

Alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Bogut Barić, Martina

Professional thesis / Završni specijalistički

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:856235>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Martina Bogut Barić, mag.oec.

ALATI ZA UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA NA
PRIMARNOJ RAZINI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Završni specijalistički rad



Zagreb, lipanj 2018. godine

Sveučilište u Zagrebu

Medicinski fakultet

Martina Bogut Barić, mag.oec.

ALATI ZA UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA NA
PRIMARNOJ RAZINI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Završni specijalistički rad

Zagreb, lipanj 2018. godine

Naziv ustanove: Škola Narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet

Voditelj rada: prof.dr.sc. Ratko Matijević, dr.med.

Redni broj rada:

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Ljudski resursi i upravljanje ljudskim resursima.....	1
1.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj.....	3
1.2.1. Primarna zdravstvena zaštita u hrvatskom zdravstvenom sustavu	4
1.3. Zdravstveni sustav i ekonomski razvoj	9
1.3.1. Primarna razina zdravstvene zaštite u zdravstvenoj potrošnji u Republici Hrvatskoj.....	13
1.4. Upravljanje ljudskim resursima i hrvatski zdravstveni sustav	16
2. CILJ RADA.....	24
3. METODE	25
4. REZULTATI.....	26
4.1. Upravljanje ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	26
5. RASPRAVA.....	42
6. UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU.....	47
6.1. Alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu	50
6.1.1. Alati strateškog planiranja.....	51
6.1.2. Alati mjerenja upravljanja ljudskim resursima.....	52
6.1.3. Alati baze podataka	58
7. ZAKLJUČAK	60
8. SAŽETAK.....	61
9. LITERATURA.....	64
10. ŽIVOTOPIS	69
11. POPIS SLIKA I TABLICA.....	70
11.1. Popis slika.....	70
11.2. Popis tablica	70

Popis oznaka i kratica

BDP – Bruto domaći proizvod

BIH – Bosna i Hercegovina

BZZ – bolnička zdravstvena zaštita

DZS – Državni zavod za statistiku

EU – Europska unija

HLK – Hrvatska liječnička komora

HMP – Hitna medicinska pomoć

HRK - Hrvatska kuna

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

MZ – Ministarstvo zdravlja / Ministarstvo zdravstva

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj)

PZZ – Primarna zdravstvena zaštita

RH – Republika Hrvatska

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

USD - Američki dolar

WHO – World Health Organization (Svjetska zdravstvena organizacija)

1.UVOD

1.1. Ljudski resursi i upravljanje ljudskim resursima

Preduvjet da bi određeni sustav funkcionirao su ljudi koji će ga iznijeti. To je posebno izraženo u radno intenzivnim sustavima, kojima pripada i zdravstvo.

Upravljanje ljudskim resursima je posebno područje društvenih znanosti. Osim kao znanstvenu disciplinu, upravljanje ljudskim resursima promatra se i kao upravljačka funkcija, poslovna funkcija i specifična filozofija i pristup menadžmentu (1).

Ljudski resursi osnova su svim sustavima. Predstavljaju i ključan razvojni dio te često su izazov za zdravstvene sustave mnogih zemalja pa tako i Republike Hrvatske (RH) (2).

Za sve resurse tako i za ljudske bitna je njihova optimizacija. Nije dovoljno samo nešto imati nego i efektivno i efikasno znati upotrebljavati i upravljati time. Značajno je to naglašeno u situacijama kada pojedinih resursa nema dovoljno, kada dolazi u prvi plan umijeće upravljanja onim raspoloživim.

Nedovoljno poznavanje područja upravljanja ljudskim resursima za posljedicu ima nepravilnu primjenu funkcija upravljanja ljudskim resursima što dovodi do neostvarivanja ciljeva i izostanka pozitivnih rezultata.

Kvalitetno upravljanje područjem ljudskih resursa pokretač je efektivnog i efikasnog poslovanja, vodi unapređuju ekonomske uspješnosti, te ostvarenju konkurentske prednosti putem ljudi (1).

Promatrajući i definirajući upravljanje ljudskim resursima u užem smislu, ono ima za cilj pronalazak i osiguravanje adekvatnog broja i strukture kvalitetnih ljudi, njihovih znanja, vještina, interesa, motivacije, obrazovanja i razvoja te oblika ponašanja potrebnih u svrhu postizanja rezultata te razvojnih i strategijskih ciljeva organizacije (3).

Kod primjene i rada na upravljanju ljudskim resursima potrebno je poznavati funkcije upravljanja ljudskim resursima i potrebno je postupati po funkcijama odnosno specifičnim zadacima koje obuhvaća pojedina funkcija. Prikaz funkcija upravljanja ljudskim resursima nalazi se na Slici 1.

Slika 1. Funkcije upravljanja ljudskim resursima

<i>Funkcija upravljanja</i>	<i>Kratak opis funkcije</i>
Strategijsko upravljanje ljudskim resursima	Strategijsko upravljanje ljudskim resursima podrazumijeva sustavno i promišljeno razvijanje ljudskih resursa usmjereno na postizanje i razvijanje sposobnosti, osiguravanja konkurentne prednosti i postizanja strateških ciljeva organizacije. Strategija pomaže da se može učinkovito nositi s nepredviđenim situacijama i pritiscima.
Planiranje ljudskih resursa	Planiranje ljudskih resursa je proces koji podrazumijeva određivanje određenog broja ljudi s određenim znanjima, vještinama i sposobnostima.
Analiza posla	Analiza posla je određivanje podataka uz određeni posao radno mjesto s detaljnim i jasnim opisom i specifikacijom radnog mjesta odnosno sistematizacija radnih mjesta.
Pribavljanje ljudskih resursa	Pribavljanje ljudskih resursa je proces privlačenja kandidata na radna mjesta i to kandidata koji imaju tražena znanja, vještine i sposobnosti potrebne za obavljanje posla određenog radnog mjesta.
Selekcija ljudskih resursa	Selekcija ljudskih resursa je postupak kojim se primjenom utvrđenih metoda i tehnika izabiru osobe koje najbolje udovoljavaju zahtjevima radnog mjesta.
Obrazovanje ljudskih resursa	Obrazovanje ljudskih resursa je ulaganje za širenje znanja, vještina i sposobnosti ljudi na određenom radnom mjestu.
Praćenje radne uspješnosti	Praćenje radne uspješnosti je proces vrednovanja kvalitete i usmjeravanja ponašanja i rezultata rada zaposlenih na radnom mjestu u svrhu poboljšanja.
Materijalno nagrađivanje	Materijalno nagrađivanje podrazumijeva materijalne stimulacije za rad, koje su usmjerene na poboljšanje materijalnog položaja zaposlenika.
Nematerijalno nagrađivanje	Nematerijalno nagrađivanje podrazumijevaju razne stimulacije za rad koje nemaju financijski trošak.
Upravljanje karijerom	Upravljanje karijerom je proces kojim ustanova odnosno organizacija izabire, ocjenjuje i razmješta zaposlene osobe, kojim stvara zaposlene s potrebnim kvalifikacijama s kojima će zadovoljiti buduće potrebe organizacije.

Izvor: Sikavica P, Bahtijarević-Šiber F, Pološki Vokić N. Temelji menadžmenta i Bahtijarević Šiber F. Menadžment ljudskih potencijala

1.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Zdravstveni sustavi mnogih zemalja, uključujući i RH, suočeni su s brojnim izazovima, na koje mogu odgovoriti samo kvalitetnim upravljanjem resursima, posebno onim ljudskim (4).

Pretpostavlja se da svaka zemlja teži primjenjivati model zdravstvenog sustava koji bi održavao optimizaciju njenih resursa i specifičnosti. Koliko zemalja ima na taj način postavljen zdravstveni sustav i koliko su pojedine zemlje uspješne u tome, pitanje je koje se može zasebno analitički promatrati.

Kako bi definirali alate za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvenom sustavu na primarnoj razini zdravstvene zaštite a zatim i ukupno u zdravstvenom sustavu, potrebno je poznavati i uzeti u obzir obilježja zdravstvenog sustava u RH.

Osnovna načela na kojima se temelji zdravstveni sustav u RH su načelo sveobuhvatnosti, načelo kontinuiranosti, načelo dostupnosti, načelo cjelovitog pristupa i načelo specijaliziranog pristupa. Ukratko, nabrojana načela odnose se na obuhvat cjelokupnog stanovništva u RH, kontinuirani pristup kroz sve životne dobi, dostupnost zdravstvene zaštite na cijelom teritoriju RH, te cjelovit pristup zdravstvene zaštite na primarnoj razini i specijaliziran pristup na višim razinama zdravstvene zaštite (5).

Zdravstvena politika u RH naglašava i načelo solidarnosti. Načelo solidarnosti odnosi se na solidarnost zdravih s bolesnima, solidarnost bogatih sa siromašnima i solidarnost mladih prema starijima. Načelo solidarnosti usmjereno je na osiguravanje socijalne pravednosti kroz pomoć građanima u siromaštvu i socijalno isključenim, te građanima u različitim društvenim i ekonomskim prilikama (6).

U RH zdravstvena zaštita provodi se kroz razine zdravstvene zaštite: primarnu, sekundarnu i tercijarnu te razinu zdravstvenih zavoda (5, 6).

Primarna razina zdravstvene zaštite je polazna i na toj razini se obavlja najveći dio zdravstvenih usluga zadovoljavajući najveći dio potreba stanovništva. Sekundarna razina zdravstvene zaštite obuhvaća manji broj ali složenijih usluga od primarne. Dok zdravstvena zaštita na tercijarnoj razini obuhvaća najsloženije ujedno i najskuplje oblike zdravstvene zaštite, te znanstveni rad i izvođenje nastave (5, 6, 7, 8).

Kod opisivanja zdravstvenog sustava potrebno je uzeti u obzir i zdravstveno osiguranje. Unutar hrvatskog zdravstvenog sustava zdravstveno osiguranje se dijeli na obvezno i dobrovoljno (9, 10).

Veliku ulogu u hrvatskom zdravstvenom sustavu ima jedini osiguravatelj obveznog osiguranja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) (9). Dok, dobrovoljno zdravstveno osiguranje može pružati HZZO ali i druga društva za osiguranje (10).

HZZO ima važnu i specifičnu ulogu u hrvatskom zdravstvenom sustavu. HZZO je jedini osiguravatelj obveznog zdravstvenog osiguranja, koji pokriva gotovo ukupno stanovništvo RH, jedini je kupac zdravstvenih usluga, sklapa ugovore s pružateljima zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvenog osiguranja i sudjeluje u određivanju opsega zdravstvenih usluga financiranim javnim sredstvima, nadgleda standarde rada i određuje cijene zdravstvenih usluga (5, 6).

Financiranje javnog zdravstvenog sustava u RH ostvaruje se kroz kombinaciju Bismarck i Beveridge modela zdravstvenog sustava. Što znači da se financira kombinacijom doprinosa i poreza. Stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje je 15% i čini veći dio financiranja zdravstvenog sustava (6).

1.2.1. Primarna zdravstvena zaštita u hrvatskom zdravstvenom sustavu

Primarna zdravstvena zaštita (PZZ) je početna razina zdravstvene zaštite u hrvatskom zdravstvenom sustavu i zbog toga ima veliku važnost za uspostavljanje učinkovitog i održivog cjelokupnog zdravstvenog sustava. Nadalje, uspostavom kvalitetnog upravljanja i unapređenjem alata za upravljanje ljudskim resursima na primarnoj razini stvara se osnova za učinkovito upravljanje ljudskim resursima u cjelokupnom zdravstvenom sustavu.

PZZ u hrvatskom zdravstvenom sustavu obuhvaća praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja, sprečavanje i otkrivanje bolesti, preventivnu zdravstvenu zaštitu, patronažne posjete, zdravstvenu njegu u kući, medicinu rada, hitnu medicinu, palijativnu medicinu, zaštitu mentalnog zdravlja i sanitetski prijevoz (5).

Primarna zdravstvena zaštita se pruža kroz 17 djelatnosti. To su djelatnosti:

- opće/obiteljske medicine,
- zdravstvene zaštite žena,
- zdravstvene zaštite predškolske djece,
- stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne),
- patronažne zdravstvene zaštite,
- zdravstvene njege u kući bolesnika,
- higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite,
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
- laboratorijske dijagnostike,
- ljekarništva,
- hitne medicinske pomoći,
- javnog zdravstva,
- medicine rada,
- zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti,
- sanitetskog prijevoza,
- palijativne skrbi,
- telemedicine (5).

Na primarnoj razini zdravstvena zaštita se organizira u timskom radu koje čine najmanje zdravstveni radnik sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem ili integriranim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem zdravstvenog usmjerenja i zdravstveni radnik prvostupnik ili zdravstveni radnik srednje stručne spreme (5).

Zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini obavljaju: doktori medicine, specijalisti opće/obiteljske medicine, specijalisti pedijatrije, specijalisti ginekologije i opstetricije, specijalisti medicine rada, specijalisti medicine rada i sporta i specijalisti školske medicine u timu s medicinskom sestrom/tehničarom, specijalisti hitne medicine u timu s najmanje medicinskom sestrom/tehničarom, medicinska sestra/tehničar s dodatnim specijalističkim stručnim usavršavanjem iz hitne medicinske pomoći u timu s najmanje medicinskom sestrom/tehničarom, doktori dentalne medicine u timu sa dentalnim asistentom, specijalisti epidemiologije, zdravstvene ekologije i javnog zdravstva, specijalisti medicinske biokemije, odnosno osobe sa završenim diplomskim sveučilišnim studijem medicinske biokemije u timu s osobom sa završenim preddiplomskim sveučilišnim ili stručnim studijem laboratorijske

dijagnostike, odnosno laboratorijskim tehničarom, magistri farmacije u timu s farmaceutskim tehničarom, primalje u timu s primaljom-asistentom te patronažne sestre, a u poslovima zaštite mentalnog zdravlja i prevencije sudjeluje specijalist psihijatrije, psiholog, logoped i socijalni radnik, odnosno drugi stručnjaci za pojedina specifična pitanja te zdravstvene zaštite (5).

Zdravstvena zaštita na razini zdravstvenih zavoda u sklopu primarne zdravstvene zaštite obuhvaća odnosno provodi: higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu predškolske djece i studenata, javno zdravstvo i zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti (5, 9).

Na razini zdravstvenih zavoda zdravstvenu zaštitu provode državni zdravstveni zavodi, županijski zavodi za javno zdravstvo, te Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, županijski zavodi za hitnu medicinu te Zavod za hitnu medicinu grada Zagreba, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za mentalno zdravlje, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za toksikologiju i Hrvatski zavod za telemedicinu (5, 8).

Pet djelatnosti u sklopu PZZ-a organizirano je na temelju prava samostalnog i slobodnog izbora liječnika. Korisnicima obveznog zdravstvenog osiguranja omogućen je slobodan izbor liječnika za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece i polivalentne dentalne zdravstvene zaštite. Zaposleni korisnici obveznog zdravstvenog osiguranja putem poslodavca izabiru liječnika medicine rada (6, 9).

Pružatelji zdravstvene zaštite na PZZ-u mogu biti javni ili privatni. Jedinice privatne prakse u sustavu su javnog zdravstva preko ugovora s HZZO-om. (5, 11).

Plaćanje zdravstvene zaštite odnosno pružatelja primarne zdravstvene zaštite razlikuje se po djelatnostima. Navedeno je regulirano propisima i to Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koju donosi Upravno vijeće HZZO-a uz suglasnost ministra zdravstva i prethodno pribavljenom mišljenju nadležnih komora (9, 11, 12).

Slika 2. Plaćanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene zaštite

Djelatnosti	Način plaćanja
Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena Polivalentna dentalna zdravstvena zaštita	-naknada za tzv. hladni pogon odnosno za obračunate troškove ordinacije utvrđene osnovom prosjeka na razini RH (opći troškovi, npr. struja, voda i sl.) -naknada po broju opredijeljenih osiguranih osoba, tzv. glavarina -naknada prema ispostavljenim računima za provedene dijagnostičko-terapijske postupke (DTP) -naknada za učinkovito izvršavanje ugovornih obveza (KPI) -naknada za ostvarenu kvalitetu pruženih usluga (QI) -plaćanje dodatnih mogućnosti (ovisno o preventivnim aktivnostima, sudjelovanju u skupnim praksama i pružanja dodatnih usluga osiguranim osobama)
Hitna medicina Sanitetski prijevoz Javno zdravstvo Zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja Prevenција i izvanbolničko liječenje ovisnosti Paliјativna skrb	-vrijednost standardnog tima
Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita Preventivno odgojne mjere školske djece i studenata Patronažna zdravstvena zaštita Laboratorijska dijagnostika na primarnoj razini	-glavarina odnosno plaćanje po osiguranoj osobi
Ljekarništvo	-plaćanje ljekarničke usluge (cijena x usluga)
Medicina rada Zdravstvena njega u kući	-vrijednosti dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP)

Izvor: HZZO, Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Prema podacima Demografskog atlasa hrvatskog liječništva, za 2016. godinu, ukupno zdravstvenih ustanova ili pružatelja zdravstvene zaštite na primarnoj razini ima 4.656, što predstavlja 70,6% od ukupnog broja pružatelja zdravstvene zaštite (8). U analizu nisu uključeni pružatelji stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne). Broj pružatelja zdravstvene zaštite prikazan je po razinama zdravstvene zaštite i po županijama, u Tablici 1.

Tablica 1. Prikaz zdravstvenih ustanova po razinama zdravstvene zaštite i po županijama u Republici Hrvatskoj, stanje na dan 31.12.2016.

