski (ako je primjenjivo) i socijalni utjecaj:

Plan okrupnjavanja bolnica sadržavat će dubinsku ekonomsku analizu s kvantificiranim potencijalnim koristima i gubicima različitih mogućnosti okrupnjavanja/integracije. U slučaju usluga dječjih bolnica u Zagrebu primijećene su neučinkovitosti i nedostatna kvaliteta u njihovu pružanju, stoga su dječje bolnice predložene za raniju provedbu okrupnjavanja. Primjerice, pedijatrijske su usluge dostupne u četiri samostalne bolnice i tri pedijatrijska odjela u općim bolnicama. Neke su od tih bolnica smještene u starim zgradama koje nisu primjerene za nove tehnologije i moderne koncepte isporuke bolničkih usluga.

Očekuje se da će okrupnjavanje pedijatrijskih usluga u manje bolnica polučiti bolje učinkovitosti zbog ekonomije razmjera, unaprjeđenje kvalitete zbog većeg volumena usluga, novih tehnologija i višedisciplinarnog rada u složenim slučajevima.

d) Održivost:

U pozadini planova okrupnjavanja/integracije doći će do infrastrukturnih ulaganja zbog zatvaranja ili smanjenja infrastrukture starijih bolnica, zbog čega će se dugoročno smanjiti ukupni bolnički izdaci, uključujući troškove održavanja. Detaljne će informacije o izradi troškova i izdacima biti sadržane u infrastrukturnom planu i studijama izvodljivosti.

e) Trajanje:

2019. – 2020. – sveobuhvatan plan okrupnjavanja/integracije bolnica; studije izvodljivosti; dokumenti o planiranju infrastrukture

2020. – 2024. – infrastrukturna ulaganja za odabrane pilot-projekte

2023. – 2025. – oblikovanje i provedba novih modela isporuke bolničkih usluga u pilot-projektima.

f) Procjena potrebnih sredstava:

300 – 400 milijuna (EUR)

g) Preduvjeti –razmotriti prije početka projekta:

Nije dostupno.

h) Voditelj projekta:

Ministarstvo zdravstva, HZZO

i) Korisnici

Korisnici (bolničke) zdravstvene zaštite

127. Nacionalni projekt planiranja i upravljanja zdravstvenim djelatnicima

a) Opis strateškog projekta:

Cilj je nacionalnog projekta planiranja i upravljanja zdravstvenim djelatnicima ukloniti postojeće i potencijalne probleme sa zdravstvenim djelatnicima u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a obuhvaća niz sljedećih aktivnosti:

- analitičke studije radi utvrđivanja osnovnih razloga za današnje probleme s brojem zdravstvenih djelatnika i izrada detaljnih preporuka za buduće mjere
- nacionalna strategija planiranja zdravstvenih djelatnika i izrada plana provedbe na temelju analitičkih podloga i svjetskih praksi temeljenih na dokazima
- provedba pilot-projekata za odabrane mjere na nacionalnoj razini za uklanjanje manjka zdravstvenih djelatnika, uključujući inovativne pristupe kao što je delegiranje zadataka s visoko specijaliziranih na niže specijalizirane (engl. *task-shifting*)
- procjena utjecaja i provođenje pilot-projekata u širem omjeru.

Primjeri gorućih problema u vezi s brojem zdravstvenih djelatnika mogu biti manjak liječnika u ruralnim područjima, veliko opterećenje primarne zdravstvene zaštite i manjak odabranih liječnika specijalista. Moguća će rješenja možda zahtijevati reforme obrazovanja u medicini (tj. dodiplomskog i poslijediplomskog obrazovanja, izobrazbe na radnom mjestu, okvira specijalizacija) i uvođenje promjena u uvriježenim obvezama na radnom mjestu radi omogućavanja delegiranja zadataka i ostalih mjera.

b) Važnost projekta za nacionalni strateški okvir:

