

DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE SKRBI

SMJERNICE ZA RAZVOJ JAVNIH POLITIKA
UTEMELJENIH NA DOKAZIMA



Zdravstveni
opservatorij

IZDAVAČ

Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima

PROJEKT

Zdravstveni opservatorij

AUTOR

Luka Vončina

Zagreb, svibanj 2023.

© 2023. Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima
Prilaz Gjüre Deželića 50, Zagreb
01/3770-022
www.krijesnica.hr

U izradi ovih smjernica sudjelovale su sljedeće članice i pridružene članice Zdravstvenog opservatorija: Ekonomski fakultet u Rijeci, Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, Medicinski fakultet u Zagrebu, Medicinski fakultet u Rijeci, Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima, Zaklada Nora Šitum, Europa Donna Hrvatska, Zaklada SOLIDARNA, Udruga Feniks Split, Udruga RODA, Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Udruga Terra, Savez društava multiple skleroze Hrvatske i Koalicija za rad sa psihotraumom i za mir Vukovar. Izradi smjernica doprinijela je i prof.dr.sc. Maja Vehovec.

Ove javnopolitičke smjernice namijenjene su prvenstveno tvorcima javnih politika te donositeljima odluka, koji ih mogu koristiti pri donošenju kvalitetnih odluka i rješenja za poboljšanje javnih politika kojima se smjernice bave. Smjernice su namijenjene i drugim dionicima u zdravstvu, stručnoj javnosti, građanima, građanskim inicijativama te organizacijama civilnog društva.

Svrha smjernica je uključivanje što šireg kruga dionika u procese oblikovanja politika zasnovanih na participativnom procesu, s ciljem utjecaja na pozitivne promjene ključne za donošenje, provedbu i/ili nadzor provedbe javnih politika. Nadamo se da ćemo ovime doprinijeti kreiranju kvalitetnijih zdravstvenih politika koje su u javnom interesu.



MINISTARSTVO RADA, MIROVINSKOGA
SUSTAVA, OBITELJI I SOCIJALNE POLITIKE



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.
Sadržaj publikacije isključiva je odgovornost Krijesnice - udruge za pomoć
djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.

1. DOSTUPNOST ZDRAVSTVENE SKRBI: KLJUČNI PROBLEMI I POKAZATELJI STANJA

U usporedbi s drugim europskim zemljama¹, u Hrvatskoj je 2019., prije pandemije bolesti COVID-19, prema posljednjim dostupnim podacima Eurostata, zabilježena vrlo niska stopa nezadovoljenih zdravstvenih potreba (1,4%). Navedeno ne iznenađuje s obzirom na to da Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) i Europski opservatorij zdravstvenih sustava ocjenjuju da Hrvatska ima veoma nizak stupanj izravnih plaćanja u tekućim izdacima za zdravstvo, visoku pokrivenost zdravstvenim osiguranjem i opsežnu košaricu zdravstvenih usluga. Međutim, uz veoma povoljnu situaciju na razini opće populacije, zabilježene su i značajne nejednakosti. Stopa nezadovoljenih potreba bila je mnogo viša kod skupina s malim dohotkom (4,0%) u usporedbi s onima s velikim dohotkom (0,8%). Samoprijavljene nezadovoljene zdravstvene potrebe razlikovale su se i ovisno o drugim karakteristikama stanovništva. Naprimjer, nezadovoljene potrebe zbog geografske udaljenosti i stopa nezadovoljenih potreba kod osoba starijih od 65 godina bile su među najvišima u EUⁱ. Navedeno ima očite posljedice na stanje ljudskih prava i obveze koje u tom smislu ima Republika Hrvatska, a koje jamči i Ustavom te na produblivanje socioekonomskih i regionalnih nejednakosti.

Pandemija bolesti COVID-19 negativno je utjecala na pristup zdravstvenim uslugama u čitavoj Europi. U prvih 12 mjeseci pandemije, u Hrvatskoj je 25% ispitanika izjavilo je da nisu obavili potreban liječnički pregled niti dobili liječenje, što je iznad prosjeka EU od 21%.^{ii&iii} Također, recentno istraživanje za Hrvatsku iz 2022. godine, urađeno prema metodologiji Eurostata u sklopu projekta Zdravstveni opservatorij, zabilježilo je znatno višu stopu nezadovoljenih zdravstvenih potreba od one prijavljene 2019. godine, čak 8,9%. Najčešći uzrok nezadovoljenih zdravstvenih potreba u ovom istraživanju bile su duge liste čekanja (60%)^{iv}, a šanse za nezadovoljenom zdravstvenom potrebom bile su 87% veće u najstarijoj dobnoj skupini u usporedbi s najmlađom.