Županija/Grad Zagreb	Ukupno na primarnoj razini	Ukupno na sekundarnoj razini	Ukupno na tercijarnoj razini	Ukupno na razini zdravstvenih Zavoda
Brodsko-posavska	129	25	0	2
Osječko-baranjska	257	88	1	2
Požeško-slavonska	81	16	0	2
Virovitičko-podravska	70	20	0	2
Vukovarsko-srijemska	140	25	0	2
Zadarska	208	76	0	2
Šibensko-kninska	113	34	0	2
Splitsko-dalmatinska	550	225	1	2
Dubrovačko-neretvanska	149	54	0	2
Istarska	299	145	0	2
Primorsko-goranska	460	207	2	2
Ličko-senjska	42	9	0	2
Bjelovarsko-bilogorska	119	41	0	2
Karlovačka	137	40	0	2
Koprivničko-križevačka	109	26	0	2
Krapinsko-zagorska	130	36	1	2
Međimurska	108	27	0	2
Sisačko-moslavačka	152	38	0	2
Varaždinska	206	52	0	2
Zagrebačka	300	92	0	2
Grad Zagreb	897	601	8	8
Ukupno	4.656	1.877	13	48

Izvor: Demografski atlas hrvatskog liječništva. Hrvatska liječnička komora, Zagreb, 2017.

Prema podacima HZJZ-a i Hrvatske liječničke komore (HLK) objavljenih u Demografskom atlasu hrvatskog liječništva, stanje na 01.01.2017. godine, u RH ukupan broj doktora medicine u sustavu je 14.394. Od toga 26,64% doktora medicine je na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Najviše ih je na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, 33,16%. Ako analiziramo samo doktore medicine koji su zaposleni na neodređeno, njih u promatranom vremenskom razdoblju ima 13.037. Isto ih je najviše na tercijarnoj razini 34,18%, dok na primarnoj razini je 25,17% od ukupnog broja liječnika (8). U analizu i obradu nisu obuhvaćeni doktori dentalne medicine. Detaljna razrada nalazi se u Tablici 2 i Tablici 3.

Tablica 2. Broj doktora medicine po razinama zdravstvene zaštite, stanje na dan 01.01.2017.

Razina zdravstvene zaštite	Broj liječnika medicine	Udio u %
Primarna	3.834	26,64%
Sekundarna	4.488	31,18%
Tercijarna	4.773	33,16%
Razina Zavoda	1.299	9,02%
Ukupno	14.394	100%

Izvor: Demografski atlas hrvatskog liječništva. Hrvatska liječnička komora, Zagreb, 2017.

Tablica 3. Broj doktora medicine, zaposlenih na neodređeno vrijeme, po razinama zdravstvene zaštite, stanje na dan 01.01.2017.

Razina zdravstvene zaštite	Broj liječnika medicine	Udio u %
Primarna	3.281	25,17%
Sekundarna	4.212	32,31%
Tercijarna	4.456	34,18%
Razina Zavoda	1.088	8,35%
Ukupno	13.037	100%

Izvor: Demografski atlas hrvatskog liječništva. Hrvatska liječnička komora, Zagreb, 2017.

1.3. Zdravstveni sustav i ekonomski razvoj

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu dio je zdravstvenog sustava svake zemlje. Kvalitetno upravljanje ljudskim resursima utječe pozitivno na učinkovitost zdravstvenog sustava i na njegovu održivost i financijsku stabilnost, ali i na ekonomski razvoj zemlje (1).

Svi ti elementi su međusobno povezani. Kvalitetno upravljanje zdravstvenim sustavom, posebno uzimajući u obzir financijski dio sustava utječe na ukupnu ekonomsku stabilnost zemlje te omogućava njezin ekonomski rast. No, isto tako zdravstveni sustav, time i upravljanje ljudskim resursima, ovisi i uvjetovano je visinom izdvajanja za zdravstvo i načinom financiranja zdravstva.

U opisu zdravstvenog sustava naznačeno je na koji način se hrvatski zdravstveni sustav financira. U ovom dijelu rada analiziramo koliko to predstavlja financijskih sredstava i kakav je položaj RH u odnosu na druge zemlje EU.

Prema podacima za 2015. godinu ukupna izdvajanja za zdravstvo u RH odnosno ukupna zdravstvena potrošnja iznosi 7,4% bruto domaćeg proizvoda (BDP). Zdravstvena potrošnja u RH je puno manja od prosjeka Europske unije (EU) koja iznosi 9,9% BDP-a (13). Hrvatska se nalazi na 18.-tom mjestu po udjelu zdravstvene potrošnje u BDP-u, uzimajući u obzir svih 28 zemalja EU-a. Pregled podataka po EU zemljama prikazan je u Tablici 4.

Tablica 4. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u za zemlje Europske unije, po godinama

Zemlja	2000.	2005.	2010.	2015.
Austrija	9,22	9,58	10,11	10,32
Belgija	7,94	9,02	9,92	10,48
Bugarska	5,87	6,94	7,11	8,20
Hrvatska	7,66	6,90	8,12	7,40
Cipar	5,31	5,29	6,28	6,77
Češka	5,73	6,39	6,94	7,31
Danska	8,10	9,09	10,38	10,33
Estonija	5,16	4,96	6,33	6,51
Finska	6,84	8,00	8,87	9,45
Francuska	9,54	10,18	10,71	11,07
Njemačka	9,84	10,28	11,03	11,15
Grčka	7,24	9,00	9,56	8,38
Mađarska	6,78	8,03	7,56	7,24
Irska	5,91	7,65	10,54	7,76
Italija	7,58	8,36	8,95	9,00
Latvija	7,91	8,85	8,63	5,76
Litva	5,83	5,64	6,81	6,51
Luksemburg	5,90	7,18	7,03	6,05
Malta	6,54	8,69	8,21	9,62
Nizozemska	7,06	9,27	10,40	10,69
Poljska	5,30	5,81	6,42	6,35
Portugal	8,37	9,43	9,82	8,97
Rumunjska	4,19	5,46	5,71	4,95
Slovačka	5,31	6,60	7,80	6,89
Slovenija	7,78	7,97	8,56	8,54
Španjolska	6,82	7,68	9,02	9,17
Švedska	7,41	8,28	8,49	11,01
Ujedinjeno Kraljevstvo	6,01	7,24	8,51	9,88

Izvor: WHO, Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Prema analizi podataka iz 2015. godine, iza RH odnosno zemlje koje izdvajaju za zdravstvo manji postotak BDP-a od RH su Češka, Mađarska, Slovačka, Cipar, Estonija, Litva, Poljska, Luksemburg, Latvija i Rumunjska. No, kada promatramo i analiziramo apsolutne iznose po stanovniku RH je na vrlo nezavidnom mjestu. Nalazi se na 24.-tom mjestu unutar EU, sa izdvajanjem od 852 USD po stanovniku (13, 14). Manje od RH po stanovniku za zdravstvo izdvajaju Poljska (797 USD), Latvija (784 USD), Bugarska (572 USD) i najmanje Rumunjska (442 USD) (14).

Kod upravljanja resursima moraju se uzeti u obzor sva tri podatka i ukupna financijska izdvajanja za zdravstvo i udio zdravstvene potrošnje u BDP-u i ukupna zdravstvena potrošnja po stanovniku. Na taj način se dobiva ukupna slika i određena širina potrebna za donošenje odluka. Sva tri podatka odnose se na isto područje, no iz njih ujedno možemo vidjeti i stanje gospodarstva i mogućnosti gospodarstva pojedine zemlje. Nadalje, navedeni podaci nam ukazuju i na koji način se upravlja sustavom.

Stabilnije i jače gospodarstvo određene zemlje utječe i na veća izdvajanja za zdravstvo. U Luksemburgu ukupna zdravstvena potrošnja iznosi 6,05% BDP-a, što je za 18,2% manje u odnosu na postotak koji iz BDP-a za zdravstvenu potrošnju izdvaja RH. Ali, zdravstvena potrošnja po stanovniku u Luksemburgu iznosi 6.236 USD, dok je u RH ona 852 USD po stanovniku to znači da Luksemburg po stanovniku ima zdravstvenu potrošnju veću za 631,9% u odnosu na RH. U Tablici 5. prikazano je kretanje zdravstvene potrošnje po stanovniku za zemlje EU.

Tablica 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u USD za zemlje Europske unije, po godinama

Zemlja	2000	2005	2010	2015
Austrija	2.263	3.676	4.725	4.536
Belgija	1.843	3.336	4.401	4.228
Bugarska	94	268	485	572
Hrvatska	370	727	1.125	852
Cipar	751	1.328	1.959	1.563
Češka	343	853	1.374	1.284
Danska	2.496	4.443	6.036	5.497
Estonija	210	512	928	1.112
Finska	1.658	3.117	4.098	4.005
Francuska	2.156	3.574	4.385	4.026
Njemačka	2.355	3.615	4.697	4.592
Grčka	885	2.032	2.574	1.505
Mađarska	313	895	983	894
Irska	1.561	3.937	5.128	4.757
Italija	1.520	2.676	3.215	2.700
Latvija	259	633	973	784
Litva	204	439	805	923
Luksemburg	2.894	5.817	7.452	6.236
Malta	641	1.381	1.733	2.304
Nizozemska	1.836	3.858	5.249	4.746
Poljska	238	466	809	797
Portugal	967	1.773	2.213	1.722
Rumunjska	70	255	472	442
Slovačka	204	601	1.295	1.108
Slovenija	797	1.449	2.008	1.772
Španjolska	1.003	2.052	2.778	2.354
Švedska	2.173	3.574	4.437	5.600
Ujedinjeno Kraljevstvo	1.673	3.017	3.307	4.356

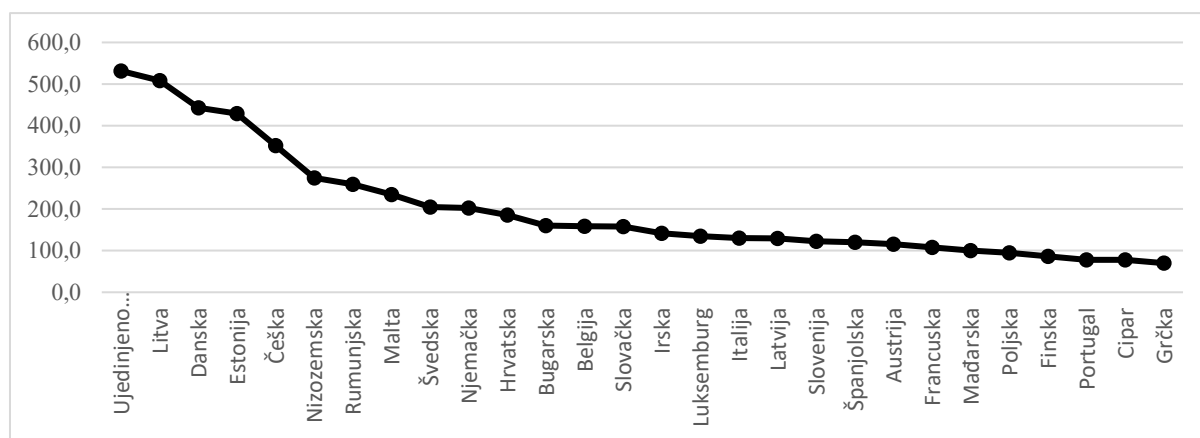
Izvor: WHO, Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

U RH zdravstvena potrošnja se većim dijelom financira iz javnih izvora (77%), dok se manji dio financira kroz osobna izdvajanja (13, 14). Što znači da zemlje koje izdvajaju za zdravstvo i dvostruko više od RH, izdvajaju i dvostruko više javnih sredstava.

Udio BDP-a koji će pojedina zemlja izdvajati za zdravstvo ujedno je i politička odluka i kao takva pokazatelj prioriteta u proračunskom financiranju.

Analizom zdravstvene potrošnje po stanovniku u zadnjih petnaest godina po stanovniku najveći napredak imalo je Ujedinjeno Kraljevstvo. U RH, za isto razdoblje, povećanje je od 185% odnosno sa 370 USD zdravstvene potrošnje po stanovniku, na 852 USD. To ukazuje i na određene promjene i reformske mjere poduzete u području zdravstva. Najmanji porast imala je Grčka, od samo 70%. Mala ulaganja u zdravstvo odraz su i gospodarskog stanja u toj zemlji. Grčka politika ali i Svjetska zdravstvena organizacije nastoje implementirati reformske programe u području zdravstva, posebno u području primarne zdravstvene zaštite (16).

Slika 3. Promjena u zdravstvenoj potrošnji po stanovniku za zemlje EU, uspoređujući 2015. i 2000. godinu (u %)

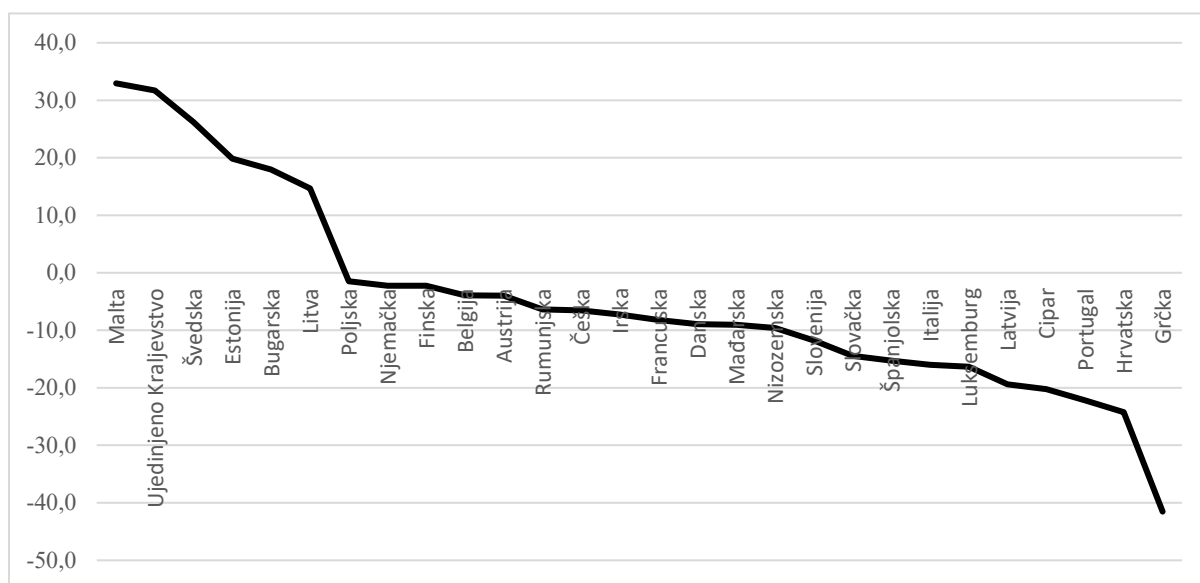


Izvor: WHO, Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Ako analiziramo kretanje zdravstvene potrošnje po stanovniku u razdoblju od pet godina, od 2010. godine do 2015. godine, podaci su značajno drugačiji i puno nepovoljniji za RH.

Samo 6 EU zemalja u tom razdoblju imalo je povećanje zdravstvene potrošnje po stanovniku (Malta, Ujedinjeno Kraljevstvo, Švedska, Estonija, Bugarska i Litva) detaljan prikaz na Slici 2. Ostale zemlje bilježe smanjenje zdravstvene potrošnje po stanovniku. Najznačajnije smanjenje, za promatrano razdoblje od pet godina, imala je u Grčka od 41,5%, dok je odmah iza RH sa smanjenjem zdravstvene potrošnje po stanovniku za 24,3%.

Slika 4. Promjena u zdravstvenoj potrošnji po stanovniku za zemlje EU, uspoređujući 2015. i 2010. godinu (u %)



Izvor: WHO, Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

1.3.1. Primarna razina zdravstvene zaštite u zdravstvenoj potrošnji u Republici Hrvatskoj

Izvješća o poslovanju HZZO-a pružaju pregled rashoda HZZO-a za provođenje zdravstvenih usluga na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Za 2016. godinu rashodi za PZZ čine ukupno 15,2% ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu (15).

Izdvajanja za PZZ su od 2010.g. umjereno padala, da bi ostvarila svoj minimum 2013.godine. Nakon toga umjereno su rasla u odnosu na ukupne rashode HZZO-a (15, 17-23).

Strukturu rashoda i kretanje rashoda za PZZ je zanimljivo promatrati. Iz analize podataka dobivamo da je najmanji postotak od 13,1% bio izdvojen za PZZ 2013. godine, kada su ukupni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu bili najviši od 21,4 mlrd HRK. Dok je najveći udio PZZ-a u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu bio 2010. i 2011. godine kada su ukupni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu bili najmanji.

Tablica 6. Udio rashoda za PZZ u rashodima HZZO-a, po godinama

Godina	Udio rashoda za PZZ u ukupnim rashodima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu	Udio rashoda za PZZ ukupnim rashodima i izdacima HZZO-a
2010.	15,7%	13,6%
2011.	15,8%	13,6%
2012.	15,0%	13,1%
2013.	13,1%	11,6%
2014.	14,6%	13,0%
2015.	15,1%	13,3%
2016.	15,2%	13,4%
2017.	14,9%	13,3%

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015., 2016. i 2017. godinu

Struktura rashoda HZZO-a za zdravstvenu zaštitu kroz zadnjih pet godina se u manjim postotcima mijenjala, kontinuirano najveću stavku čine rashodi za bolničku zdravstvenu zaštitu (BZZ).