Projekt će pridonijeti ostvarenju sljedećih strateških ciljeva NRS-a:

- unaprjeđenje cjelokupnog zdravlja hrvatskih građana
- unaprjeđenje dostupnosti i kvalitete usluga te izgradnja učinkovitog sustava zdravstvene zaštite.

c) Ekonomski (ako je primjenjivo) i socijalni utjecaj:

Ekonomske će koristi proizaći iz unaprijeđene dostupnosti zdravstvenih usluga i unaprijeđenih zdravstvenih ishoda.

d) Održivost:

Ovaj se prijedlog odnosi na jačanje postojećih sustava, kao što su sustavi izobrazbe, isporuka usluga i plaće. Predložene će se aktivnosti odnositi na revidiranje i uspostavljanje struktura, procesa i mehanizama koji se mogu održavati unutar postojećih proračunskih sredstava. Ako su potrebni dodatni izvori financiranja, potrebno je definirati održive izvore financiranja. Primjerice, za dodiplomsko i poslijediplomsko obrazovanje već postoje izvori financiranja, kao i uspostavljene strukture i procesi. Mjere koje će se poduzeti u okviru reforme obrazovanja u medicini mogu se odnositi na promjene sustava izobrazbe ili mehanizama za sistematičnu preraspodjelu slobodnih mjesta za specijalizacije, a koje mjere zahtijevaju jednokratna ulaganja i mogu se održavati u okviru postojećih financijskih omotnica.

e) Trajanje:

2019. – 2020. – analitičke studije

2020. – 2021. – nacionalna strategija i plan provedbe

2021. – 2025. – razvoj i provedba strukturnih reformi sadržanih u strategiji.

f) Procjena potrebnih sredstava:

10 – 35 milijuna (EUR)

g) Preduvjeti – za razmotriti prije početka projekta:

Nije dostupno.

h) Voditelj projekta:

Ministarstvo zdravstva

i) Korisnici

Korisnici zdravstvene zaštite, zdravstveni djelatnici (tj. liječnici, medicinske sestre, pomoćno osoblje)

128. Projekt integriranih modela usluga u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti i dugotrajnoj skrbi

a) Opis strateškog projekta:

Cilj je **projekta integriranih modela usluga u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti i dugotrajnoj skrbi** unaprijediti integraciju i koordinaciju usluga na svim razinama zdravstvene zaštite i unutar njih, a obuhvaća niz sljedećih aktivnosti:

- analitičke studije za utvrđivanje nedostataka i potencijala za unaprijeđenu integraciju i koordinaciju zdravstvene zaštite
- razvoj, testiranje pilot-projekata i proširenje mjera na širu razinu u primarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (npr. koordinacija zdravstvene zaštite za nezarazne bolesti na razini primarne zdravstvene zaštite, integracija bolnica i dugotrajna skrb u kući)
- preoblikovanje postojećih zdravstvenih informacijskih sustava radi uvođenja mjerenja, praćenja i izvještavanja o integraciji i koordinaciji zdravstvene zaštite kao jedne od glavnih funkcija
- analiza procjene utjecaja.

b) Važnost projekta za nacionalni strateški okvir:

Projekt će pridonijeti ostvarenju sljedećih strateških ciljeva NRS-a:

- unaprjeđenje cjeloživotnog zdravlja hrvatskih građana

- unaprijeđenje dostupnosti i kvalitete usluga te izgradnja učinkovitog sustava zdravstvene zaštite.

c) Ekonomski (ako je primjenjivo) i socijalni utjecaj:

Analitičke će studije sadržavati detaljne procjene potencijalnih koristi unaprijeđene integracije i koordinacije zdravstvene zaštite. Ekonomske koristi vjerojatno će proizaći iz smanjenog udvostručavanja usluga i gubitka radnih dana, kao i unaprijeđenih zdravstvenih ishoda.

d) Održivost:

Uvođenjem integracije i koordinacije zdravstvene zaštite očekuje se smanjenje ukupnih izdataka za zdravstveni sustav zbog unaprijeđene učinkovitosti i boljih zdravstvenih ishoda.

e) Trajanje:

2019. – 2020. – analitičke studije kao podloga za utvrđivanje nedostataka i potencijala za integraciju i koordinaciju zdravstvene zaštite

2020. – 2021. – razvoj i testiranje pilot-projekata za nove programe/mjere

2020. – 2021. – preoblikovanje zdravstvenog informacijskog sustava

2021. – 2025. – provedba programa/mjera integracije i koordinacije zdravstvene zaštite na široj nacionalnoj razini.

2020. – 2025. – izgradnja kapaciteta za integraciju i koordinaciju zdravstvene zaštite na razini pružatelja zdravstvenih usluga.

f) Procjena potrebnih sredstava:

20 – 50 milijuna (EUR)

g) Preduvjeti – za razmotriti prije početka projekta:

Nije dostupno.

h) Voditelj projekta:

Ministarstvo zdravstva, HZZO

i) Korisnici

Korisnici (primarne i bolničke) zdravstvene zaštite, pacijenti oboljeli od kroničnih bolesti, pružatelji usluga zdravstvene zaštite

8 Prilozi

Prilog 1. Sažeti prikaz politika sudjelovanja u troškovima zdravstvenih usluga (Tablica A.) i izravna plaćanja za zdravstvenu zaštitu (iz „džepa“ pacijenata) kao udio u potrošnji kućanstava, po kvintilu potrošnje (2010. – 2014.) (Slika A.)

Tablica A. Sažeti prikaz sudjelovanja u troškovima zdravstvenih usluga

Usluge	Sudjelovanje u troškovima zdravstvenih usluga
Primarna zdravstvena zaštita	Paušalno sudjelovanje po posjetu: 10 HRK po posjetu. Paušalno sudjelovanje po posjetu: 10 HRK po posjetu (ne plaća se ako se samo propisuje kronična terapija i nije potrebna konzultacija s liječnikom).
Bolnička zdravstvena zaštita	Postotak sudjelovanja za ambulantni posjet: 20 posto cijene, a najmanje 25 HRK. Postotak sudjelovanja za ambulantnu dijagnostiku: 20 posto cijene, a najmanje 50 HRK. Postotak sudjelovanja za bolničku zdravstvenu zaštitu: 20 posto cijene, a najmanje 100 HRK po danu za hospitalizaciju.
Fizikalna medicina i rehabilitacija	Postotak sudjelovanja za ambulantnu zdravstvenu zaštitu u bolnicama: 20 posto cijene, a najmanje 25 HRK po danu. Postotak sudjelovanja za zdravstvenu zaštitu u kući: 20 posto cijene, a najmanje 25 HRK po danu.
Stomatološka zdravstvena zaštita	Paušalno sudjelovanje po posjeti: 10 HRK po posjeti. Postotak sudjelovanja za liječenje: 20 posto cijene stomatološkog materijala utvrđenog osnovom listom stomatološkog materijala, a najmanje 50 HRK + 20 posto cijene dentalnih pomagala utvrđenih osnovnom listom dentalnih pomagala, a najmanje 1000 HRK za osobe do 65 godina starosti i 500 HRK za osobe starije od 65 godina.
Ambulantno propisivanje lijekova	Paušalno sudjelovanje za izdavanje lijeka po receptu: 10 HRK po receptu + razlika između referentne cijene i cijene lijeka.
Medicinski proizvodi	Postotak sudjelovanja: 20 posto cijene, a najmanje 50 HRK.
Oslobođenja od plaćanja sudjelovanja	Sljedeće osobe oslobođene su svih plaćanja sudjelovanja u troškovima, osim za lijekove (razlika između referentne cijene i cijene): djeca do 18 godina starosti, osobe nesposobne za samostalan život i rad, branitelji s utvrđenim oštećenjem organizma, članovi obitelji smrtno stradalog, zatočenog ili nestalog branitelja; za liječenje karcinoma, zaraznih bolesti, kronične duševne bolesti, usluge prenatalne skrbi i liječenje plodnosti.
Najviši iznos sudjelovanja	2000 kn po jednom ispostavljenom računu (epizodi liječenja).