Stoga, unatoč ranijim, komparativno zadovoljavajućim podacima za opću populaciju, ne možemo biti zadovoljni dostupnošću zdravstvene skrbi u Hrvatskoj. Izrazito negativan trend uzrokovan pandemijom bolesti COVID-19 i od ranije dokumentirane visoke stope nezadovoljnih potreba u pojedinim segmentima populacije (stariji, siromašni, stanovnici otoka

¹ U 2019. prosjek EU iznosio je 1,9%.

i manje razvijenih kontinentalnih regija), nalažu dodatne napore kako bi se unaprijedila dostupnost i izjednačila pravičnost pristupa skrbi za sve članove društva.

Nadalje, *Patient Access Partnership*, uz standardno mjerene dimenzije dostupnosti kao što su priuštivost, resursna raspoloživost, vremenska i geografska pristupačnost i adekvatnost (u smislu dovoljnog broja usluga i kontinuiranosti skrbi), naglašava i važnost primjerenosti skrbi različitim dijelovima populacije, primjerice po pitanju prirode njihovih zdravstvenih potreba, materijalnog stanja, kulturoloških potreba i slično^v.

S tim u vezi, jasno je da se u Hrvatskoj ranjive skupine (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama) poput osoba s invaliditetom^{vi}, naročito s cerebralnom paralizom, beskućnika, Roma, tražitelja azila, osoba pod supsidijarnom zaštitom, žena koje pokušavaju ostvariti pravo na prekid trudnoće, gluhih i slijepih osoba, itd., susreću s općepoznatim infrastrukturnim, organizacijskim i komunikacijskim preprekama pri korištenju zdravstvenog sustava. Pritom je naročito zabrinjavajuća pojava dvostruke diskriminacije, primjerice po spolu (žene) uz invaliditet. Na kraju, i objektivni nedostaci u ponudi specifičnih tipova skrbi (dugotrajno liječenje, palijativna te naročito pedijatrijska palijativna skrb, koncentracija primjene onkoloških terapija u najvećim gradovima, itd.) doprinose nejednakostima u dostupnosti zdravstvene zaštite.

2. POSTOJEĆI STRATEŠKI I ZAKONODAVNI OKVIR

Postojeći strateški i zakonodavni okvir naglašava važnost dostupnosti zdravstvene zaštite. Zakon o zdravstvenoj zaštiti^{vii} propisuje da se zdravstvena zaštita stanovništva provodi po načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti te na načelima supsidijarnosti i funkcionalne integracije. Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, osobito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Također, Nacionalni plan razvoja zdravstva od 2021. do 2027. godine u svojoj srednjoročnoj viziji razvoja navodi da će „*zdravstveni sustav Republike Hrvatske do 2027. godine postati učinkovitiji, kvalitetniji i održiviji te osigurati izvrsnu dostupnost skrbi svim stanovnicima bez obzira gdje žive*“. Na kraju, u sklopu Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021.-2026. godine, reformska mjera C5.1. R1 Unaprjeđenje učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava, ima za cilj do kraja 2023. godine smanjiti liste čekanja na dijagnostiku s 400 na 270 dana^{viii}.

U praksi, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osigurava geografsku dostupnost zdravstvenih usluga na način da osigurane osobe imaju pravo na naknadu troškova prijevoza ukoliko su zbog korištenja zdravstvene zaštite upućene iz mjesta svog prebivališta, odnosno boravišta, u drugu zdravstvenu ustanovu udaljenu 50 i više kilometara^{ix}. Važno je napomenuti da je ostvarivanje navedenog prava znatno otežano osobama koje žive u manje razvijenim dijelovima države s veoma slabom ili potpuno nedostajućom pokrivenosti javnog prijevoza. Dostupnost ranjivim skupinama (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama) promovira se tako da se osobama s 100% invaliditetom i osiguranicima s niskim prihodima (mjesečno ispod EUR 299 po članu obitelji ili ispod EUR 374 za samce) o državnom trošku pruža dopunsko zdravstveno osiguranje kako bi mogli ostvarivati prava na zdravstvene usluge i proizvode bez ikakve participacije o njihovom trošku^x.

Međutim, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju^{xi} propisuje da se razlika za povećane troškove liječenja koji su posljedica osobne želje osigurane osobe zbog njena, između ostalog, vjerskog ili drugog (svjetonazorskog) uvjerenja mora platiti iz džepa što može izložiti pojedine manjinske skupine marginalizaciji. Također, postojeći zakonodavni okvir građanima ne garantira vremensku dostupnost zdravstvene zaštite izuzev da osigurana osoba kojoj prvi specijalistički pregled nije proveden u roku od 30 dana od dana prvog javljanja u ugovornu zdravstvenu ustanovu, odnosno kod ugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse, ima pravo obaviti taj specijalistički pregled u neugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno kod neugovornog zdravstvenog radnika privatne prakse uz povrat troškova od strane HZZO-a^{xii}. Na kraju, zakonodavni okvir ne obvezuje državnu administraciju da analizira i objavljuje podatke osnovom kojom bi se mogla ocjenjivati kvaliteta dostupnosti zdravstvene zaštite kako općoj populaciji, tako niti različitim grupama stanovnika, uključujući ranjive skupine.