Tablica 7. Ukupni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu po godinama

Godina	Ukupni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu (u HRK)
2010.	18.808.136.842
2011.	18.424.597.626
2012.	19.740.453.244
2013.	21.418.831.286
2014.	20.259.659.961
2015.	20.101.295.820
2016.	20.260.904.343
2017.	20.588.389.597

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015., 2016. i 2017. godinu

U Tablici 8. prikazana je struktura izdataka HZZO-a na zdravstvenu zaštitu u RH. Prikazani su udijeli, svake pojedine stavke u ukupnim rashodima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu. Podaci su prikazani prema silaznim vrijednostima za 2016. godinu (14, 17-22).

Iz statističkih podataka vezano uz strukturu rashoda HZZO-a vidimo da je hrvatski zdravstveni sustav stalno izložen financijskim izazovima i nije financijski stabilan. Iz prethodnih analiza

jasno je i da je zdravstvena potrošnja po stanovniku smanjena. Kroz godine javlja se potreba za dodatnim financijskim sredstvima koja u sustav ulaze kroz sanaciju sustava.

Upravo je financijska nestabilnost zdravstvenog sustava bila i još uvijek jest razlog određivanja različitih reformskih mjera u sektoru zdravstva, s različitim fazama implementacije i različitim rezultatima (24-26). Kao jedna od reformskih, strateških i prioritarnih mjera u mnogim zdravstvenim sustavim, pa tako i u hrvatskom zdravstvenom sustavu je upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu (2, 24-26).

Sustav zdravstva je izrazito složen i kompleksan, te zahtjeva ozbiljnu usmjerenost na upravljanje svim resursima, posebno ljudskim.

Tablica 8. Struktura rashoda HZZO-a za zdravstvenu zaštitu po godinama

Pokazatelji	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Bolnička zdravstvena zaštita	43,79%	44,23%	40,09%	34,80%	31,48%	42,54%	40,40%
Lijekovi na recept	15,07%	16,44%	16,73%	25,38%	16,09%	15,49%	15,81%
Primarna zdravstvena zaštita	15,68%	15,84%	15,05%	13,13%	14,62%	15,07%	15,18%
Zdravstvena zaštita dopunskog osiguranja	9,59%	5,36%	8,15%	5,07%	5,21%	5,94%	5,99%
Posebno skupi lijekovi	2,01%	2,87%	2,87%	2,84%	3,13%	3,72%	4,61%
HMP i sanitetski prijevoz	2,99%	3,12%	3,42%	3,44%	3,71%	3,74%	3,74%
Ortopedski uređaji i pomagala	3,35%	3,73%	3,65%	4,01%	3,38%	3,46%	3,72%
Specijalističko-konz. zdravstvena zaštita	3,56%	3,65%	3,21%	3,26%	2,51%	3,04%	3,24%
Zdrav. zaštita INO osig. u RH za vrijeme priv. boravka u RH	0,61%	0,69%	0,63%	0,93%	1,20%	2,00%	2,07%
Liječenje u inozemstvu	0,25%	0,23%	0,30%	0,28%	5,72%	1,59%	1,49%
Transfuzijska medicina	0,40%	0,49%	0,60%	0,76%	0,87%	0,76%	0,80%
Zdravstvena njega u kući	0,74%	0,77%	0,71%	0,65%	0,67%	0,67%	0,68%
Cjepivo	0,45%	0,46%	0,34%	0,33%	0,18%	0,25%	0,54%
Transplantacije u bolnicama	0,44%	0,65%	0,57%	0,59%	0,42%	0,59%	0,47%
Zdr. zaštita na radu	0,00%	0,62%	0,52%	0,40%	0,37%	0,39%	0,42%
Intervencijska kardiologija	0,14%	0,12%	0,12%	0,11%	0,11%	0,16%	0,19%
Rano otkrivanje zloćudnih bolesti	0,16%	0,09%	0,07%	0,14%	0,12%	0,11%	0,17%
Zavod za javno zdravstvo i drugi programi	0,13%	0,14%	0,13%	0,12%	0,13%	0,15%	0,16%
Medicinska oplodnja	0,24%	0,18%	0,21%	0,18%	0,12%	0,12%	0,13%
Intervencijska neurologija	0,05%	0,05%	0,04%	0,05%	0,08%	0,07%	0,07%

Zdr.zaštita hrv državljanja s preb.u BIH	0,04%	0,04%	0,05%	0,04%	0,05%	0,05%	0,05%
Hitna pomoć na državnim cestama	0,04%	0,04%	0,03%	0,03%	0,04%	0,04%	0,04%
Eksplantacije u bolnicama	0,03%	0,04%	0,03%	0,03%	0,02%	0,03%	0,03%
Umjetne pužnice	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,01%	0,01%
Inzulinske pumpe	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
Zdr. zaštita osoba čije prebivalište nije poznato	0,16%	0,03%	0,02%	0,02%	0,01%	0,01%	0,00%
Prevenција ovisnosti	0,08%	0,10%	0,10%	0,09%	0,09%	0,00%	0,00%
Sanacija štete od poplava	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%
Podmirenje dospjelih obveza (sanacija)	0,00%	0,00%	2,36%	3,32%	9,63%	0,00%	0,00%
Ukupno	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. i 2016. godinu

1.4. Upravljanje ljudskim resursima i hrvatski zdravstveni sustav

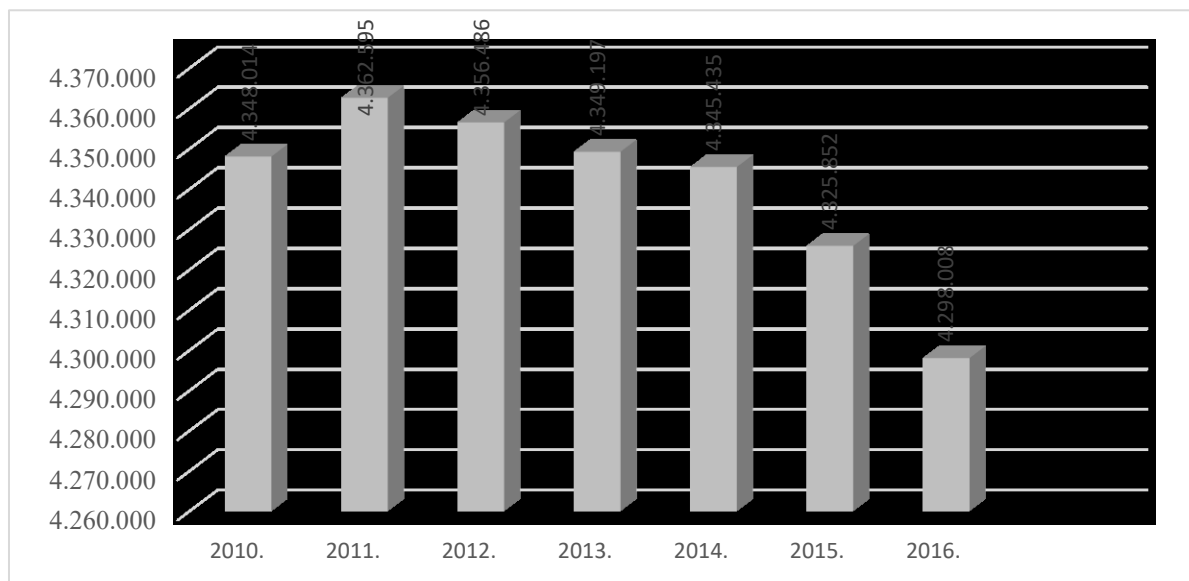
Ljudski resursi u zdravstvu odnosno njihovo kvalitetno upravljanje vodi efektivnom, efikasnom te održivom zdravstvenom sustavu i povezano je s održivim financiranjem zdravstvenog sustava (27).

Hrvatski zdravstveni sustav suočen je s izazovima deficita zdravstvenih radnika, nejednake dostupnosti u pružanju zdravstvene zaštite, velikih razlika između ruralnih i urbanih područja i sa stalnom financijskom nestabilnošću (2). Naime, strateški akti koji su usvojeni i koji obuhvaćaju zdravstveni sustav ukazuju upravo na neadekvatno i neučinkovito upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. O tome govori Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. koju je usvojio Hrvatskog sabora i Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu Republike Hrvatske 2015.-2020., koji je usvojila Vlada Republike Hrvatske. Oba, strateška, dokumenta iznose nepovoljno stanje upravo u upravljanju ljudskim resursima unutar hrvatskog zdravstvenog sustava (2, 28).

Izazovi s kojima se susreće hrvatski zdravstveni sustav u upravljanju ljudskim resursima jednim dijelom su i izazovi s kojima se susreću i druge europske zemlje, no različitog su intenziteta i različitih kretanja.

Jedan od takvih izazova su demografska kretanja. Demografska kretanja višestruko utječu na hrvatski zdravstveni sustav. Utječu na prihodovnu stranu jer se zdravstveni sustav financira najvećim dijelom doprinosima zaposlenog stanovništva. Utječu na potražnju za zdravstvenim uslugama i na strukturu te potražnje, ali utječe i na strukturu pružatelja zdravstvenih usluga, te optimalan broj pacijenata po liječniku posebno u djelatnosti PZZ-a.

Slika 5. Prosječan broj osiguranih osoba po godinama



Izvor: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015. i 2016. godinu

Starenje stanovništva i brojne unutarnje i vanjske migracije su dio trendova koji pogađaju i RH i druge europske zemlje. RH je niz godina suočena s negativnim prirodnim prirastom. Kontinuirano smanjenje prirodnog prirasta događa se od 1998. godine, s najvećim negativnim kretanjem 2015. i 2016. godine kada prirodni prirast u Republici Hrvatskoj iznosi -16.702 odnosno -14.005. Istovremeno i kao posljedica negativnog prirodnog prirasta ali i kao posljedica iseljavanja dolazi i do smanjenja broja stanovništva (29, 30).

Posebnu zabrinutost stvara podatak o negativnom prirodnom prirastu u svim županijama unutar Republike Hrvatske za 2015. godinu, a za 2016. godinu samo je Međimurska županija imala blagi pozitivan prirodni prirast (29). Prikaz po županijama pokazuje Tablica 10.

Tablica 9. Prikaz kretanja prirodnog prirasta i procijenjenog broja stanovništva u RH po godinama

Godina	Prirodni prirast u RH	Procjena stanovništva sredinom godine (.000)
1980.	18.120	4.588
1985.	10.598	4.702
1990.	3.217	4.778
1995.	-354	4.669
2000.	-6.500	4.426
2005.	-9.298	4.442
2010.	-8.735	4.418
2015.	-16.702	4.204
2016.	-14.005	4.174

Izvor: DZS Statistički ljetopis 2017.

Tablica 10. Kretanje prirodnog prirasta po županijama RH za 2015. i 2016. godinu

Županija/Grad Zagreb	Prirodni prirast u 2015.g.	Prirodni prirast u 2016.g.
Bjelovarsko-bilogorska	-842	-699
Brodsko-posavska	-811	-730
Dubrovačko-neretvanska	-59	-88
Istarska	-713	-685
Karlovačka	-1.075	-802
Koprivničko-križevačka	-616	-652
Krapinsko-zagorska	-807	-783
Ličko-senjska	-533	-469
Međimurska	-65	15
Osječko-baranjska	-1.557	-1.418
Požeško-slavonska	-440	-370
Primorsko-goranska	-1.440	-1.329
Sisačko-moslavačka	-1.348	-1.025
Splitsko-dalmatinska	-1.042	-787
Šibensko-kninska	-775	-758
Varaždinska	-911	-681
Virovitičko-podravska	-440	-423
Vukovarsko-srijemska	-962	-871
Zadarska	-504	-379
Zagrebačka	-980	-663
Grad Zagreb	-782	-408
Ukupno	-16.702	-14.005

Izvor: DZS, Statističke informacije 2017.

Promjene u kretanju stanovništva po zemljama EU su različita. Analizirajući podatke za zadnjih 15 godina, od 2000. godine do 2015. godine, smanjenje broja stanovnika za više od 10% imale su Bugarska, Rumunjska, Litva i Latvija. Najveće smanjenje je u Litvi za 16,8% (14). Najveće povećanje broja stanovnika, u istom promatranom razdoblju od 15 godina, imaju Belgija, Irska i Luksemburg. Što se može povezati i sa stabilnošću zdravstvenog sustava u tim zemljama.

Tablica 11. Kretanje broja stanovnika po zemljama Europske unije

Zemlja	2000. (.000)	2005. (.000)	2010. (.000)	2015. (.000)	Postotna razlika 2015.g. vs 2000.(%)
Austrija	8.002	8.201	8.352	8.576	7,2
Belgija	10.251	10.479	10.896	11.274	10,0
Bugarska	8.191	7.689	7.422	7.202	-12,1
Hrvatska	4.498	4.311	4.303	4.225	-6,1
Cipar	690	733	819	847	22,7
Češka	10.278	10.199	10.462	10.538	2,5
Danska	5.330	5.411	5.535	5.660	6,2
Estonija	1.397	1.355	1.331	1.315	-5,8
Finska	5.176	5.246	5.363	5.480	5,9
Francuska	60.545	62.773	64.659	66.488	9,8
Njemačka	81.457	81.337	80.284	81.687	0,3
Grčka	10.776	10.970	11.119	10.858	0,8
Mađarska	10.222	10.098	10.014	9.856	-3,6
Irska	3.778	4.112	4.549	4.629	22,5
Italija	56.924	57.875	59.190	60.796	6,8
Latvija	2.382	2.250	2.121	1.986	-16,6
Litva	3.512	3.355	3.142	2.921	-16,8
Luksemburg	434	461	502	563	29,8
Malta	389	403	414	429	10,4
Nizozemska	15.864	16.306	16.575	16.901	6,5
Poljska	38.263	38.174	38.023	38.006	-0,7
Portugal	10.249	10.495	10.573	10.375	1,2
Rumunjska	22.455	21.382	20.295	19.871	-11,5
Slovačka	5.399	5.373	5.390	5.421	0,4
Slovenija	1.988	1.998	2.047	2.063	3,8
Španjolska	40.470	43.296	46.487	46.450	14,8
Švedska	8.861	9.011	9.341	9.747	10,0
Ujedinjeno Kraljevstvo	58.785	60.182	62.510	64.875	10,4

Izvor: WHO, Global Health Expenditure Database; <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Osim demografskih važan pokazatelj dostupnosti ali i rada ljudskih resursa u sustavu zdravstva su epidemiološki podaci.

Prema podacima za 2015. godinu, očekivani životni vijek pri rođenju u RH je 77,5 godina, dok je prosjek EU 80,6 (13). Bolesti krvožilnog sustava i karcinom dva su glavna uzroka smrti. Stope smrtnosti od raka pluća, dojke i debelog crijeva u RH među najvišima su u EU zemljama (13, 31).

Tablica 12. Učestalost 10 vodećih uzroka smrti u RH u 2015. godini

MKB šifra	Dijagnoza	Udio
I20-I25	Ishemijske bolesti srca	21,23%
I60-I69	Cerebrovaskularne bolesti	13,71%
C33-C34	Zloćudna novotvorina dušnika, dušnica i pluća	5,2%
C18-C21	Zloćudne novotvorine debelog crijeva	3,79%
I10-I15	Hipertenzivne bolesti	3,67%
J40-J47	Kronične bolesti donjeg dišnog sustava	3,58%
E10-E14	Dijabetes melitus	3,06%
I50	Insuficijencija srca	2,53%
C50	Zloćudna novotvorina dojke	1,94%
K70, K73, K74	Kronične bolesti jetre, fibroza i ciroza	1,72%

Izvor: HZJZ, Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu.

Podaci o pobolu ukazuju da RH ima izrazite probleme pobola i smrtnosti povezane s kroničnim nezaraznim bolestima, što se može povezati sa stilom života ali i načinom upravljanja zdravstvenim sustavom (13).

Na ljudske resurse u hrvatskom zdravstvenom sustavu utječu i određeni zakonodavni okviri. Zakonodavni okvir se odnosi se na niz propisa kojima se regulira područje ljudskih resursa u zdravstvu. Zakonodavni okvir je vrlo važan element koji utječe na upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

Polazište čini Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o radu (5, 32). Ostali propisi kojima se regulira područje ljudskih resursa u zdravstvu su Zakon o liječništvu, Zakon o ljekarništvu, Zakon o sestrinstvu, Zakon o dentalnoj medicini, Zakon o primaljstvu, Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Zakon o djelatnostima u zdravstvu (33-40).

Bitno mjesto u zakonodavnom okviru čini i kolektivni ugovor. Zdravstvena djelatnost se obavlja kao javna služba, te prava i obveze uređuju se Temeljnim kolektivnim ugovorom za službenike i namještenike u javnim službama (41). Osim toga, prava i obveze iz rada i po osnovi rada radnika u djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja uređuju se i Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (42).

Spomenuti zakoni i kolektivni ugovori odnose se na cijeli zdravstveni sustav odnosno sve razine zdravstvene zaštite.

Dodatni propisi u hrvatskom zdravstvenom sustavu određuju standarde za svaku djelatnost i razinu zdravstvene zaštite, kao što su Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti; Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza, Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme kojima moraju udovoljavati zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost hitne medicine (43-45).