Izvori:

<https://gov.hr/moja-uprava/zdravlje/zdravstveno-osiguranje/sudjelovanje-u-troskovima-zdravstvenih-usluga/462>

HZZO osiguranici obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja:

<http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/06/Financijsko-izvjepercentC5percentA1percentC4percent87e-i-naturalni-pokazatelji-Hrvatskog-zavoda-za-zdravstveno-osiguranje-za-2013.-godinu.pdf>

http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2016/04/Izvjescje_o_poslovanju_hzzo_za_2015_godinu.pdf

http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2018/04/Izvjescje_o_poslovanju_hzzo_01122017.pdf

Osiguranici dopunskog i dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje izdaju komercijalna osiguravajuća društva:

2017. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2017., tablica 26)

2016. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva/2016> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2016., tablica 26.)

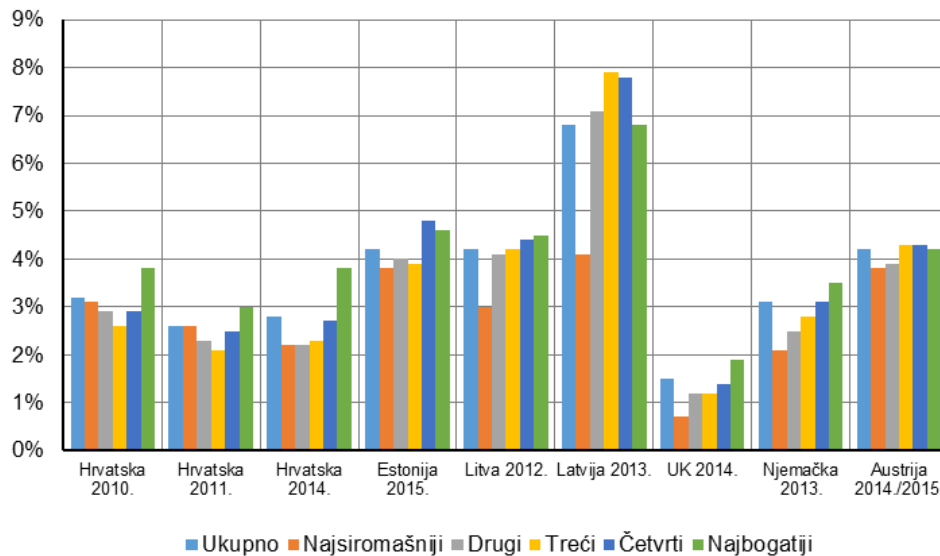
2015. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva/2015> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2015., tablica 26.)

2014. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva/2014> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2014., tablica 28.)

2013. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva/2013> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2013., tablica 28.)

2012. – <https://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva/2012> (Tržište osiguranja u Hrvatskoj 2012., tablica 28.)