3. MOGUĆI PRISTUPI PROBLEMU

Detaljna analiza uzročnih problema (organizacijskih, financijskih, stručnih i obrazovnih manjkavosti) zdravstvenog sustava kao i nezadovoljavajuće suradnje s drugim javnim sustavima (naročito socijalne skrbi) i nevladinim sektorom izvan je okvira ove smjernice, no uzimajući u obzir objektivne probleme, ali i kapacitete hrvatskog zdravstvenog sustava, smatramo da unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene zaštite u Hrvatskoj za početak treba graditi kroz 3 paralelna pravca djelovanja:

- **Analizi i objavi podataka o dostupnosti ključnih oblika zdravstvene zaštite** na razini opće populacije i naročito na razini ranjivih društvenih skupina (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama) iz perspektive različitih dimenzija dostupnosti (priuštivost, resursna raspoloživost, vremenska i geografska pristupačnost, adekvatnost i primjerenost);
- **Konkretizaciji obveze države da građanima pruži zdravstvenu zaštitu u primjerenom vremenu i na prihvatljivoj udaljenosti**, u rasponu od određivanja javnih vremenskih ciljeva za ustanove (minimalan zahtjev) do uvođenja mogućnosti da se skrb traži u privatnom sektoru o trošku Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ukoliko se u propisanom roku ili udaljenosti ne može ostvariti u javnom (maksimalan zahtjev).
- **Ciljanim projektima koji će omogućiti unaprjeđenje dostupnosti:**
 - ranjivim skupinama (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama),
 - u područjima skrbi za koje znamo da ne ostvarujemo dobre rezultate.

U fokusu predloženih rješenja je povećanje ne samo dostupnosti, već i pravičnosti u osiguranju jednakog pristupa zdravstvenoj skrbi različitim društvenim skupinama, pritom posebno vodeći računa o rizicima socijalnog isključivanja i marginalizacije. To znači da se potrebama u zajednici treba pristupati temeljito, ali i segmentirano, sagledavajući specifičnosti socioekonomskog položaja i resursa na raspolaganju pojedincima, određenim skupinama i lokalnim zajednicama, unutar opće populacije i nacionalnog teritorija.

4. PRIMJERI I STUDIJE SLUČAJA

Razvijene europske zemlje već desetljećima objavljuju detaljne podatke o dostupnosti zdravstvene zaštite, između ostalog i kroz redovite publikacije Eurostata^{xiii} i izvješća OECD-a^{xiv}. Europska komisija naglašava važnost provedbe i daljnjeg razvoja alata i metoda analize dostupnosti zdravstvene zaštite u svrhu evaluacije učinkovitosti zdravstvenih sustava s ciljem unaprjeđenja zdravstvenih ishoda građana i povećanja otpornosti zdravstvenih sustava^{xv}. Primjer dobre prakse na koji se možemo ugledati kako bi se unaprijedio postojeći nejasan i neažuran web servis HZZO-a o listama čekanja po zdravstvenim ustanovama nalazimo već u neposrednom susjedstvu, u Sloveniji. Slovenski Nacionalni institut za javno zdravlje objavljuje mjesečne izvještaje o broju pacijenata i vremenima čekanja na ključne zdravstvene usluge po

kategorijama hitnosti za sve slovenske zdravstvene ustanove, s komentarom trenda u odnosu na protekli mjesec.^{xvi}

Prema OECD-u, mjere za smanjenje listi čekanja uključuju povećanje ponude te smanjenje ili bolje upravljanje potražnjom za zdravstvenim uslugama. Najčešća mjera među članicama OECD-a jest uvođenje maksimalno dozvoljenog vremena čekanja. Vlade ga mogu koristiti za uspostavljanje općeg cilja za različite zdravstvene usluge na razini sustava. Također se može koristiti kao cilj na razini pružatelja usluga ili da se pacijentima da konkretno jamstvo da će se njihovo liječenje provesti u određenom vremenskom roku^{xvii}.