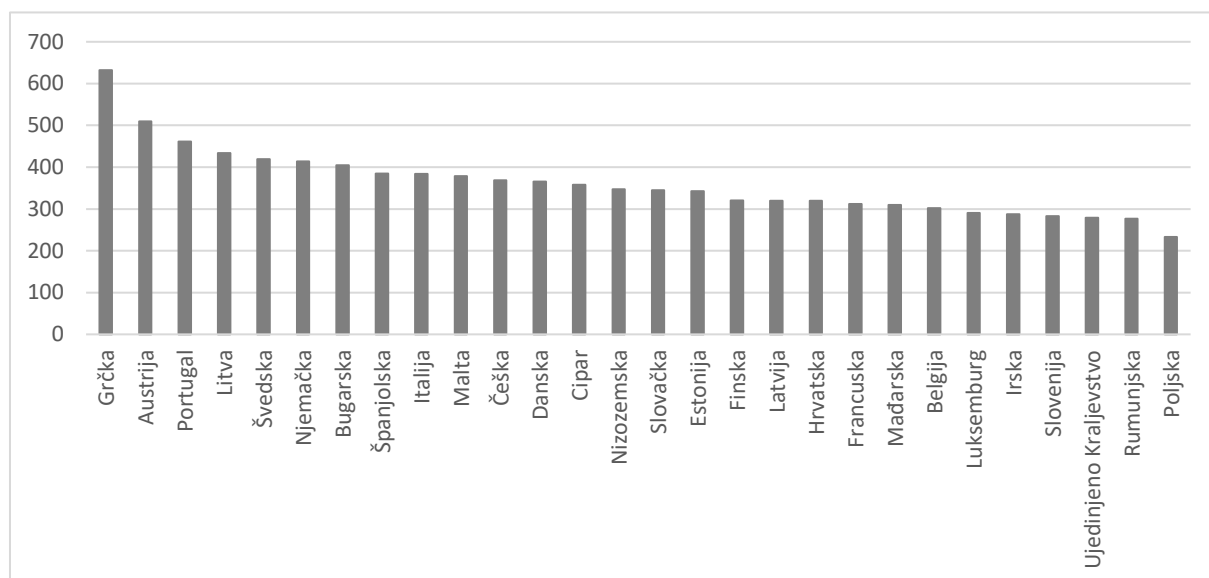
U jednom dijelu element obrazovanja se preklapa sa zakonodavnim okvirom, što je obuhvaćeno i regulirano propisima koji se odnose na pripravnički staž odnosno rad pod nadzorom kojim se radnik osposobljava za samostalan rad i propisi koji uređuju način specijalističkog usavršavanja. U taj dio ulaze: Pravilnik o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika, Pravilnik o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine, Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine i Pravilnik o mjerilima za primanje zdravstvenih djelatnika na pripravnički staž (46-49). A za specijalističko usavršavanje: Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara medicinske biokemije, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine, Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara i Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći (50-56).

Uzimajući u obzir i sustav obrazovanja, prema podacima iznesenim u Demografskom atlasu hrvatskog liječništva ukupan broj diplomiranih studenata medicine na medicinskim fakultetima u RH 2016. godine iznosio je 607 diplomiranih. Taj broj je za 18,3% više nego 2015. godine. U posljednjih 10 godina najveći broj diplomiranih studenata medicine bio je 2014. godine, kada ih je bilo 636. Utjecaj na veći broj diplomiranih studenata ima povećanje upisnih kvota na

medicinskim fakultetima (8). Obrazovni sustav je jedan od važnih elemenata koji utječe na mogućnosti i upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

RH ima 319 liječnika na 100.000 stanovnika i u odnosu na zemlje EU nalazi se na 19.-tom mjestu. Najveći broj liječnika na 100.000 stanovnika ima Grčka, 632 (58). U RH se taj broj kroz godine povećavao, 2003. godine bilo je 243 liječnika na 100.000 stanovnika; 2013. godine 303 liječnika na 100.000 stanovnika; 2015. godine 319 liječnika na 100.000 stanovnika, dok je 2016. godine 323 liječnika na 100.000 stanovnika (57).

Slika 6. Broj liječnika na 100.000 stanovnika po zemljama EU, za 2015. godinu

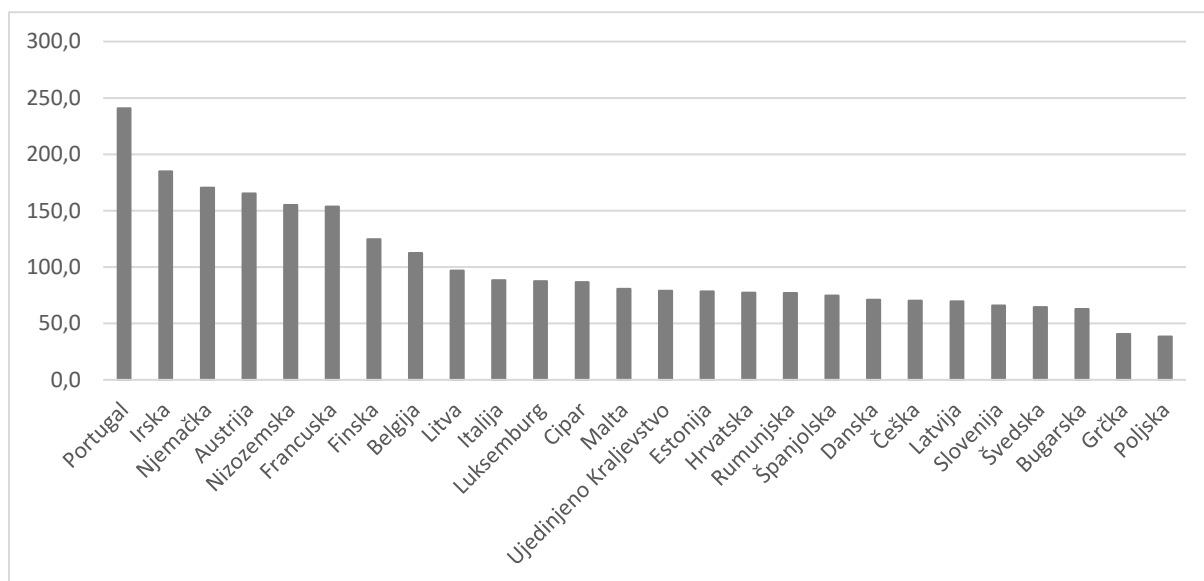


Izvor: EUROSTAT http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prs1&lang=en

Ako promatramo primarnu razinu zdravstvene zaštite, RH ima liječnika opće/obiteljske medicine 77,2 na 100.000 stanovnika. Odnos liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u odnosu na ukupan broj liječnika ujedno govori koliko je primarna zdravstvena zaštita unutar zdravstvenog sustava neke zemlje važna i koliko obavlja zdravstvenih usluga.

RH je po broju liječnika opće medicine, za 2015. godinu, na 16.-tom mjestu unutar zemalja EU.

Slika 7. Broj liječnika opće medicine na 100.000 stanovnika po zemljama EU, za 2015. godinu



Izvor: EUROSTAT http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prs1&lang=en

2. CILJ RADA

Cilj rada je utvrditi i definirati alate za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj zdravstvenoj razini zdravstvene zaštite u RH u postizanju efektivnog, efikasnog i održivog zdravstvenog sustava zdravstvene zaštite s pozitivnim utjecajem na ekonomski razvoj zemlje.

Specifični ciljevi rada su:

- prikazati i opisati dostupne podatke o upravljanju ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH,
- prikazati promjene u dostupnosti zdravstvene zaštite postignute postojećim upravljanjem ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH,
- utvrditi i prikazati moguća unapređenja koja bi bila dobivena korištenjem definiranih alata u upravljanju ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH, kako na organizaciju tako i na održivost sustava zdravstvene zaštite,
- utvrditi i prikazati moguća unapređenja u upravljanju ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH s ciljem poboljšanja za gospodarski sustav i ekonomski razvoj.

3. METODE

Polazište za ovaj rad su podaci dostupni u znanstvenoj i stručnoj literaturi, zakonodavnoj regulativi i propisima uz publikacije vezane uz područje upravljanja ljudskim resursima. Metoda u ovom radu oblikovana je kao sustav alata i elemenata okruženja s kojima se u više dimenzija analizira problem upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i predlažu alati unapređenja upravljanja za ljudske resurse u zdravstvu s posebnim naglaskom na primarnu razinu zdravstvene zaštite. Za definiranje alata analizirala se šira slika u području strateškog planiranja i upravljanja razvojem uključujući i Zakon o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske.

Pretražena je javno dostupna literatura korištenjem ključnih riječi na hrvatskom i engleskom jeziku (menadžment ljudskih resursa, zdravstvena zaštita, primarna razina zdravstvene zaštite; human resources management, health care, primary level of health care)

Analiza brojčanih podataka i analiza stanja trenutnog upravljanja ljudskim resursima rađena je prema dostupnim podacima iz javnih publikacija Ministarstva zdravstva (MZ), HZZO-a, HZJZ-a i Državnog zavoda za statistiku (DZS). Rezultati su prikazani kroz više dimenzija uključujući usporedbu rezultata RH u kontekstu EU. Za obrazloženje i praćenje usporedbe s EU zemljama korišteni su podaci iz publikacija Svjetske zdravstvene organizacije, EUROSTAT-a i OECD-a.

Za analizu stanja, definiranje alata i za izradu modela primjene alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu uzeta su u obzir sva obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava.

4. REZULTATI

4.1. Upravljanje ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Glavni alat s kojim se trenutno upravlja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvenom sustavu uključujući i primarnu razinu zdravstvene zaštite je Mreža javne zdravstvene službe (Mreža) (58). Postoje još kao zasebni dokumenti Mreža hitne medicine i Mreža ugovorne medicine rada, kojom se reguliraju pružatelji zdravstvene zaštite u djelatnosti hitne medicine i u djelatnosti medicine rada (59-60).

Mreža javne zdravstvene službe, Mreža hitne medicine i Mreža ugovorne medicine rada su dokumenti koje donosi ministarstvo zdravstva odnosno ministar nadležan za zdravstvo. Za njihovo donošenje, kao i za njihove izmjene i dopune, potrebna je suglasnost HZZO-a, HZJZ-a, nadležnih komora i jedinica područne (regionalne) samouprave. Mrežama se propisuje potreban i ujedno maksimalan broj pružatelja zdravstvene zaštite na području RH. Definira se potreban broj pružatelja zdravstvene zaštite od najmanje teritorijalne jedinice odnosno općine i gradova do najviše teritorijalne jedinice odnosno županija. Mreže su ujedno i osnova za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite između HZZO-a i pružatelja zdravstvene zaštite. Da bi određeni pružatelj bio dio javnog zdravstvenog sustava mora biti predviđen Mrežom i mora imati ugovor s HZZO-om (11, 43, 58-60).

Mreža definira potreban broj pružatelja zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvene zaštite, a sastavlja se putem određenih mjerila. Mjerila za određivanje Mreže su: ukupni broj stanovnika u RH, ukupan broj osiguranih osoba HZZO-a, demografske karakteristike stanovnika, zdravstveno stanje stanovništva, socijalna struktura stanovnika, gravitirajući broj stanovnika, karakteristike pojedinih područja, raspoloživost zdravstvenim resursima, utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva i gospodarske mogućnosti (58).

Nabrojana mjerila uzimaju u obzir različite podatke što svakako daje potrebnu širinu i pozitivnu osnovu u upravljanju ljudskim resursima. No, Mreža u našem sustavu predstavlja rijetko promjenjivi dokument što je značajan nedostatak, posebno u vrijeme kada se događaju velike i brze promjene koje zahtijevaju pravovremeno i pravilno djelovanje.

Mreža u kojoj se definira i potreban broj pružatelja zdravstvene zaštite i liječničkih timova na primarnoj razini, donesena je u rujnu 2012. godine. Izmjene i dopune vezane uz primarnu razinu

zdravstvene zaštite izmijenjene su u ožujku 2015. godine, te manje promjene u ožujku 2018. godine. S obzirom na brojne promjene u demografskoj strukturi stanovništva, pobolu, modelima liječenja, dostupnosti lijekova i slično, dopune i izmjene koje se čine jednom u tri godine ostavljaju pitanje da li Mreža uzima u obzir sva mjerila po kojima se definira i da li odražava pravu potrebu i raspodjelu pružatelja zdravstvene zaštite na području RH. To nam ukazuje da zdravstveni sustav nema jasan i ažuran model upravljanja. Alati koji se koriste ne prilagođavaju se dovoljno brzo potrebama pa samim time ono ne može biti kvalitetan alat ni za upravljanje ljudskim resursima.

Upravo to je jedan od razloga zašto izostaju pozitivni rezultati trenutnog načina upravljanja za zdravstveni sustav. Postojeće upravljanje ljudskim resursima na razini primarne zdravstvene zaštite u RH ne doprinosi optimalnoj organizaciji i održivosti zdravstvenog sustava. Prisutna je neusklađenost u razvoju kapaciteta, donošenje odluka se odvija bez detaljne analize potreba i troškova i bez adekvatne baze podataka (28).

U RH zdravstvena infrastruktura a i ljudski resursi zemljopisno su nejednako raspoređeni. Prisutne su i velike migracije iz ruralnih u urbane dijelove zemlje što posljedično utječe i na nejednaku dostupnost zdravstvene zaštite (28).

U prethodnom poglavlju objašnjeno je kojom zakonskom regulativom se određuje optimalan broj pružatelja zdravstvene zaštite na primarnoj razini (Mreža) i na koji način se osigurava taj optimalan broj (ugovor s HZZO-om).

Uspoređujući navedena dva podatka analizirani su rezultati aktualnog upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH. Za analizu koriste se podaci HZZO-a o ugovorenim podacima za mjesec ožujak 2018. godine, stanje na zadnji dan u mjesecu. I aktualno stanje Mreže. Za analizu koristi se terminologija HZZO-a, odnosno pojam tima.

Pojam tim, ranije u radu je detaljno objašnjen, a čine ga najmanje jedan liječnik i jedna medicinska sestra/tehničar odnosno liječnik specijalist ovisno o djelatnosti.

U tabličnim prikazima u produžetku (Tablica 13. – Tablica 25.) prikazano je aktualno stanje ljudskih resursa na primarnoj razini zdravstvene zaštite, po djelatnostima primarne razine zdravstvene zaštite.

Potreban broj timova, stupac 2 u tabličnim prikazima, označava broj koji je određen Mrežom odnosno predstavlja ciljanu vrijednost za provođenje zdravstvene zaštite na primarnoj razini pri kojoj bi se trebala osigurati optimizacija resursa.

Ugovoreni broj timova, stupac 3 u tabličnim prikazima, označava broj timova koji ima ugovor s HZZO-om za obavljanje djelatnosti.

Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova, stupac 4 u tabličnim prikazima, označava razliku između potrebnog broja koji je definiran Mrežom i stvarnog broja koji je ugovoren s HZZO-om. Stupac 4 pokazuje suficit ili deficit za zdravstvenim radnicima za područje određene županije unutar određene djelatnosti i ukupno za djelatnost.

U hrvatskom zdravstvenom sustavu na razini primarne zdravstvene zaštite pojavljuje se i pojam tima bez nositelja, što znači da je tim ugovoren s HZZO-om no nema liječnika koji je nositelj nego razni liječnici dolaze kao zamjene. I takav tim predstavlja nedostatak i manjak liječnika, no u ovom radu ih nismo posebno isticali. Uključeni su u broj ukupno ugovorenih timova, u skladu s metodologijom koju koristi HZZO kod prikaza podataka. HZZO ugovara tim bez nositelja u okviru Doma zdravlja, u slučajevima kad na taj način može organizirati i osigurati dostupnost zdravstvene zaštite. Tim bez nositelja može se pojaviti kod četiri osnovne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a to su djelatnosti opće/obiteljske medicine, djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece, djelatnosti zdravstvene zaštite žena i djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite.

Tablica 13. prikazuje aktualno stanje ljudskih resursa na primarnoj razini zdravstvene zaštite za djelatnost opće/obiteljske medicine. Nedostaje 114 ili 4,6% liječnika odnosno timova. Najveći nedostatak je Zagrebačkoj županiji, Brodsko-posavskoj i Varaždinskoj županiji. Samo jedna županija ima dovoljan broj timova opće/obiteljske medicine, Bjelovarsko-bilogorska županija.

Tablica 13. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće/obiteljske medicine, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova – Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova - HZZO	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	67	67	0
Brodsko-posavska	92	78	-14
Dubrovačko-neretvanska	83	78	-5
Grad Zagreb	443	441	-2
Istarska	117	114	-3
Karlovačka	76	75	-1
Koprivničko-križevačka	66	57	-9
Krapinsko-zagorska	75	74	-1
Ličko-senjska	33	32	-1
Međimurska	59	55	-4
Osječko-baranjska	178	169	-9
Požeško-slavonska	42	39	-3
Primorsko-goranska	175	172	-3
Sisačko-moslavačka	98	93	-5
Splitsko-dalmatinska	268	264	-4
Šibensko-kninska	66	63	-3
Varaždinska	99	86	-13
Virovitičko-podravsko	47	45	-2
Vukovarsko-srijemska	98	90	-8
Zadarska	101	97	-4
Zagrebačka	169	149	-20
Ukupno	2.452	2.338	-114

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

U djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece nedostaje 47 timova ili 14,2% da bi se, prema Mreži, postigao optimalni broj timova na razini RH. Detaljan prikaz, po županijama, nalazi se u Tablici 14. I u ovom slučaju Bjelovarsko-bilogorska županija ostvaruje potreban broj timova. Uz njih to su još Karlovačka, Primorsko-goranska, Sisačko-moslavačka i Šibensko-kninska županija. Najveći deficit ima Grad Zagreb.