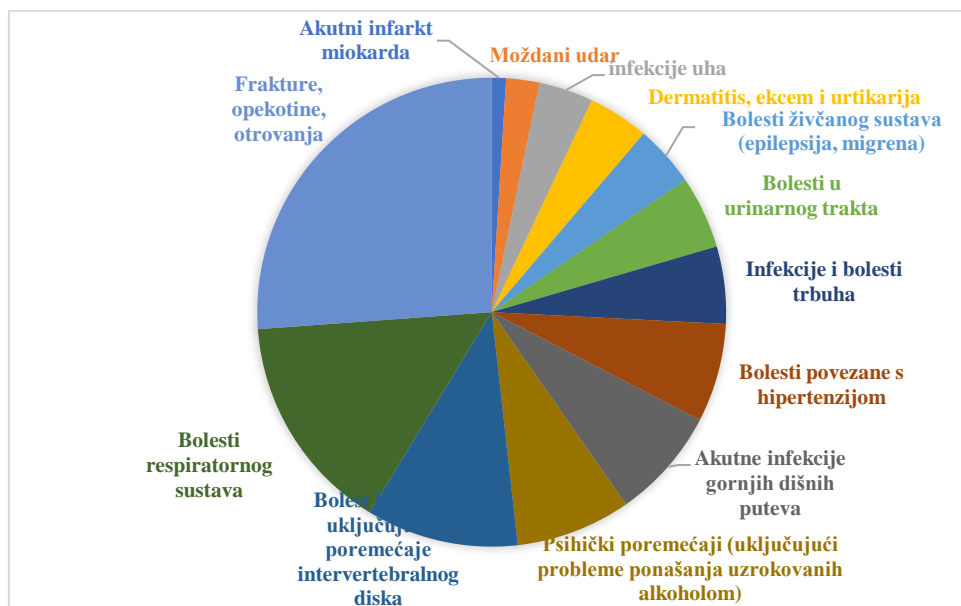
Slika A. Izravna plaćanja za zdravstvenu zaštitu (iz „džepa“ pacijenata) kao udio potrošnje kućanstava, po kvintilu potrošnje (2010. – 2014.)



Izvori (podaci preuzeti iz dolje navedenih grafikona):

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/373581/Can-people-afford-to-payCroatia-WHO-FP-007-2.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373576/Can-people-afford-to-pay-for-health-careEstonia-WHO-FP-004.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/372425/ltu-fp-report-eng.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/373690/uk-fp-report-eng.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373585/Can-people-afford-to-payGermany-WHO-FP-008-4.pdf?ua=1
- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/376651/austria-fp-report-eng.pdf?ua=1

Prilog 2. Najčešća zdravstvena stanja i bolesti liječeni ambulantno u službama hitne medicinske pomoći u Hrvatskoj (2016.)



Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis (2016.).

Prilog 3. Obveze na teret sredstava državnog proračuna za ranjive skupine

Obveze prema HZZO-u na teret sredstava državnog proračuna, 2015. – 2016. (HRK)

Obveze prema HZZO-u na teret sredstava državnog proračuna	2015.	2016.
Temeljem članka 72. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju:		
– 5 posto doprinosa (na zakonski propisanu osnovicu*) za nezaposlene	481.231.849	433.108.664
– 5 posto doprinosa (na zakonski propisanu osnovicu*) za zatvorenike	1.649.335	1.566.868
– 3 posto doprinosa na braniteljske mirovine	68.061.369	64.658.301
– 1 posto doprinosa na (redovne) mirovine	292.941.768	322.235.945
– 32 posto svih trošarina naplaćenih za duhanske proizvode	1.190.338.696	1.332.338.696
Temeljem članka 82. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju:		
– troškovi zdravstvene zaštite za određene ranjive skupine i troškovi preventivne zdravstvene zaštite za učenike i studente i starije osobe (iznad 65 godina)	1.060.217.698	1.338.962.645
Temeljem članka 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:		
– premije dopunskog zdravstvenog osiguranja određenih posebnih skupina (osobe s invaliditetom, darivatelji dijelova ljudskog tijela i krvi, učenici i studenti) i za siromašne (osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj osnovi ne prelazi iznos utvrđen dotičnim zakonom)	768.828.480	735.421.680
UKUPNO	3.863.269.195	4.228.292.799
Stvarno plaćeno HZZO-u iz sredstava državnog proračuna	2.400.000.000	2.588.950.886
RAZLIKA (MANJAK)	1.463.269.195	1.639.341.913