Posebni programi usmjereni na unaprjeđenje dostupnosti prema pojedinim ranjivim skupinama (djeca, adolescenti, romska zajednica, stanovnici slabo naseljenih ruralnih područja, osobe s invaliditetom, itd.) ili tipovima skrbi (liječenje raka, mentalno zdravlje, itd.), a koji uključuju dodatno financiranje i/ili reorganizaciju sustava pružanja usluga također su standardna praksa u velikom broju razvijenih europskih zemalja¹². Iako je u moru izvrsnih programa teško izdvojiti jedan, za primjer ističemo sjajan telemedicinski sustav Norveške koji svakodnevno omogućava lako dostupno korištenje visoko specijaliziranih medicinskih usluga (kardiologija, neurokirurgija, itd.) stanovnicima udaljenih i slabo naseljenih područja Norveške^{xviii}.

5. PREDLOŽENA INTERVENCIJSKA LOGIKA: MJERE I CILJEVI

5.1. Širi ciljevi ili utjecaj predloženih intervencija (*Impact*)

Cilj 1: Unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj mjereno stopom nezadovoljenih zdravstvenih potreba stanovništva.

- **Indikator 1:** Smanjenje stope nezadovoljenih zdravstvenih potreba s 8,9% izmjerenih 2022. godine najmanje na stopu zabilježenu 2019. godine (1,4%). Izvor podataka i rok: Izvješće Eurostata koje će biti objavljeno 2025. godine (podaci za 2024.)

Cilj 2: Unaprjeđenje pravičnosti dostupnosti zdravstvene zaštite mjereno razlikama u stopama nezadovoljenih zdravstvenih potreba između različitih socioekonomskih skupina stanovništva.

- **Indikator 2:** Najmanje 10% smanjenje razlika u stopama nezadovoljenih zdravstvenih potreba u skupinama po dohotku (najveći i najmanji dohodak) i dobi (mlađi i stariji od 65 godina) u odnosu na godinu ranije.

Izvor podataka i rok: Izvješće Eurostata koje će biti objavljeno 2025. godine (podaci za 2024.)

- **Indikator 3:** Trenutno nedostupan. Definiranje seta indikatora kojima će se mjeriti dostupnost za odabrane ranjive skupine (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama) i prosječno najmanje 10% poboljšanje u drugoj godini mjerenja. Rok: 2025. godina (podaci za 2024.)

Unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene zaštite imat će siguran pozitivan učinak na najviši cilj našeg zdravstvenog sustava; poboljšanje zdravstvenih ishoda populacije mjereno kroz indikatore kao što su očekivano trajanje života, očekivane godine zdravog života, smrtnost i preživljenje kod različitih bolesti i slično. Unaprjeđenje pravičnosti dostupnosti će pak osigurati da se smanji izvjestan, ali u Hrvatskoj nedokumentiran zaostatak u zdravstvenim ishodima između ranjivih skupina i opće populacije. Navedeno poboljšanje nije moguće kvantificirati zbog velikog broja parametara koji imaju izravan i neizravan utjecaj na zdravstvene ishode, nesigurnosti vezanih uz kretanja tih parametara kroz vrijeme kao i zbog nedostatka dostupnih podataka o razlikama u zdravstvenim ishodima između različitih skupina populacije u Hrvatskoj.

5.2. Ishodi (*outcomes*):

Promjena politike koju predlažemo korisnicima bi trebala unaprijediti sljedeće dimenzije dostupnosti zdravstvene zaštite:

Ishod 1: Priuštivost populaciji s najmanjim dohotkom

- **Indikator 1:** Smanjenje učestalosti katastrofalnih troškova za zdravstvenu zaštitu (više od 40% kapaciteta potrošnje kućanstava nakon zadovoljenja osnovnih životnih potreba, prema metodologiji WHO-EURO) u prvoj dohodovnoj kvintili populacije u 2025. godini za najmanje 10% u odnosu na 2019. godinu.
Izvor podataka: Državni zavod za statistiku.

Ishod 2: Vremenska pristupačnost općoj populaciji kroz smanjenje listi čekanja

- **Indikator 2:** Smanjenje stope nezadovoljenih zdravstvenih potreba zbog vremena čekanja najmanje na razinu zabilježenu 2019. godine.
Izvor podataka i rok: Izvješće Eurostata koje će biti objavljeno 2025. godine (podaci za 2024.)

Ishod 3: Geografska pristupačnost općoj populaciji

- **Indikator 3:** Smanjenje stope nezadovoljenih zdravstvenih potreba zbog udaljenosti najmanje na onu zabilježene 2019. godine.
Izvor podataka i rok: Izvješće Eurostata koje će biti objavljeno 2025. godine (podaci za 2024.)