Tablica 14. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova – Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova - HZZO	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	8	8	0
Brodsko-posavska	11	8	-3
Dubrovačko-neretvanska	12	11	-1
Grad Zagreb	68	62	-6
Istarska	15	12	-3
Karlovačka	8	8	0
Koprivničko-križevačka	8	6	-2
Krapinsko-zagorska	8	5	-3
Ličko-senjska	5	3	-2
Međimurska	9	5	-4
Osječko-baranjska	23	19	-4
Požeško-slavonska	6	4	-2
Primorsko-goranska	22	22	0
Sisačko-moslavačka	12	12	0
Splitsko-dalmatinska	36	33	-3
Šibensko-kninska	7	7	0
Varaždinska	13	10	-3
Virovitičko-podravska	6	5	-1
Vukovarsko-srijemska	14	10	-4
Zadarska	14	10	-4
Zagrebačka	25	23	-2
Ukupno	330	283	-47

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

U Tablici 15. nalazi se prikaz za djelatnosti zdravstvene zaštite žena. Nedostaje 57 ginekoloških timova ili 17%. Najveći deficit je u Gradu Zagrebu gdje nedostaje 15 ginekoloških timova. U Požeško-slavonskoj županiji i Krapinsko-zagorskoj županiji, prema podacima HZZO-a, osiguran je optimalan broj ginekoloških timova.

Tablica 15. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite žena, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova – Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova - HZZO	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	9	8	-1
Brodsko-posavska	12	9	-3
Dubrovačko-neretvanska	10	9	-1
Grad Zagreb	67	52	-15
Istarska	16	14	-2
Karlovačka	10	9	-1
Koprivničko-križevačka	8	7	-1
Krapinsko-zagorska	10	10	0
Ličko-senjska	6	5	-1
Međimurska	8	6	-2
Osječko-baranjska	23	19	-4
Požeško-slavonska	6	6	0
Primorsko-goranska	23	20	-3
Sisačko-moslavačka	14	13	-1
Splitsko-dalmatinska	35	33	-2
Šibensko-kninska	8	6	-2
Varaždinska	13	9	-4
Virovitičko-podravaska	7	6	-1
Vukovarsko-srijemska	13	9	-4
Zadarska	13	11	-2
Zagrebačka	24	17	-7
Ukupno	335	278	-57

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

U Tablici 16. prikazano je stanje za djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite. Nedostaje 286 dentalnih timova ili 11,8%. I u ovoj djelatnosti razlike između županija su značajne. Postoje županije u kojima nedostaje više od 20 timova, to su: Zagrebačka županija, Osječko-baranjska, Vukovarsko-srijemska i Splitsko-dalmatinska županija. Niti u jednoj županiji nije osiguran optimalan broj.

Tablica 16. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova – Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova - HZZO	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	61	55	-6
Brodsko-posavska	84	67	-17
Dubrovačko-neretvanska	67	62	-5
Grad Zagreb	426	411	-15
Istarska	111	93	-18
Karlovačka	69	66	-3
Koprivničko-križevačka	61	44	-17
Krapinsko-zagorska	67	55	-12
Ličko-senjska	27	25	-2
Međimurska	57	51	-6
Osječko-baranjska	159	133	-26
Požeško-slavonska	41	33	-8
Primorsko-goranska	161	151	-10
Sisačko-moslavačka	91	80	-11
Splitsko-dalmatinska	246	222	-24
Šibensko-kninska	58	56	-2
Varaždinska	90	77	-13
Virovitičko-podravska	45	38	-7
Vukovarsko-srijemska	95	70	-25
Zadarska	90	80	-10
Zagrebačka	165	134	-31
Ukupno	2.271	2.003	-268

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

U daljnjem pregledu prikazane su druge djelatnosti primarne razine zdravstvene zaštite. I u njima se bilježi deficit zdravstvenih radnika koji se razlikuje s obzirom o kojoj se djelatnosti radi i isto tako s obzirom na koje se odnosi područje (županija).

U djelatnosti zdravstvene njege u kući, što je prikazano u Tablici 17., nedostaje 70 medicinski sestara/tehničara. U ovoj djelatnosti se javlja i situacija da za Osječko-baranjsku županiju ima više ugovorenih medicinski sestara/tehničara nego što je predviđeno Mrežom. To je ujedno još

jedna činjenica koja pokazuje kako Mreža ne odražava potrebe da bi ostvarila optimizacija sustava.

Tablica 17. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene njege u kući, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj medicinskih sestara – Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoren broj medicinskih sestara	Razlika između potrebnog i ugovorenog broja medicinskih sestara
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	38	38	0
Brodsko-posavska	51	49	-2
Dubrovačko-neretvanska	35	35	0
Grad Zagreb	250	247	-3
Istarska	58	53	-5
Karlovačka	41	40	-1
Koprivničko-križevačka	37	36	-1
Krapinsko-zagorska	42	42	0
Ličko-senjska	14	10	-4
Međimurska	33	32	-1
Osječko-baranjska	95	107	12
Požeško-slavonska	24	22	-2
Primorsko-goranska	89	88	-1
Sisačko-moslavačka	54	43	-11
Splitsko-dalmatinska	137	132	-5
Šibensko-kninska	34	31	-3
Varaždinska	52	34	-18
Virovitičko-podravska	27	26	-1
Vukovarsko-srijemska	56	50	-6
Zadarska	49	46	-3
Zagrebačka	89	74	-15
Ukupno	1.305	1.235	-70

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 18. prikazuje podatke za djelatnost patronažne zdravstvene zaštite. U kojoj je osiguran potreban broj u 14 županija. No, i djelatnost patronažne zdravstvene zaštite na razini RH ima nedovoljan broj zdravstvenih radnika.

Tablica 18. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj patronažnih sestara - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoren broj patronažnih sestara	Razlika između ukupnog i potrebnog broja
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	24	24	0
Brodsko-posavska	34	34	0
Dubrovačko-neretvanska	29	29	0
Grad Zagreb	155	147	-8
Istarska	43	43	0
Karlovačka	30	29	-1
Koprivničko-križevačka	23	23	0
Krapinsko-zagorska	26	25	-1
Ličko-senjska	13	13	0
Međimurska	22	18	-4
Osječko-baranjska	64	63	-1
Požeško-slavonska	16	16	0
Primorsko-goranska	64	64	0
Sisačko-moslavačka	34	34	0
Splitsko-dalmatinska	93	93	0
Šibensko-kninska	25	25	0
Varaždinska	36	35	-1
Virovitičko-podravska	20	20	0
Vukovarsko-srijemska	38	38	0
Zadarska	37	37	0
Zagrebačka	62	57	-5
Ukupno	888	867	-21

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 19. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti laboratorijske dijagnostike na primarnoj razini zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	4	4	0
Međimurska	3	3	0
Dubrovačko-neretvanska	5	7	-2
Ličko- senjska	3	3	0
Karlovačka	6	6	0
Koprivničko-križevačka	4	4	0
Krapinsko-zagorska	7	7	0
Osječko-baranjska	8	8	0
Istarska	8	8	0
Požeško-slavonska	3	3	0
Primorsko - goranska	11	9	2
Sisačko-moslavačka	5	6	-1
Brodsko-posavska	4	4	0
Splitsko-dalmatinska	16	15	1
Šibensko-kninska	4	4	0
Varaždinska	5	5	0
Vukovarsko-srijemska	4	4	0
Virovitičko-podravska	3	3	0
Zadarska	7	7	0
Grad Zagreb	20	20	0
Zagrebačka	9	9	0
Ukupno	139	139	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 20. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti preventivno odgojnih mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	5	3	-2
Brodsko-posavska	7	3	-4
Dubrovačko-neretvanska	6	4	-2
Grad Zagreb	37	37	0
Istarska	8	7	-1
Karlovačka	5	4	-1
Koprivničko-križevačka	5	3	-2
Krapinsko-zagorska	5	4	-1
Ličko-senjska	2	2	0
Međimurska	5	4	-1
Osječko-baranjska	15	11	-4
Požeško-slavonska	4	2	-2
Primorsko-goranska	12	12	0
Sisačko-moslavačka	7	5	-2
Splitsko-dalmatinska	21	21	0
Šibensko-kninska	5	3	-2
Varaždinska	8	6	-2
Virovitičko-podravska	4	2	-2
Vukovarsko-srijemska	8	5	-3
Zadarska	8	7	-1
Zagrebačka	11	10	-1
Ukupno	188	155	-33

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj,
www.hzzo.hr

Tablica 21. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti javnog zdravstva, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	1	1	0
Brodsko-posavska	1	1	0
Dubrovačko-neretvanska	1	1	0
Grad Zagreb	7	7	0
Istarska	2	2	0
Karlovačka	1	1	0
Koprivničko-križevačka	1	1	0
Krapinsko-zagorska	1	1	0
Ličko-senjska	1	1	0
Međimurska	1	1	0
Osječko-baranjska	2	2	0
Požeško-slavonska	1	1	0
Primorsko-goranska	3	3	0
Sisačko-moslavačka	1	1	0
Splitsko-dalmatinska	5	5	0
Šibensko-kninska	1	1	0
Varaždinska	1	1	0
Virovitičko-podravska	1	1	0
Vukovarsko-srijemska	1	1	0
Zadarska	2	2	0
Zagrebačka	2	2	0
Ukupno	37	37	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 22. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	3	3	0
Brodsko-posavska	4	3	-1
Dubrovačko-neretvanska	3	4	0
Grad Zagreb	20	15	-5
Istarska	5	5	0
Karlovačka	3	3	0
Koprivničko-križevačka	3	3	0
Krapinsko-zagorska	4	3	-1
Ličko - senjska	2	1	-1
Međimurska	3	3	0
Osječko-baranjska	8	8	0
Požeško-slavonska županija	2	1	-1
Primorsko-goranska županija	9	9	0
Sisačko-moslavačka županija	5	4	-1
Splitsko-dalmatinska županija	13	13	0
Šibensko-kninska	3	3	0
Varaždinska	5	3	-2
Virovitičko-podravska	2	2	0
Vukovarsko-srijemska	5	4	-1
Zadarska	5	5	0
Zagrebačka	8	8	0
Ukupno	115	103	-13

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 23. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvena zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	1	1	0
Brodsko-posavska	2	2	0
Dubrovačko-neretvanska	2	2	0
Grad Zagreb	5	5	0
Istarska	3	3	0
Karlovačka	1	1	0
Koprivničko-križevačka	1	1	0
Krapinsko - zagorska	1	1	0
Ličko - senjska	1	1	0
Međimurska	2	1	-1
Osječko-baranjska	3	2	-1
Požeško-slavonska	1	1	0
Primorsko-goranska	4	4	0
Sisačko-moslavačka	2	2	0
Splitsko-dalmatinska	4	4	0
Šibensko-kninska	2	2	0
Varaždinska	2	2	0
Virovitičko-podravska	1	1	0
Vukovarsko-srijemska	2	1	-1
Zadarska	3	3	0
Zagrebačka	2	2	0
Ukupno	45	42	-3

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj,
www.hzzo.hr

Tablica 24. Mreža javne zdravstvene službe koordinatora za palijativnu skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Mreže javne zdravstvene službe		Ugovoreno	
	Koordinator	Mobilni palijativni tim	Koordinator	Mobilni palijativni tim
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Bjelovarsko-bilogorska	1	1	0	0
Brodsko-posavska	2	2	0	0
Dubrovačko-neretvanska	1*	1	1	1
Grad Zagreb	8	8	0	0
Istarska	2	2	2	2
Karlovačka	2	2	2	0
Koprivničko-križevačka	1	1	0	0
Krapinsko-zagorska	1	1	0	0
Ličko-senjska	1	1	0	0
Međimurska	1	1	1	1
Osječko-baranjska	3	3	1	1
Požeško-slavonska	2	2	2	2
Primorsko-goranska	3*	3	0	0
Sisačko-moslavačka	2	2	0	0
Splitsko-dalmatinska	6	6	0	0
Šibensko-kninska	1*	1	1	0
Varaždinska	2	2	1	1
Virovitičko-podravska	1	1	0	0
Vukovarsko-srijemska	2	2	1	1
Zadarska	2*	2	2	0
Zagrebačka	3	3	0	0
Ukupno	47	47	14	9

* zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci i sl. može se dodatno osigurati još jedan koordinator

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Tablica 25. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti medicine rada, na dan 31.03.2018.

Županija/Grad Zagreb	Potreban broj timova - Mreža javne zdravstvene službe	Ugovoreni broj timova	Razlika između ugovorenog i potrebnog broja timova
<i>1</i>	2	3	4
Bjelovarsko-bilogorska	5	4	-1
Brodsko-posavska	6	6	0
Dubrovačko-neretvanska	6	4	-2
Grad Zagreb	50	44	-6
Istarska	11	10	-1
Karlovačka	5	4	-1
Koprivničko-križevačka	5	1	-4
Krapinsko-zagorska	6	3	-3
Ličko-senjska	2	2	0
Međimurska	5	2	-3
Osječko-baranjska	13	8	-5
Požeško-slavonska	3	2	-1
Primorsko-goranska	16	13	-3
Sisačko-moslavačka	7	4	-3
Splitsko-dalmatinska	19	15	-4
Šibensko-kninska	4	3	-1
Varaždinska	8	5	-3
Virovitičko-podravska	3	2	-1
Vukovarsko-srijemska	6	5	-1
Zadarska	7	3	-4
Zagrebačka	6	5	-1
Ukupno	193	145	-48

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, www.hzzo.hr

Iznesenim tabličnim prikazima pokazano je trenutno stanje s ljudskih resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u RH. Većina djelatnosti ima nedovoljan broj potrebnih zdravstvenih radnika. Nadalje, prisutne su velike razlike ovisno o kojoj se djelatnosti radi i ovisno o kojem se radi području odnosno županiji.

5. RASPRAVA

Ovaj rad ima za cilj definirati alate za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na PZZ-u u RH. Da bi nešto poboljšali i unaprijedili moramo znati kakva je aktualna razina uspješnosti upravljanja ljudskim resursima.

Aktualnu razinu uspješnosti upravljanja ljudskim resursima na PZZ-u možemo pratiti na više načina. U ovom radu rezultate upravljanja ljudskim resursima na PZZ-u analiziramo usporedbom aktualnih podataka (ožujak 2018. godine) s podacima 2015. godine odnosno s podacima prije stupanja na snagu Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020.

Ocjena uspješnosti upravljanja ljudskim resursima na PZZ-u u RH dobivena je usporedbom podataka na dan 31.01.2015. godine objavljenih u Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020. (Strategija) s podacima na dan 31.03.2018. godine. Analizirano razdoblje, predstavlja razdoblje prije donošenja strateškog dokumenta i tri godine nakon donošenja. Ovakvom usporedbom i analizom dobit ćemo određene rezultate koji predstavljaju i uspješnost odnosno neuspješnost u upravljanju i primjeni alata za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

U nastavku je prikaz analize za četiri osnovne djelatnosti PZZ-a: za opću/obiteljsku medicinu, zdravstvenu zaštitu predškolske djece, zdravstvenu zaštitu žena i dentalnu zdravstvenu zaštitu, za koje je prethodno utvrđeno kako nedostaje najveći broj zdravstvenih radnika u odnosu na druge djelatnosti koje pripadaju PZZ-u.

Za djelatnost opće/obiteljske medicine, na dan 31.03.2018. godine nedostaje 114 timova opće/obiteljske medicine, što je za 10 timova manje u odnosu na 2015. godinu, kada je nedostajalo 124 tima. Broj ugovorenih timova je 2.338, što je isto kao i 2015. godine, no smanjio se broj potrebnih timova. Izmjenama Mreže utvrđeno je da za potrebe zdravstvenog sustava u djelatnosti opće/obiteljske medicine potrebno 10 timova manje, što je utjecalo na smanjenje ukupnog deficita. Razlike po županijama su i dalje značajne. Najveći deficit i dalje imaju Brodsko-posavska, Varaždinska i Zagrebačka županija. U navedenim županijama se nije ništa značajno promijenilo u odnosu na vrijeme prije donošenja Strategije, to su i dalje županije s najvećim manjkom liječnika. Prikaz po županijama u Tablici 26.

Tablica 26. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost opće/obiteljske medicine, razlika u apsolutnim iznosima

Županija/Grad Zagreb	Razlika u potrebnom broju timova (prema Mreži) 2018. vs 2015.	Razlika u ugovorenom broju timova 2018. vs 2015.	Razlika u broju timova koji nedostaje 2018. vs 2015.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	1	0	-1
Brodsko-posavska	0	1	1
Dubrovačko-neretvanska	1	0	-1
Grad Zagreb	2	0	-2
Istarska	-2	0	2
Karlovačka	0	0	0
Koprivničko-križevačka	1	0	-1
Krapinsko-zagorska	-1	-2	-1
Ličko-senjska	0	0	0
Međimurska	1	1	0
Osječko-baranjska	-1	-1	0
Požeško-slavonska	-2	1	3
Primorsko-goranska	-6	-2	4
Sisačko-moslavačka	0	-1	-1
Splitsko-dalmatinska	-4	2	6
Šibensko-kninska	-2	-1	1
Varaždinska	2	0	-2
Virovitičko-podravska	-1	0	1
Vukovarsko-srijemska	-2	-1	1
Zadarska	0	3	3
Zagrebačka	3	0	-3
Ukupno	-10	0	10

Izvor: Izračun autora

U djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece ukupni deficit je 47, što je za tri više nego 2015. godine. Ukupan broj ugovorenih odnosno popunjenih timova je 283, što je za tri više nego 2015. godine. Potreban broj timova je 330 što je za 6 više nego 2015. godine. Ukupan nedostatak liječnika i timova se povećao. Povećanje predstavlja nemogućnost odgovora na veće

potrebe za pedijatrima. Ako analiziramo strukturu po županijama u pet županija postignuta je optimalna popunjenost. Prikaz po županijama u Tablici 27.