Ishod 4: Adekvatnost (u smislu dovoljnog broja usluga i kontinuiranosti skrbi) usluga koje se pružaju ranjivim skupinama (skupine u riziku marginalizacije, tj, osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama)

- **Indikator 4:** Trenutno nedostupan. Definiranje seta indikatora kojima će se mjeriti dostupnost i prosječno najmanje 10% poboljšanje u drugoj godini mjerenja (2025.)

Ishod 5: Adekvatnost (u smislu dovoljnog broja usluga i kontinuiranosti skrbi) usluga vezanih uz područja skrbi koja trenutno nisu dovoljno razvijena

- **Indikator 5:** Trenutno nedostupan. Definiranje seta indikatora kojima će se mjeriti dostupnost i prosječno najmanje 10% poboljšanje u drugoj godini mjerenja (2025.)

5.3. Kratkoročni učinci (*outputi*):

U sustavu želimo vidjeti sljedeće konkretne promjene:

- **Promjena 1:** Razvoj javno dostupne baze podataka o dostupnosti zdravstvene zaštite pretražive po socio-demografskim pokazateljima i iscrpna godišnja izvješća o stanju dostupnosti koja će omogućiti unaprjeđenje upravljanja na svim razinama zdravstvenog sustava, te posljedično poboljšanje učinkovitosti i pravičnosti pružanja zdravstvene zaštite stanovništvu.
 - **Indikator 1:** Objava prvog godišnjeg izvješća za 2024. godinu
- **Promjena 2:** Skraćenje listi čekanja za sve zdravstvene usluge prema medicinski prihvatljivim okvirima.
 - **Indikator 2:** Trenutno nedostupan. Definiranje seta indikatora i prosječno najmanje 10% poboljšanje u drugoj godini mjerenja (2025.)
- **Promjena 3:** Unaprjeđenje geografske pristupačnosti skrbi
 - **Indikator 3:** Trenutno nedostupan. Definiranje seta indikatora i prosječno najmanje 10% poboljšanje u drugoj godini mjerenja (2025.)
- **Promjena 4:** Provedba ciljanih nacionalnih akcijskih planova usmjerenih ka 5 ranjivih skupina (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i

mogućnostima pristupa uslugama) koji će unaprijediti dostupnost zdravstvene zaštite za te populacije

- **Indikator 4:** Izvještaji o provedbi 5 ciljanih nacionalnih akcijskih planova. Rok 2025.
- **Promjena 5:** Provedba ciljanih nacionalnih akcijskih planova usmjerenih na 5 područja skrbi za koje znamo da ne ostvaruju dobre rezultate koji će unaprijediti dostupnost zdravstvene zaštite u tim područjima skrbi
 - **Indikator 5:** Izvještaji o provedbi 5 ciljanih nacionalnih akcijskih planova. Rok 2025.

6. MJERE I AKTIVNOSTI

Predlažemo sljedeće ključne korake kako bismo došli do očekivanih učinaka:

- Hrvatski zavod za javno zdravstvo: uspostava javno dostupne baze podataka koja bi prikupljala raspoložive podatke o priuštivosti, resursnoj raspoloživosti, vremenskoj i geografskoj pristupačnosti, adekvatnosti (u smislu dovoljnog broja usluga i kontinuiranosti skrbi) i primjerenosti zdravstvene zaštite, te objava godišnjih izvještaja koji bi analizirali stanje i trendove u općoj populaciji i ranjivim skupinama (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama).
- Transparentno formiranje stručnog povjerenstva Ministarstva zdravstva u koje bi bili uključeni predstavnici pacijenata s ciljem definiranja prijedloga medicinski prihvatljivih vremena čekanja na ključne zdravstvene usluge.
- Transparentno formiranje stručnog povjerenstva Ministarstva zdravstva u koje bi bili uključeni predstavnici pacijenata s ciljem dubinske analize geografske dostupnosti zdravstvene zaštite i prijedloga mjera unaprjeđenja.
- Transparentno formiranje stručnog povjerenstva Ministarstva zdravstva u koje bi bili uključeni predstavnici pacijenata s ciljem definiranja 5 nacionalnih akcijskih planova kojima bi se dostupnost zdravstvene zaštite unaprijedila ciljano za ranjive skupine (skupine u riziku marginalizacije, tj. osobe s manjim resursima i mogućnostima pristupa uslugama)
- Transparentno formiranje stručnog povjerenstva Ministarstva zdravstva u koje bi bili uključeni predstavnici pacijenata s ciljem definiranja 5 nacionalnih akcijskih planova

kojima bi se unaprijedila dostupnost zdravstvene zaštite za tipove skrbi u kojima ne ostvarujemo zadovoljavajuće rezultate.

- Izmjene zakonodavnog okvira (Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju) kojima bi se prijedlozi stručnih povjerenstava proveli i uveli u praksu

7. POTREBNI RESURSI (INPUTI)

Uspješna provedba predloženih mjera zahtijevat će prije svega konsenzus politike, struke i predstavnika pacijenata. Zdravstveni sustav trebao bi raspolagati dovoljnim ljudskim resursima i znanjima kako bi se provele sve mjere. Državni zavod za statistiku, Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje raspoložu potrebnim informacijama za predloženu aktivnost praćenja i analize dostupnosti izuzev dimenzije primjerenosti skrbi, za što bi trebalo prikupiti dodatne podatke. Procjenu potrebnih financijskih resursa u ovom trenutku nije moguće napraviti, s obzirom da bi stručna povjerenstva Ministarstva zdravstva trebala definirati konkretne projekte kojima će se provesti predložene mjere i postići predloženi ciljevi.

8. VAŽNOST DJELOVANJA I KLJUČNE PORUKE ZA CILJANU PUBLIKU

Unatoč vrlo niskoj stopi nezadovoljenih zdravstvenih potreba u općoj populaciji u 2019. godini (posljednji podaci Eurostata), u Hrvatskoj ne možemo biti zadovoljni stanjem dostupnosti zdravstvene zaštite. Isto istraživanje ukazalo je na znatne razlike i nepravičnosti u dostupnosti zdravstvene zaštite između pojedinih segmenata populacije (dohodak, obrazovanje, dob, itd.), a dostupni podaci iz 2022. godine ukazuju i na znatan porast nezadovoljenih potreba u općoj populaciji, kao posljedicu pandemije bolesti COVID-19. Problemi s kojima se susreću ranjive skupine i činjenica da su pojedini tipovi skrbi nedovoljno razvijeni opće su poznati. Stoga je izuzetno važno ugledati se na razvijene europske zemlje i početi detaljno analizirati podatke o pristupu zdravstvenoj zaštiti, te pokrenuti konkretne mjere i ciljne programe kojima će se unaprijediti financijska, vremenska i geografska dostupnost zdravstvene zaštite s posebnim fokusom na ranjive skupine i zanemarene tipove skrbi.

Reference:

- ⁱ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Croatia: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Dostupno na poveznici: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_hr_english.pdf
- ⁱⁱ Podaci iz istraživanja koje je proveo Eurofound nisu usporedivi s onima iz istraživanja EU-SILC zbog metodoloških razlika
- ⁱⁱⁱ Eurofound (2021), Living, working and COVID-19 survey, third round (February-March 2021).
- ⁱⁱⁱⁱ Bobinac, Ana (2023), Access to healthcare and health literacy: empirical investigation, Health Policy
- ^v Souliotis, K., Hazzardzhiev, S., & Agapidaki, E. (2016). A Conceptual Framework of Mapping Access to Health Care across EU Countries: The Patient Access Initiative. *Public health genomics*, 19(3), 153–159. Dostupno na poveznici: <https://doi.org/10.1159/000446533>
- ^{vi} Šogorić, Sanković, Štefančić i Vitale (2018). Osobe s invaliditetom – test pristupačnosti sustava zdravstva, *Acta Med Croatia*, 72:199-205
- ^{vii} Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22
- ^{viii} Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021.-2026. Godine. Dostupno na poveznici: <https://planoporavka.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Plan%20oporavka%20i%20otpornosti%20%20srpanj%202021..pdf?vel=13435491>
- ^{ix} HZZO web stranica. Dostupno na poveznici: <https://hzzo.hr/obvezno-osiguranje/naknada-za-troskove-prijevoza>
- ^x HZZO web stranica. Dostupno na poveznici: <https://dzo.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje-na-teret-proracuna-rh>
- ^{xi} Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 80/13, 137/13, 98/19
- ^{xii} Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja Dostupno na poveznici: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_04_49_949.html
- ^{xiii} Eurostat. Dostupno na poveznici: https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_silc_01_esms.htm
- ^{xiv} OECD. Dostupno na poveznici: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- ^{xv} European Commission (2021). Improving Access to Healthcare through More Powerful Measurement Tools, an Overview of Current Approaches and Opportunities for Improvement - Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. Dostupno na poveznici: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/measuring_access-to-healthcare_en_0.pdf
- ^{xvi} NIJZ web stanica. Dostupno na poveznici: <https://nijz.si/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-november-2022/>
- ^{xvii} OECD (2020), Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Dostupno na poveznici: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/242e3c8c-en/1/3/4/index.html?itemId=/content/publication/242e3c8c-en&csp=e90031be7ce6b03025f09a0c506286b0&itemIGO=oecd&itemContentType=book>
- ^{xviii} Zanaboni, P., Wootton, R. Adoption of routine telemedicine in Norwegian hospitals: progress over 5 years. *BMC Health Serv Res* 16, 496 (2016).