Tablica 27. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece, razlika u apsolutnim iznosima

Županija/Grad Zagreb	Razlika u potrebnom broju timova (prema Mreži) 2018. vs 2015.	Razlika u ugovorenom broju timova 2018. vs 2015.	Razlika u broju timova koji nedostaje 2018. vs 2015.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	-1	0	1
Brodsko-posavska	0	1	1
Dubrovačko-neretvanska	0	0	0
Grad Zagreb	7	1	-7
Istarska	3	1	-2
Karlovačka	0	0	0
Koprivničko-križevačka	0	0	0
Krapinsko-zagorska	-1	0	1
Ličko-senjska	1	0	-1
Međimurska	0	0	0
Osječko-baranjska	1	1	0
Požeško-slavonska	-1	0	1
Primorsko-goranska	1	1	-1
Sisačko-moslavačka	0	0	0
Splitsko-dalmatinska	-4	-2	2
Šibensko-kninska	-1	0	1
Varaždinska	0	0	0
Virovitičko-podravska	0	0	0
Vukovarsko-srijemska	-2	0	2
Zadarska	2	0	-2
Zagrebačka	1	0	-2
Ukupno	6	3	-6

Izvor: Izračun autora

U djelatnosti zdravstvene zaštite žena broj ugovorenih timova je za jedan više nego u vrijeme prije stupanja na snagu Strategije. I dalje postoji nedostatak timova, povećanje s -49 na -57.

Rezultat negativnog povećanja su dodatne potrebe za timovima koje su propisane Mrežom. Prikaz kretanja po županijama nalazi se u Tablici 28.

Tablica 28. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost zdravstvene zaštite žena, razlika u apsolutnim iznosima

Županija/Grad Zagreb	Razlika u potrebnom broju timova (prema Mreži) 2018. vs 2015.	Razlika u ugovorenom broju timova 2018. vs 2015.	Razlika u broju timova koji nedostaje 2018. vs 2015.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	0	-1	-1
Brodsko-posavska	1	-1	-2
Dubrovačko-neretvanska	0	0	0
Grad Zagreb	7	2	-5
Istarska	0	0	0
Karlovačka	-2	-1	1
Koprivničko-križevačka	0	0	0
Krapinsko-zagorska	0	0	0
Ličko-senjska	0	0	0
Međimurska	0	1	1
Osječko-baranjska	1	0	-1
Požeško-slavonska	0	1	1
Primorsko-goranska	0	0	0
Sisačko-moslavačka	-1	0	1
Splitsko-dalmatinska	1	0	-1
Šibensko-kninska	-1	0	1
Varaždinska	0	0	0
Virovitičko-podravska	0	0	0
Vukovarsko-srijemska	0	0	0
Zadarska	0	0	0
Zagrebačka	3	0	-3
Ukupno	9	1	-8

Izvor: Izračun autora

Za djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite došlo je do značajne izmjene Mreže. Mrežom je propisana potreba za 63 tima više nego to je to bilo prije Strategije. U promatranom razdoblju s HZZO-om je ugovoreno 43 nova tima, što predstavlja najveće povećanje. Sa svim tim izmjenama i dopunama, zaključno s ožujkom 2018. godine, ostaje manjak od 268 timova u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite. Prikaz po županijama, daje Tablica 29.

Tablica 29. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost dentalne zdravstvene zaštite, razlika u apsolutnim iznosima

Županija/Grad Zagreb	Razlika u potrebnom broju timova (prema Mreži) 2018. vs 2015.	Razlika u ugovorenom broju timova 2018. vs 2015.	Razlika u broju timova koji nedostaje 2018. vs 2015.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Bjelovarsko-bilogorska	0	2	2
Brodsko-posavska	-1	0	1
Dubrovačko-neretvanska	-1	3	4
Grad Zagreb	17	6	-11
Istarska	6	2	-4
Karlovačka	-2	-1	1
Koprivničko-križevačka	-2	1	3
Krapinsko-zagorska	1	-1	-2
Ličko-senjska	0	1	1
Međimurska	4	6	2
Osječko-baranjska	4	10	6
Požeško-slavonska	1	0	-1
Primorsko-goranska	3	4	1
Sisačko-moslavačka	2	2	0
Splitsko-dalmatinska	5	0	-5
Šibensko-kninska	0	0	0
Varaždinska	1	0	-1
Virovitičko-podravska	2	5	3
Vukovarsko-srijemska	4	3	-1
Zadarska	7	0	-7
Zagrebačka	12	0	-12
Ukupno	63	43	-20

Izvor: Izračun autora

Rezultati koji su dobiveni analizom ukazuju da se negativni trendovi nisu promijenili. I dalje se po djelatnostima bilježi deficit. Razlozi tome mogu biti višestruki. Sigurno jedan od njih je način primjene alata pri upravljanju ljudskim resursima.

U ovom slučaju nije rađena dodatna analiza kako bi se vidjela dobna struktura liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika, niti opterećenost radom i izvršenost posla. Primjena alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, podrazumijeva dodatne dubinske analize u svrhu donošenja optimalnih odluka u upravljanju ljudskim resursima na PZZ-u i općenito zdravstvenom sustavu.

6. UNAPREĐENJE UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU

Strateški dokumenti, zakonodavna regulativa i drugi nautci ukazuju da se o temi ljudskih resursa u zdravstvu u RH promišlja i da su ljudi prepoznati kao ključni dio hrvatskog zdravstvenog sustava. No, izostaju pozitivni rezultati, što potvrđuju i analize u okviru ovog rada.

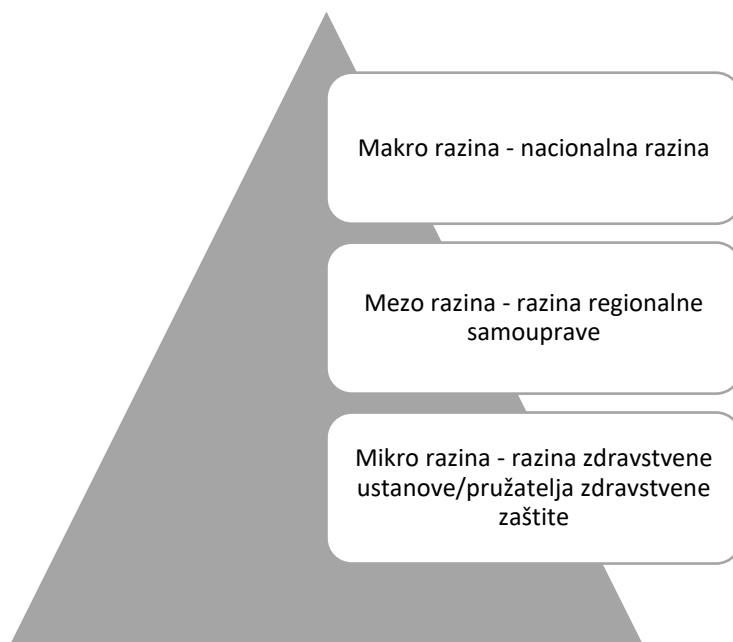
Kako bi se došlo do pozitivnih rezultata potrebno je kvalitetno upravljati, a da bi se kvalitetno upravljalo potrebno je primjenjivati određene alate u svrhu upravljanja i unapređenja upravljanja.

Hrvatski zdravstveni sustav primjenjuje određene alate u upravljanju ljudskim resursima u zdravstvu no s njima ne samo da se ne zadovoljavaju potrebe nego se ne bilježe niti značajniji pozitivni pomaci ili promjene. Zato se u ovom radu za cilj uzelo definirati alate za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. S obzirom na kompleksnost sustava osnovna usmjerenost je na početnu, primarnu razinu zdravstvene zaštite, no alati se mogu i trebaju primijeniti i na cjelokupan zdravstveni sustav.

Ovaj rad ne prikazuje mjere koje zdravstveni sustav može ili treba koristiti kako bi privukao potreban ljudski kapital u svoj sustav, nego pruža prikaz alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Primjenom alata za unapređenje upravljanja kreatori zdravstvene politike mogu donositi kvalitetne mjere i odluke.

Kako bi unaprijedili upravljanje mora se prije svega znati tko upravlja. Nije dovoljno samo donijeti strateški dokument i upravljati sustavom na najvišoj razini. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu treba biti sveobuhvatno što predstavlja upravljanje na tri razine: makro, mezo i mikro razini. Prikaz razina upravljanja nalazi se na Slici 8.

Slika 8. Razine upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu



Makro razina predstavlja najvišu razinu, razinu Vlade odnosno nadležnog ministarstva. Na ovoj razini nalazi se jedan dionik koji donosi jedinstven, krovni dokument.

Mezo razina predstavlja srednju razinu, odnosi se na jedinice regionalne samouprave odnosno županije. Na mezo razini nalazi se 21 dionik odnosno 20 županija i Grad Zagreb.

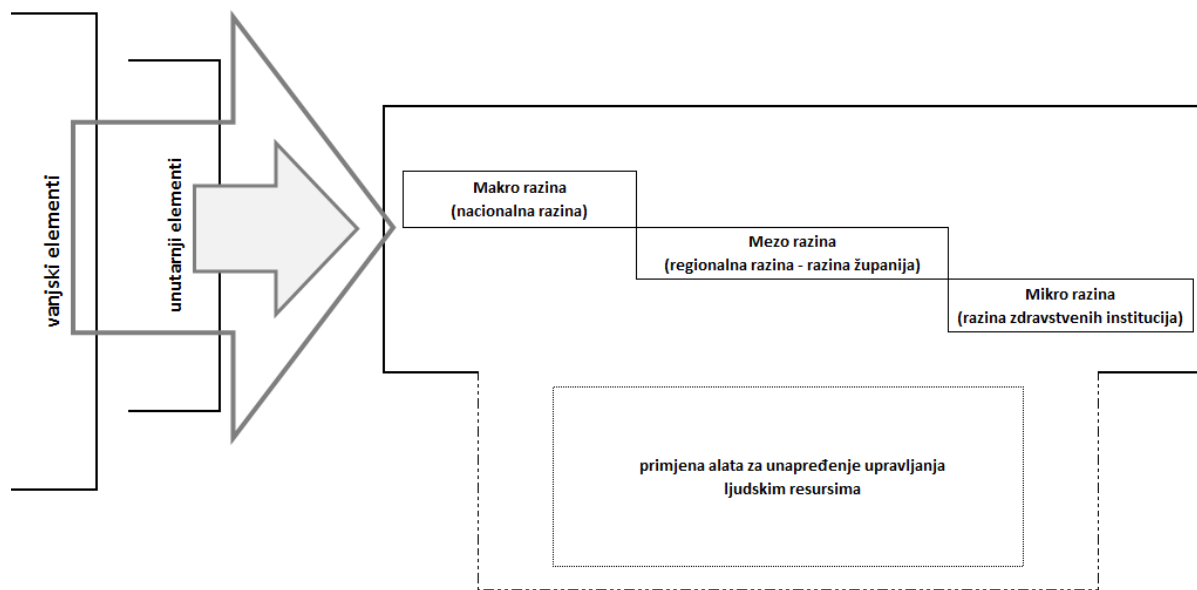
Mikro razina predstavlja razinu zdravstvene ustanove odnosno pružatelja zdravstvene zaštite. Na ovoj razini nalazi se najveći broj dionika. Važno je da svaki pružatelj zdravstvenih usluga unutar javnog sektora planira i upravlja svojim ljudskim resursima, no još važnije je da to upravljanje bude u skladu s upravljanjem na višim i istim hijerarhijskim razinama.

Djelovanje i upravljanje ljudskim resursima na ove tri razine mora biti koordinirano, usklađeno i svrsishodno, s jasnim pravima i obvezama svakog dionika bez obzira na razinu upravljanja.

Unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu može se provoditi za svaku razinu zdravstvene zaštite posebno, s tim da se uvijek uzima u obzir obilježja ukupnog zdravstvenog sustava i baza podataka svih pružatelja zdravstvene zaštite. Na taj način postižu se kvalitetniji i dugoročniji rezultati.

U ovom radu prikazan je i model primjene alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu s obzirom na razine upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu.

Slika 9. Model primjene alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu



Izvor: Izrada autora

Na svakoj razini pri upravljanju se moraju uzeti u obzir utjecaji vanjskih i unutarnjih elemenata okoline. Vanjski elementi okoline ukazuju na prilike i prijetnje, a unutarnji na snage i slabosti za sustav upravljanja ljudskim resursima. Na elemente okoline ne postoji ili postoji vrlo mali utjecaj. Vanjski elementi okoline utječu i na unutarnje elemente.

U vanjske elemente okoline uključujemo: demografska kretanja, epidemiološka kretanja, zakonodavni okvir, gospodarska kretanja, sustav obrazovanja i tržište rada, kultura društva (1, 3)

Dok u unutarnje elemente okoline uključujemo: menadžment, poslovnu strategiju, organizacijsku strukturu, vrste djelatnosti i primjenu tehnologije (1, 3).

Pojedine elemente okoline odnosno njihovo značenje za zdravstveni sustav i na model upravljanja ljudskim resursima obradili smo ranije kroz rad.

Upravljanje ljudskim resursima kao i svaki oblik upravljanja svakodnevno je suočeno s brzim promjenama, kako unutarnjim tako i vanjskim i zato je važno posvetiti pažnju i uzimati u obzir elemente vanjskog i unutarnjeg okruženja posebno za područje upravljanja rizicima.

6.1. Alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu

Polazeći od toga da se upravljanje ljudskim resursima unutar zdravstvenog sustava mora voditi, a ne samo promatrati kroz tri razine, može se pristupiti definiranju alata za unapređenje upravljanja.

Alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu dijelimo na tri grupe:

- Alati strateškog planiranja
- Alati mjerenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu
- Alati baze podataka

Alati unapređenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvo, bez obzira kojoj grupi pripadaju potrebno je da se temelje na načelima odgovornosti, održivosti, učinkovitosti, djelotvornosti, usmjerenosti na rezultat, transparentnosti, točnosti i cjelovitosti.

Načelo odgovornosti odnosi se na osiguranje optimalnih uvjeta i resursa u svrhu postizanja ciljeva. Načelo odgovornosti prvenstveno se odnosi na alate strateškog planiranja.

Načelo održivosti odnosi se na primjenu rezultata i iskustva iz prethodnih procesa strateškog planiranja. Ovim načelom može se neutralizirati ili minimalizirati određene situacije temeljem iskustva.

Načelo učinkovitosti i načelo djelotvornosti osiguravaju da se za postavljene ciljeve moraju definirati odgovarajući indikatori. Ova načela prvenstveno su vezana uz alate mjerenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu.

Načelo usmjerenosti na rezultat osigurava praćenje i analiziranje podataka o provedenim aktivnostima i praćenje i analiziranje postignutih rezultata.

Načelo transparentnosti osigurava jasnost u izradi strateških alata, provedbi i postizanju rezultata i ciljeva. Može se vezati uz sve alate unapređenja upravljanja.

Načelo točnosti i cjelovitosti prije svega možemo vezati uz alate obrade podataka. Ovo načelo osigurava korištenje pouzdanih, provjerljivih i usporedivih podataka.

Osnova i smjernice za definiranje načela mogu se povezati sa zakonskom regulativom vezanom uz opći sustav strateškog planiranja u RH (62).

6.1.1. Alati strateškog planiranja

Alati strateškog planiranja usmjereni su na uređenje sustava strateškog planiranja u području zdravstva. Svrha ovog alata je postizanje optimalne strukture i hijerarhije strateških dokumenata, a što omogućava koordinaciju, sustavno praćenje i vrednovanje. Upravo navedeno trenutno nedostaje hrvatskom zdravstvenom sustavu u području upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Nadalje, svrha je definiranje jasne odgovornosti za planiranje, implementaciju i provođenje. Ovim načinom mogu se uspostaviti nacionalni prioriteti i dugoročni ciljevi, ali i prioriteti na lokalnim razinama, te srednjoročni i kratkoročni ciljevi.

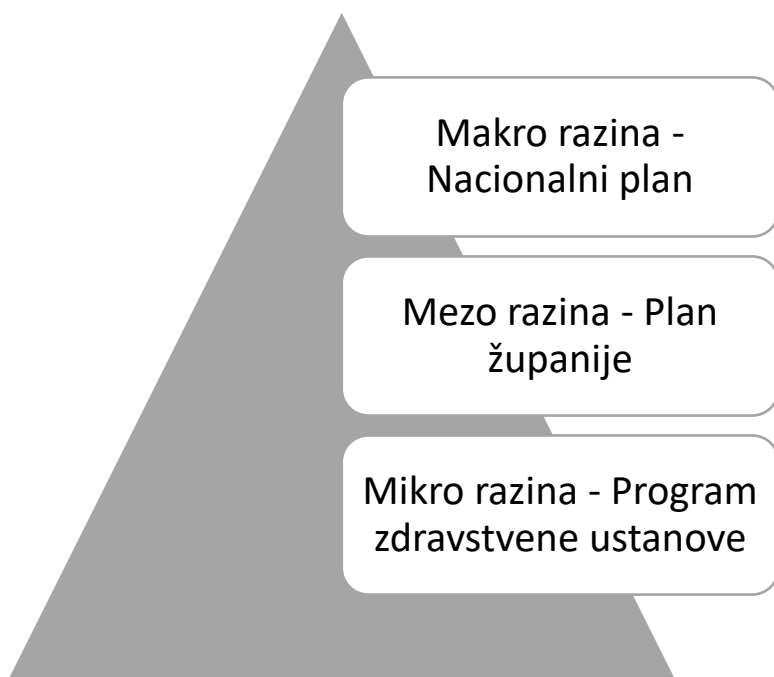
Akti strateškog planiranja odnose se na donošenje strateških akata na svim razinama strateškog planiranja.