PRILOG 1. SAŽETAK NALAZA PROCJENE DRUŠTVENOG UTJECAJA INTERVENCIJA PREDLOŽENIH U OKVIRU SMJERNICA ZA RAZVOJ JAVNIH POLITIKA U PODRUČJU DOSTUPNOSTI ZDRAVSTVENE SKRBI

U razdoblju od siječnja do travnja 2023. godine, učinjena je Analiza društvenog utjecaja prijedloga Smjernica s nastojanjem da se ocijeni predložena logika intervencije iz perspektive njezine učinkovitosti, djelotvornosti, relevantnosti i koherentnosti. Provedeno je **desk istraživanje** te **fokus grupa** sastavljena od stručnjaka i korisnika u području dostupnosti zdravstvene skrbi održane 9. ožujka 2023. godine. Ovdje iznosimo sažetak zaključaka analize.

Relevantnost: Smjernice su relevantne za opću populaciju, kao i za niz specifičnih ciljanih skupina, od kojih i nekoliko vrlo ranjivih. One definiraju potrebu za unaprjeđenjem pristupačnosti zdravstvene skrbi za opću populaciju u Hrvatskoj s obzirom na pravovremenost pristupa, tj. skraćivanje listi čekanja koje su prema svim konzultiranim istraživanjima primarni razlog nezadovoljenih zdravstvenih potreba. Također, smjernice odgovaraju na potrebe ranjivih skupina koje nemaju jednak pristup zdravstvenim uslugama kao većinska populacija ili koje su neproporcionalno pogođene slabostima u pristupu zdravstvu od kojih trpi i opća populacija, a to su: osobe u nižim dohodovnim razredima, starije osobe, osobe koje stanuju na većoj udaljenosti od urbanih središta tj. većih zdravstvenih centara - npr. na otocima i u ruralnim sredinama, osobe oboljele od bolesti koje zahtijevaju dugotrajno liječenje, palijativnu skrb i druge specifične oblike liječenja, žene, beskućnici, Romi, tražitelji azila ili osobe pod međunarodnom supsidijarnom zaštitom te osobe koje iz kulturoloških ili vjerskih razloga zahtijevaju specifične oblike liječenja. Smjericama se definira kako je za pojedinačne ciljne skupine i izazove s kojima se one susreću potrebno definirati Akcijske planove i pojedinačne projekte kojima će se ublažiti slabosti u njihovom pristupu zdravstvenoj skrbi. Na razini opće populacije, predviđa se definiranje prihvatljivih vremena čekanja za pojedinačne medicinske usluge, kao i sustav praćenja i izvještavanja o dostupnosti zdravstvene skrbi u Republici Hrvatskoj.

Koherentnost: Smjernice su u skladu s međunarodnim obavezama i Ustavom Republike Hrvatske, kao i s nizom zakonskih i strateških dokumenata Hrvatske i EU, uključujući: Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 100/18) koji propisuje pravo na pristup zdravstvenoj zaštiti na temelju načela jednakosti, dostupnosti i kontinuiranosti zdravstvene zaštite; Nacionalni plan razvoja zdravstva od 2021. do 2027. koji kao srednjoročnu viziju navodi: „*zdravstveni sustav Republike Hrvatske do 2027. godine postat će učinkovitiji, kvalitetniji i održiviji te će osigurati izvrsnu dostupnost skrbi svim stanovnicima bez obzira gdje žive*“ te Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021.-2026. koji predviđa reformsku mjeru “Unaprjeđenje učinkovitosti, kvalitete i dostupnosti zdravstvenog sustava”.

Na Europskoj razini, Smjernice su usklađene s Poveljom Europske unije o temeljnim pravima te Europskom socijalnom poveljom koja obavezuje države članice da poduzmu mjere potrebne za osiguravanje pristupačne zdravstvene zaštite svim osobama koje žive na njihovom teritoriju.

Djelotvornost (*effectiveness*): Smjernicama je definirana intervencijska logika, kao i nekoliko mjera i aktivnosti te očekivani kratkoročni učinci, ishodi i utjecaj na više razina, uključujući i predviđene mjerljive pokazatelje učinka. Smjernice predlažu pristup problemima koji se temelji na konkretizaciji obaveze države da pruži zdravstvenu zaštitu u primjerenom vremenu, ciljanim projektima tj. akcijskim planovima kojima će se unaprijediti dostupnost skrbi ranjivim populacijama ili područjima skrbi, i uspostavi sustava praćenja dostupnosti ključnih oblika zdravstvene zaštite. Predložena je razgranata intervencijska logika koju prati i set ključnih pokazatelja, a koji su određeni svugdje gdje je bilo moguće definirati mjerljive pokazatelje temeljem već razvijene metrike.