Na makro razini ili nacionalnoj razini donosi se krovni dokument ili Nacionalni plan, koji predstavlja najviši akt strateškog planiranja. Ostali akti strateškog planiranja koji se donose na nižim razinama ne smiju biti u suprotnosti s krovnim aktom. Takav akt predstavlja dugoročni akt ili plan koji se najmanje veže uz jedno mandatno razdoblje. Od velike važnosti za strateške odluke koje se planiraju i donose je da postoji i politička podrška u njihovoj realizaciji.

Na mezo razini ili razini jedinica lokalne samouprave također je potrebno izraditi strateški dokument, koji je srednjoročni po roku važenja ili se isto može vezati uz mandatno razdoblje, a predstavljao bi plan jedinice lokalne samouprave. Takav plan mora biti usklađen s aktima strateškog planiranja više ili jednake hijerarhijske razine. Njime bi se definirala provedba strateških ciljeva iz Nacionalnog plana s potrebom da se dopune specifičnostima lokalne zajednice. S obzirom na geografski položaj RH, te druga obilježja regionalnih jedinica i zdravstvenog sustava, dvije ili više jedinica područne (regionalne) samouprave mogle bi donijeti zajednički plan upravljanja ljudskim resursima. Poticaj za to postoji i u nekim strateškim dokumentima kao što je Nacionalni plan razvoja bolnica u kojem se primjenjuje i definira pojam zdravstvenih regija (63, 64).

Na mikro razini potrebno je donijeti strateški akt u obliku provedbenog programa. On se donosi na srednjoročni ili kratkoročni rok. Mikro razina odnosi se na razinu zdravstvenih ustanova i pružatelja zdravstvene zaštite. Provedbeni programi upravljanja ljudskim resursima obvezno moraju biti usklađeni s aktima strateškog planiranja više ili iste hijerarhijske razine.

Slika 10. *Struktura alata strateškog planiranja*



6.1.2. Alati mjerenja upravljanja ljudskim resursima

Nije dovoljno samo nešto imati nego i upravljati time. Primjena alata strateškog planiranja bez alata mjerenja nema nikakvog značaja niti rezultata.

Ako strateški plan nije moguće ili se ne želi mjeriti, ne može se niti pratiti napredak istog.

Stručna literatura pruža vrlo veliki broj pokazatelja mjerenja, koji se razlikuju po vrstama. Kod vrsta mjerenja razlikuju se mjerenja s obzirom na veličinu, s obzirom na razinu mjerenja, s obzirom na prirodu mjerenja, s obzirom na obuhvat mjerenja, s obzirom na koristi, mjerenje s obzirom na sudionike i s obzirom na hijerarhiju (1).

Za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu potrebno je pokriti pet područja mjerenja, primjenom različitih vrsta mjerenja. Područja mjerenja obuhvaćaju:

- mjerenje ljudskog kapitala,
- specifično mjerenje upravljanja ljudskim resursima,
- mjerenje specifičnih aktivnosti upravljanja ljudskim resursima,
- agregatni način mjerenja upravljanja ljudskim resursima,
- mjerenje uspješnosti odjela za ljudske resurse (1).

Mjerenje ljudskog kapitala neizostavno je područje za upravljanje ljudskim resursima. Prema svojoj definiciji usmjerenost područja upravljanja ljudskim resursima je stvaranje kvalitetnog ljudskog kapitala. Upravo zbog toga potrebno je mjeriti da li je rezultat postignut i u kojem obimu.

Specifično mjerenje upravljanja ljudskim resursima podrazumijeva primjenu neke od standardiziranih ekonomskim metoda, kao što su računovodstvo upravljanja ljudskim resursima, praćenje troškova upravljanja ljudskim resursima, analiza i ocjena upravljanja ljudskim resursima, analiza troškova i koristi upravljanja ljudskim resursima, analiza korisnosti upravljanja ljudskim resursima, povrat na ulaganja u aktivnosti upravljanja ljudskim resursima, studije slučaja upravljanja ljudskim resursima, upravljanje ljudskim resursima kao profitnim centrima, upravljanje ljudskim resursima pomoću ciljeva, praćenje ključnih pokazatelja upravljanja ljudskim resursima, uravnotežena lista pokazatelja uspjeha upravljanja ljudskim resursima i usporedba upravljanja ljudskim resursima s najboljom praksom.

Mjerenje specifičnih aktivnosti uključuje mjerenje pojedinih aktivnosti, procesa ili slično unutar upravljanja ljudskim resursima ili određenog strateškog plana. S obzirom na aktivnost koja se promatra primjenjuju se određene vrste mjerenja odnosno pokazatelji.

Agregatni način mjerenja je suprotan mjerenju specifičnih aktivnosti. Agregatnim načinom mjerenja uzimaju se u obzir i mjere se ukupne aktivnosti. Pod agregatnim načinom mjerenja podrazumijeva se izračunavanje indeksa uspješnosti upravljanja ljudskim resursima i račun dobiti i gubitka upravljanja ljudskim resursima.

Posljednje i ne manje važno ali često zanemareno je mjerenje rada odjela za ljudske resurse. Često se unutar organizacija postave odjeli za upravljanje ljudskim resursima i uopće se ne prati

njihov rad. Mjerenje ovih odjela je jednako bitno kao i sva druga područja. Upravljanje ljudskim resursima značajno ovisi o kvaliteti osoba koje rade u odjelima za ljudske resurse.

Za mjerenje koriste se različiti pokazatelji. Prikaz učestalih pokazatelja prema području mjerenja nalazi se na Slici 11.

Slika 11. Područje mjerenja upravljanja ljudskim resursima i prikaz učestalih pokazatelja mjerenja

Područje mjerenja	Određeni, učestali pokazatelji mjerenja	
Mjerenje ljudskog kapitala		
	pokazatelji inovacije	Postotak zaposlenika na određeno vrijeme; udio stručnjaka u ukupnoj radnoj snazi; odnos znanstvenika i zaposlenika u istraživanju i razvoju u odnosu na ukupan broj zaposlenika; broj dobitnika prestižnih nagrada; ulaganja u obrazovanje i razvoj zaposlenika; sati bolovanja po zaposleniku godišnje; stopa prirasta; stopa fluktuacije; stopa apsentizma; troškovi apsentizma po zaposleniku; udio starijih radnika; prosječni radni staž zaposlenika i vrijednost ljudske imovine.
	pokazatelji stavova zaposlenika	
	pokazatelji zadržavanja, fluktuacije, iskustva i učenja	
	kvalitativni pokazatelji ljudskog kapitala	
	vrijednost banke znanja	
Specifični pristup mjerenju upravljanja ljudskim resursima		
	računovodstveno mjerenje	Prihodi ljudskog kapitala; troškovi ljudskog kapitala; povrat na investirano u ljudski kapital; dodana vrijednost ljudskog kapitala; postotak zaposlenika na određeno vrijeme; razina uspješnosti; pokazatelji izmještanja (outsourcing); organizacijska uspješnost (faktor prihoda, faktor troškova, faktor dobiti, dodana vrijednost kapitala, povrat na uloženo u ljudski kapital); funkcija upravljanja ljudskim resursima (postotak troškova, stopa zaposlenika u stalnom radnom
	praćenje troškova	
	analiza i ocjena	
	analiza troškova i koristi	
	analiza korisnosti	
	povrat na ulaganja u aktivnosti	
	studije slučaja	
	upravljanje ljudskim resursima kao profitnim centrima	

	upravljanje ljudskim resursima pomoću ciljeva	odnosu, postotak povlašćenih ljudskih potencijala, faktor ulaganja, stopa napušćanja organizacije, struktura zaposlenika); napušćanje zdravstvene organizacije (stopa napušćanja, namjerna stopa napušćanja, nenamjerna stopa napušćanja); osiguravanje potrebnog osoblja (eksterna stopa prirasta, interna stopa prirasta, eksterna stopa zapošćljavanja, interna stopa zapošćljavanja); obrazovanje i razvoj (postotak zaposlenih koji su dodatno obrazovani, faktor troškova obrazovanja, udio troškova obrazovanja, faktor ulaganja u obrazovanje, troškovi obrazovanja po satu).
	praćenje ključnih pokazatelja	
	uravnotežena lista pokazatelja uspjeha	
	usporedba s najboljom praksom	
Mjerenje pojedinaćnih aktivnosti		
	pokazatelji predviđanja potreba za ljudskim resursa	Sati prekovremenog rada; stope zamjene; broj vanjskih konzultacija; troškovi provođenja analize posla; vrijeme potrebno za ocjenjivanje posla.
	pokazatelji pribavljanja i selekcije ljudskih resursa	Stopa odgovora na oglašavanje slobodnih radnih mjesta; interna stopa zapošćljavanja; rana fluktuacija; ostanak u ustanovi prema izvoru pribavljanja; troškovi zapošćljavanja po novozaposlenom; troškovi zapošćljavanja po pojedinoj tehnici selekcije; vrijeme popunjavanja radnog mjesta; dužina ostanaka odabranih kandidata u zdravstvenoj ustanovi; broj novozaposlenih; rada uspješnost novozaposlenih; uspješnost na radu prema metodi selekcije; stopa zapošćljavanja.
	pokazatelji praćenja, motiviranja i nagrađivanja ljudskih resursa	Broj procjena uspješnosti u nekom vremenskom razdoblju; stupanj do kojeg proces uspješnosti utjeće na zapošćljavanje i poboljšava zdravstvenu ustanovu; ukupni troškovi plaća u odnosu na ukupne operativne troškove; troškovi prekovremenog rada u odnosu na ukupne plaće; prosjećna plaća po zaposleniku; prosjećno

		<p>povećanje plaće; prosječne plaće po grupama poslova u odnosu na iste u sustavu zdravstva;</p> <p>postotak zaposlenih uključenih u programe stimulativnog plaćanja temeljenog na radnoj uspješnosti; vrijeme potrebno za procesuiranje procesa nagrađivanja; broj zahtjeva za povišenjem plaće; broj povišica; broj različitih beneficija;</p> <p>zadovoljstvo zaposlenika plaćom, praksom nagrađivanja, beneficijama i slično.</p>
	<p>pokazatelji obrazovanja i razvoja ljudskih resursa</p>	<p>Postotak zaposlenika po kategorijama koji su prošli obrazovni program; prosječan broj sati obučavanja po zaposleniku; broj pohađanih obrazovnih programa po zaposleniku; povrat na uloženo obrazovanje; godišnji iznos troškova obrazovanja po zaposleniku; troškovi razvoja i uvođenja novih programa obrazovanja; novčani iznosi uštede koja je posljedica obrazovanja;</p> <p>postotak zaposlenika koji sudjeluju u programu razvoja karijere; troškovi provođenja programa razvoja karijere; troškovi razvoja i uvođenja novih programa razvoja karijere; prosječno vrijeme uključenosti sudionika u program razvoja karijere; percipirana vrijednost programa za razvoj karijere.</p>
	<p>pokazatelji ostalih aktivnosti upravljanja ljudskim resursima</p>	<p>Stopa učestalosti nezgoda i ozljeda na radu; ukupni troškovi izgubljenog vremena zbog nezgoda i ozljeda na radu; troškovi po tužbama; troškovi povezani s prekidom rada; percepcije klijenata o radnom odnosu; vrijeme potrebno na odgovor na upit; vrijeme procesuiranja radnog zadatka/medicinskog postupka; vrijeme potrebno za generiranje izvještaja; postotak vremena neprekinutog rada sustava; poslovi na čekanju; broj generiranih izvještaja.</p>

Agregatni način mjerenja		
	indeks uspješnosti upravljanja ljudskim resursima	Pokazatelji indeksa efektivnosti (troškovi upravljanja ljudskim resursima, ukupne kompenzacije, ukupni troškovi beneficija, troškovi obrazovanja i razvoja, stopa apsentizma i stopa fluktuacije); Pokazatelji indeksa ljudskog kapitala (izvršnost pribavljanja, timska i fleksibilna radna mjesta, kvaliteta komuniciranja, nagrađivanje temeljeno na uspjehu organizacije); Račun dobiti i gubitka (mjeri prihode i rashode od ulaganja u različite aktivnosti i procese upravljanja ljudskim resursima u nekom razdoblju te poslovni rezultat).
	račun dobiti i gubitka upravljanja ljudskim resursima	
Mjerenje uspješnosti odjela za ljudske resurse		
	uslužnost odjela za ljudske resurse (koliko odjel za ljudske resurse zadovoljava potrebe internih klijenata (uprave i zaposlenika))	opseg obavljenog posla; broj ljudi potreban za obavljanje poslova upravljanja ljudskim resursima; vrijeme procesuiranja; stupanj pogreške; broj pogreški pri obračunu plaća i procesuiranja beneficija; troškovi vođenja evidencije; trošak obavljanja pojedine aktivnosti upravljanja ljudskim resursima; troškovi odjela za ljudske resurse u odnosu na troškove ostalih odjela; troškovi odjela za ljudske resurse kao postotni udio ukupnih operativnih troškova; troškovi upravljanja ljudskim resursima po zaposleniku; postotni dio troškova upravljanja ljudskim resursima u ukupnim troškovima za plaće; zadovoljstvo s rješavanjem zahtjeva, ugled odjela za ljudske resurse.
	kvaliteta odjela za ljudske resurse (mjeri se stopa pogrešaka ili manjkavosti usluga odjela za ljudske resurse)	
	produktivnost odjela za ljudske resurse	

Izvor: Sikavica P, Bahtijarević-Šiber F, Pološki Vokić N. Temelji menadžmenta. Školska knjiga, Zagreb, 2008.

Kombinacijom različitih pokazatelja može se kvalitetno upravljati i mjeriti trenutno stanje i postignute rezultate.

Važno je ne koristiti niti preveliki broj pokazatelja niti premali broj pokazatelja. Praćenje prevelikog broja može biti opsežno, naporno, skupo i na kraju nepotrebno. Isto tako, premali broj pokazatelja ne nudi dovoljno informacija i podataka kako bi se minimalizirali potencijalni rizici. Potrebno je izabrati određeni broj pokazatelja ovisno o potrebama i određeni broj po različitim područjima kako bi mjerenje obuhvatilo sva područja. Broj i vrsta pokazatelja koja se koristi može se i mijenjati odnosno prilagođavati stvarnim potrebama zdravstvenih ustanova, županija i na kraju državne vlasti. S obzirom da imamo razine upravljanja, svaka razina određuje svoj set pokazatelja i može imati određenu slobodu u tome. Potrebno je da su svi pokazatelji usklađeni s vizijom i misijom odnosno ciljevima na najvišoj hijerarhijskoj razini donošenja dokumenata a samim time i na svakoj nižoj. S obzirom na različitost potrebno je pratiti različiti broj i različite pokazatelje s obzirom na različite razine strateškog planiranja.

Potrebno je da podaci koji se koriste za mjerenje budu razumljivi, pouzdani i usporedivi što znači da se mogu na transparentan način prikupiti, uspoređivati, te da budu orijentirani na rezultat.

Primjenom ovog alata postigla bi se učinkovitost i djelotvornost. Naime, kako bi dobili rezultate potrebno je za sve razine postavljenih ciljeva postaviti i odgovarajuće pokazatelje kojima se prati uspješnost. Očekivani rezultati, ishodi i učinci moraju biti razumljivi, procjenjivi i mjerljivi.

6.1.3. Alati baze podataka

Postojanje jedinstvene baze podataka neophodno je za kvalitetno upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Baza podataka bez obzira na svoj naziv i tijelo unutar sustava koje njime koordinira mora objedinjavati podatke za sve razine zdravstvene zaštite. Odluke za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini mogu se donositi kvalitetno samo ako kod alata obrade podataka postoje i analiziraju se podaci o ljudskim resursima u ukupnom hrvatskom zdravstvenom sustavu. Djelomično posjedovanje podataka utječe i na iste takve odluke.

Nacionalni plan razvoja bolnica u RH definira Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite kojim se definiraju stavke koje se odnose na bolnički zdravstveni sustav i ljudske resurse u

bolničkom sustavu (64). Baza podataka koja ne sadrži cjelokupni sustav na svim razinama zdravstvene zaštite ne omogućava upravljanje a još manje kvalitetno donošenje odluka u upravljanju ljudskim resursima.

Osim ulaznih podataka o dionicima zdravstvenog sustava i svim pružateljima zdravstvene zaštite u bazu podataka ulaze i svi pokazatelji koji se dobivaju alatima mjerenja.

Ovaj alat omogućava jednostavniju, bržu i kvalitetniju obradu podataka i usko je povezan s alatima mjerenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu.

7. ZAKLJUČAK

Sustav zdravstva je izrazito složen i kompleksan, te zahtjeva ozbiljnu usmjerenost na upravljanje ljudskim resursima.

Upravljanje ljudskim resursima je posebno područje društvenih znanosti i potrebno mu je pristupiti s određenim znanjima i vještinama. Nije dovoljno raspravljati o ljudskim resursima ili ustrojiti organizacijske jedinice unutar državnih i javnih tijela i očekivati značajne rezultate za zdravstveni sustav i općenito ekonomiju.

Svijest o potrebi upravljanja ljudskim resursima unutar hrvatskog zdravstvenog sustava postoji, što pokazuju strateški dokumenti koji su obuhvatili i područje ljudskih resursa. No, obrađujući ovu temu može se zaključiti da ne postoji dovoljno znanja i vještina i na kraju alata za kvalitetno upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

Ovaj rad ne prikazuje mjere koje zdravstveni sustav može ili treba koristiti kako bi privukao potreban ljudski kapital u svoj sustav, nego pruža prikaz alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Primjenom alata za unapređenje upravljanja kreatori zdravstvene politike mogu donositi kvalitetne mjere i odluke.