Budući da Smjernice predviđaju niz akcijskih planova s pojedinačnim projektima koji nisu preciznije opisani, a kao mjere predviđaju se uspostave stručnih povjerenstava koji će ih razviti, u ovoj fazi nije moguće procijeniti potencijalnu učinkovitost mjera i aktivnosti u ostvarivanju očekivanih kratkoročnih učinaka. Kratkoročni učinci postavljeni su ambiciozno, kao unaprjeđenje još nedefiniranih pokazatelja dostupnosti skrbi za pojedine skupine od 10% u prvoj godini provedbe. Intervencijska logika na višim razinama, uz pretpostavljen uspjeh u postizanju kratkoročnih učinaka, predstavlja dobro elaboriran slijed ishoda i utjecaja s mjerljivim pokazateljima koji pokazuju inherentnu logiku povećanja ukupne pristupačnosti zdravstvene skrbi kako za opću populaciju, tako i za definirane skupine s otežanim pristupom zdravstvenim uslugama i ranjive skupine.

Učinkovitost (*efficiency*): S obzirom da Smjernice ne definiraju detaljni popis mjera kojima se želi utjecati na pristupačnost skrbi za pojedine ranjive skupine, nije moguće definirati troškove za javni sektor. Izvjesno je, međutim, kako unaprjeđenje pristupačnosti i jednakosti u pristupu zdravstvenoj skrbi ima potencijalno povoljne učinke na društvo i gospodarstvo. Svjetska zdravstvena organizacija ističe kako ulaganja i unaprjeđenje zdravstvenog sustava pozitivno utječu na gospodarsku performansu drugih sektora u nacionalnom gospodarstvu, budući da generiraju radna mjesta, te imaju značajnu ulogu u smanjenju društvene isključenosti na lokalnoj razini. Moguće je pretpostaviti da unaprjeđenje pristupa zdravstvenoj skrbi u geografskom smislu povećava socioekonomsku i demografsku perspektivu lokalnih zajednica na otocima i udaljenim ruralnim područjima, i da skraćivanje listi čekanja za opću populaciju značajno poboljšava kvalitetu skrbi radi njezine pravovremenosti, a time i ishode liječenja, stope preživljavanja i mogućnosti pacijenata da ostanu produktivni članovi društva.

Ovaj dokument izrađen je u sklopu aktivnosti na projektu **Zdravstveni opservatorij** (UP.04.2.1.06.0045.) nositelja Krijesnice – udruge za pomoć djeci i obiteljima suočenim smalignim bolestima, u okviru Tematske mreže za društveno-ekonomski razvoj tepromicanje socijalnog dijaloga u kontekstu unapređivanja uvjeta rada.

Projekt **Zdravstveni opservatorij** sufinancirala je Europska unija iz Europskog socijalnog fonda. Sadržaj publikacije isključiva je odgovornost Krijesnice – udruge za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.

Nositelj projekta je Udruga Krijesnica, a članice mreže još su: Medicinski fakultet u Zagrebu, Pravni fakultet u Zagrebu, Pravni fakultet u Rijeci i Ekonomski fakultet u Rijeci, Zaklada SOLIDARNA, Dravet sindrom Hrvatska, Centar za zdravo odrastanje Idem i ja, Koalicija udruga u zdravstvu, RODA – Roditelji u akciji, Hrvatski forum protiv raka dojke Europa Donna, Zaklada Nora Šitum, Udruga Terra, Hrvatski Cochrane, Savez društava multiple skleroze Hrvatske, Udruga za djecu s teškoćama u razvoju Zvončići, Udruga Kolibrići i Hrvatska mreža za ruralni razvoj te Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi. Uključeno je i 11 pridruženih članica mreže - Volonteri u palijativnoj skrbi La Verna, Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje, Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Udruga za promicanje mentalnog zdravlja Feniks Split, Udruga roditelja djece s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju Oko, DEBRA, društvo oboljelih od bulozne epidermolize, Udruga za unapređenje kvalitete življenja LET, Zaklada Zora, Hrvatski savez za rijetke bolesti i Koalicija za rad sa psihotraumom i za mir Vukovar.

Cilj projekta je jačanje kapaciteta organizacija civilnog društva za postizanje učinkovitog dijaloga s javnom upravom, socijalnim partnerima i znanstvenim visokoobrazovnim institucijama u oblikovanju i provođenju reformi koje doprinose jednakopravnosti građana u pristupu kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti te očuvanju i razvoju javnog zdravstvenog sustava.

Za više informacija o EU fondovima posjetite web stranicu Ministarstva regionalnoga razvoja i fondova Europske unije www.strukturnifondovi.hr.