Primarna zdravstvena zaštita je početna razina zdravstvene zaštite u hrvatskom zdravstvenom sustavu i zbog toga ima veliku važnost za uspostavljanje učinkovitog i održivog cjelokupnog zdravstvenog sustava i zato je korištena kao primjer u ovom radu. Nadalje, uspostavom kvalitetnog upravljanja i unapređenjem alata za upravljanje ljudskim resursima na primarnoj razini stvara se osnova za učinkovito upravljanje ljudskim resursima u cjelokupnom zdravstvenom sustavu.

Analizirajući i uzimajući u obzir sva obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava, ukupnu zdravstvenu potrošnju, organizaciju zdravstvene zaštite kao i sve druge unutarnje i vanjske elemente okoline izrađen je i predložen model unapređenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i definirani su alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite i na razini zdravstvenog sustava.

Zdravstveni sustav potrebno je pratiti i njime upravljati kao cjelinom, zato u definiranju alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu više se koristi pojam zdravstvo a ne pojedinačno razine zdravstvene zaštite.

8. SAŽETAK

Ljudski resursi su polazna točka svakog sustava. Posebno kada se radi o radno intenzivnim sustavima kao što je zdravstvo. Za sve resurse tako i za ljudske bitna je njihova optimizacija. Kvalitetno upravljanje ljudskim resursima vodi prema efektivnom i efikasnom poslovanju.

Ovaj rad pruža prikaz alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, a ne prikazuje same mjere koje zdravstveni sustav može ili treba koristiti kako bi privukao potreban ljudski kapital. Primjenom alata za unapređenje upravljanja kreatori zdravstvene politike mogu donositi kvalitetne mjere i odluke.

Cilj rada je definirati alate za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj u postizanju efektivnog, efikasnog i održivog sustava zdravstvene zaštite s pozitivnim utjecajem na ekonomski razvoj zemlje.

Metode: Metoda u ovom radu oblikovana je kao sustav alata i elemenata okoline s kojima se u više dimenzija analizira problem upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvenom sustavu i primarnoj razini zdravstvene zaštite. Polazište za ovaj rad su podaci dostupni u znanstvenoj i stručnoj literaturi, zakonodavnim okvirima i propisima te publikacije vezane uz područje upravljanja ljudskim resursima. Analiza brojčanih podataka i analiza stanja trenutnog upravljanja ljudskim resursima rađena je prema dostupnim podacima iz javnih publikacija Ministarstva zdravstva, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Državnog zavoda za statistiku.

Rezultati: Hrvatski zdravstveni sustav suočen je s izazovima deficita zdravstvenih djelatnika, nejednake dostupnosti u pružanju zdravstvene zaštite, velikih razlika između ruralnih i urbanih područja i sa stalnom financijskom nestabilnošću. Alati koji se trenutno primjenjuju u hrvatskom zdravstvenom sustavu u području upravljanja resursima ne zadovoljavaju potrebe niti bilježe značajnije pozitivne pomake ili promjene.

Zaključak: Analizirajući dostupne publikacije i uzimajući u obzir sva obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava, ukupnu zdravstvenu potrošnju, organizaciju zdravstvene zaštite kao i sve druge unutarnje i vanjske elemente okoline izrađen je i predložen model unapređenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i definirani su alati za unapređenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite i na razini zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: menadžment ljudskih resursa, zdravstvena zaštita, primarna razina zdravstvene zaštite

SUMMARY

Human resources are one of the basic elements of every system. This is even more apparent in work intensive sectors such as healthcare. Optimization of all resources is essential and human labor is no different. High-quality human resources management leads to efficient and effective organization.

This paper provides an overview of human resource management improvement tools and does not show the measures that the health care system could or should use to attract the human capital needed. Applying right tools to improve healthcare, policy makers can make right decisions.

The aim is to define tools for improving human resource management at the primary health care level in the Croatia and for support in achieving an effective, efficient and sustainable health care system with positive impact on the country's economic development.

Methodology: The method in this paper is designed as a system of tools and elements of the environment that in more dimensions analyze the human resource management problem in the Croatian health care system and in the primary level of health care. The starting point for this paper are available scientific and professional literature, legislative frameworks and regulations as well as publications related to the field of human resources management. The analysis of quantitative data and analysis of the current state of human resources management is based on the available data from regular publications of the Ministry of Health, the Croatian Institute for Health Insurance, the Croatian Institute of Public Health and the Central Bureau of Statistics.

Results: The Croatian health care system faces the challenges of healthcare professionals' deficits, unequal access to health care, large differences between rural and urban areas, and constant financial instability. The tools currently applied in the Croatian health care system in the field of resource management do not meet the needs or make any significant positive changes or changes.

Conclusion: Analyzing and taking into account all the features of the Croatian health system, health care organization as well as all other internal and external environmental elements, the proposed model for improving human resource management in healthcare was developed and tools for improving human resource management at the primary health care and whole health care system.

Key words: human resources management, health care, primary level of health care

9. LITERATURA

1. Sikavica P, Bahtijarević-Šiber F, Pološki Vokić N. Temelji menadžmenta. Školska knjiga, Zagreb, 2008.
2. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012 – 2020. („Narodne novine“ broj 116/12) [pristupljeno 27.10.2017.], Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf>
3. Bahtijarević Šiber F. Menadžment ljudskih potencijala. Golden marketing, Zagreb, 1999.
4. Ostojić R, Bilas V, Franc S. Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Notitia, Zagreb, 2012., str 135-139
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12 – OUSRH, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14 – O i RUSRH, 154/14, 70/16 i 131/17)
6. Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K and Sekelj-Kauzlarić K. Croatia: Health system review. Health Systems in Transition, 2014; 16(3): 1–162
7. Bogut M, Vončina L, Yeh E. Impact of Hospital Provider Payment Reforms in Croatia. Policy Research Working Paper 5992, Svjetska banka, Washington, DC, 2012., [pristupljeno 21.11.2017.], Dostupno na: <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-5992>
8. Čipin I, Smolić Š, Vlah Jerić S. Demografski atlas hrvatskog liječništva. Hrvatska liječnička komora, Zagreb, 2017. str 13-385
9. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine broj 80/13. i 137/13.)
10. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. (Narodne novine broj 85/06., 150/08. i 71/10.)
11. Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine" broj 156/13, 11/14, 12/14, 34/14, 54/14, 66/14, 74/14, 106/14, 133/14, 157/14, 25/15, 36/15, 69/15, 79/15, 82/15, 91/15, 91/15, 116/15, 124/15, 139/15, 141/15, 28/16, 65/16 i 90/16)
12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Statut Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje („Narodne novine“ broj 18/09, 33/10, 8/11, 18/13, 1/14 i 83/15)
13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017. OECD Publishing, Paris/European Observatory on

- Health Systems and Policies, Brussels, 2017., [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285088-hr>
14. Svjetska zdravstvena organizacija. Global Health Expenditure Database, [pristupljeno 29.01.2018.], Dostupno na: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
 15. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2016. godinu, [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2017/04/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_01122016_MF_novcani_tijek.pdf?b32def
 16. Svjetska zdravstvena organizacija. WHO European Centre for Primary Health Care: annual report of activities 2017, WHO. [pristupljeno 20.05.2017.], Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2018/who-european-centre-for-primary-health-care-annual-report-of-activities-2017-2018>
 17. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2010. godinu, [pristupljeno 20.11.2017.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2013/10/Izvjesce_hz_1_12_2010_god.pdf?b32def
 18. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2011. godinu, [pristupljeno 20.11.2017.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2016/10/20120426_Izvjesce_o_poslovanju_HZZOa_za_2011_godinu.pdf?b32def
 19. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2012. godinu, [pristupljeno 25.11.2017.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2016/10/HZZO_izvjesce_2012_WEB.pdf?b32def
 20. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2013. godinu, [pristupljeno 25.11.2017.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2014/05/HZZO_izvjesce_2013_KB_FINAL.pdf?b32def
 21. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2014. godinu, [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na:

- http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2015/06/financijsko_izvjesce_2014.pdf?b32def
22. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2015. godinu, [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2016/04/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_za_2015_godinu.pdf?b32def
23. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2017. godinu, [pristupljeno 01.05.2018.], Dostupno na: http://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2018/04/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_01122017.pdf?b32def
24. Vlada Republike Hrvatske. Program Vlade Republike Hrvatske za mandat 2016-2020., [pristupljeno 01.05.2018.], Dostupno na: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/ZPPI/Dokumenti%20Vlada/Program_Vlada_RH_2016_2020.pdf
25. Vlada Republike Hrvatske. Nacionalni program reformi 2017. Zagreb, 2017., [pristupljeno 01.05.2018.], Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/Sjednice/2017/04%20travanj/33%20sjednica%20VRH/33%20-%201.pdf>
26. Vlada Republike Hrvatske. Nacionalni program reformi 2018. Zagreb, 2018., [pristupljeno 01.05.2018.], Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/Sjednice/2018/04%20travnja/93%20sjednica%20VRH/93%20-%201.pdf>
27. Vehovec M. (urednica). O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Ekonomski institut, Zagreb. 2014. O zdravstvu iz ekonomske perspektive, Ekonomski institut Zagreb, 2014., Bobinac A, Izazovi i ograničenja u ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija, str. 301-332
28. Vlada Republike Hrvatske. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015-2020. Zagreb, 2015., [pristupljeno 27.10.2017.], Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf
29. Državni zavod za statistiku. Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2017. Zagreb 2017., [pristupljeno 20.11.2017.], Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2017/sljh2017.pdf

30. Državni zavod za statistiku. Statističke informacije 2017. Zagreb, 2017., [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/StatInfo/pdf/StatInfo2017.pdf
31. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu. Zagreb, 2017., [pristupljeno 05.03.2018.], Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/05/Ljetopis_2016_IX.pdf
32. Zakon o radu („Narodne novine“ broj 93/14 i 127/17)
33. Zakon o liječništvu („Narodne novine“ broj 121/03 i 117/08)
34. Zakon o ljekarništvu („Narodne novine“ broj 121/03, 142/06, 35/08 i 117/08)
35. Zakon o sestrinstvu („Narodne novine“ broj 121/03, 117/08 i 57/11)
36. Zakon o dentalnoj medicini („Narodne novine“ broj 121/03, 117/08 i 120/09)
37. Zakon o primaljstvu („Narodne novine“ broj 120/08 i 145/10)
38. Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti („Narodne novine“ broj 121/03 i 117/08)
39. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti („Narodne novine“ broj 120/08)
40. Zakon o djelatnostima u zdravstvu („Narodne novine“ broj 97/09)
41. Temeljnim kolektivnim ugovorom za službenike i namještenike u javnim službama („Narodne novine“ broj 128/17.)
42. Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 29/18)
43. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti („Narodne novine“, broj 61/11, 128/12, 124/15 i 8/16)
44. Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza („Narodne novine“ broj 53/11 i 77/12)
45. Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme kojima moraju udovoljavati zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost hitne medicine („Narodne novine“ broj 71/16)
46. Pravilnik o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika („Narodne novine“ broj 2/2011, 14/2013, 126/2014 i 135/15)
47. Pravilnik o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine („Narodne novine“ broj 145/13)
48. Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine ("Narodne novine", broj 114/13, 157/13, 30/14 i 129/15)
49. Pravilnik o mjerilima za primanje zdravstvenih djelatnika na pripravnički staž („Narodne novine“ broj 124/13)

50. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije („Narodne novine“ broj 73/08)
51. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara medicinske biokemije („Narodne novine“ broj 73/08)
52. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije („Narodne novine“ broj 115/07)
53. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“, broj 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16, 69/16 - Ispravak i 6/17)
54. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine („Narodne novine“ broj 129/11, 129/12, 120/13 i 31/17)
55. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara („Narodne novine“ broj 139/09 i 32/12)
56. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara-medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći („Narodne novine“ broj 28/11)
57. EUROSTAT [pristupljeno 19.04.2018.], Dostupno na: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prs1&lang=en;
58. Mreža javne zdravstvene službe („Narodne novine“ broj 101/12, 31/13, 113/15 i 20/18.)
59. Mreža hitne medicine („Narodne novine“ broj 49/16 i 67/17)
60. Mreža ugovornih subjekata medicine rada („Narodne novine“ broj 55/11)
61. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u RH. [pristupljeno 19.04.2018.], Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni-sadrzaji-zdravstvene-zastite-u-rh/>
62. Zakon o sustavu strateškog planiranja i upravljanja razvojem Republike Hrvatske. („Narodne novine“ broj 123/17)
63. Svjetska zdravstvena organizacija. Models and tools for health workforce planning and projections. WHO, Geneva, 2010.
64. Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2015.- 2016. („Narodne novine“ broj 26/15)

10. ŽIVOTOPIS

Iskustvo:

kolovoz 2013. – danas, viši savjetnik – specijalist, Ministarstvo zdravstva, Uprava za medicinsku djelatnost

siječanj 2013. – srpanj 2013. godine, viši stručni savjetnik, Ministarstvo zdravstva, Uprava za financije

veljača 2012. – prosinac 2012., privremeni rukovoditelj Službe za lijekove i medicinske proizvode, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Direkcija

svibanj 2010. – siječanj 2012., viši inspektor za ekonomske poslove, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Direkcija

studen 2009. – svibanj 2010., koordinator za ekonomske poslove, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Direkcija

kolovoz 2009. - studeni 2009., viši stručni savjetnik za ekonomske poslove, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Direkcija

ožujak 2008. – kolovoz 2009., viši savjetnik za ugovaranje i praćenje zdravstvene zaštite, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područni ured Osijek

studen 2003. – ožujak 2008., kontrolor za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područni ured Osijek

Obrazovanje:

2015. godine – danas, Doktorski studij, Ekonomski fakultet u Zagrebu

2011./2012. godine, Specijalistički poslijediplomski studij „Menadžment u zdravstvu“, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet

2000. – 2007. godine, Ekonomski fakultet u Osijeku

rujan 1996. – svibanj 2000. godine, Opća Gimnazija u Osijeku

11. POPIS SLIKA I TABLICA

11.1. Popis slika

Slika 1. Funkcije upravljanja ljudskim resursima

Slika 2. Plaćanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene zaštite

Slika 3. Promjena u zdravstvenoj potrošnji po stanovniku za zemlje EU, uspoređujući 2015. i 2000. godinu (u %)

Slika 4. Promjena u zdravstvenoj potrošnji po stanovniku za zemlje EU, uspoređujući 2015. i 2010. godinu (u %)

Slika 5. Prosječan broj osiguranih osoba po godinama

Slika 6. Broj liječnika na 100.000 stanovnika po zemljama EU, za 2015. godinu

Slika 7. Broj liječnika opće medicine na 100.000 stanovnika po zemljama EU, za 2015. godinu

Slika 8. Razine upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu

Slika 9. Model primjene alata za unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu

Slika 10. Struktura alata strateškog planiranja

Slika 11. Područje mjerenja upravljanja ljudskim resursima i prikaz učestalih pokazatelja mjerenja

11.2. Popis tablica

Tablica 1. Prikaz zdravstvenih ustanova po razinama zdravstvene zaštite i po županijama u Republici Hrvatskoj, stanje na dan 31.12.2016.

Tablica 2. Broj doktora medicine po razinama zdravstvene zaštite, stanje na dan 01.01.2017.

Tablica 3. Broj doktora medicine, zaposlenih na neodređeno vrijeme, po razinama zdravstvene zaštite, stanje na dan 01.01.2017.

Tablica 4. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u, za zemlje Europske unije, po godinama

Tablica 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u USD, za zemlje Europske unije, po godinama

Tablica 6. Udio rashoda za PZZ u rashodima HZZO-a, po godinama

Tablica 7. Ukupni rashodi HZZO-a za zdravstvenu zaštitu po godinama

Tablica 8. Struktura rashoda HZZO-a za zdravstvenu zaštitu po godinama

Tablica 9. Prikaz kretanja prirodnog prirasta i procijenjenog broja stanovništva u RH po godinama

Tablica 10. Kretanje prirodnog prirasta po županijama RH za 2015. i 2016. godinu

Tablica 11. Kretanje broja stanovnika po zemljama Europske unije

Tablica 12. Učestalost 10 vodećih uzroka smrti u RH u 2015. godini

Tablica 13. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti opće/obiteljske medicine, na dan 31.03.2018.

Tablica 14. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece, na dan 31.03.2018.

Tablica 15. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite žena, na dan 31.03.2018.

Tablica 16. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Tablica 17. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene njege u kući, na dan 31.03.2018.

Tablica 18. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Tablica 19. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti laboratorijske dijagnostike na primarnoj razini zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Tablica 20. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti preventivno odgojnih mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, na dan 31.03.2018.

Tablica 21. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti javnog zdravstva, na dan 31.03.2018.

Tablica 22. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Tablica 23. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvena zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, na dan 31.03.2018.

Tablica 24. Mreža javne zdravstvene službe koordinatora za palijativnu skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite, na dan 31.03.2018.

Tablica 25. Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti medicine rada, na dan 31.03.2018.

Tablica 26. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost opće/obiteljske medicine, razlika u apsolutnim iznosima

Tablica 27. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece, razlika u apsolutnim iznosima

Tablica 28. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost zdravstvene zaštite žena, razlika u apsolutnim iznosima

Tablica 29. Analiza rezultata upravljanja ljudskim resursima za djelatnost dentalne zdravstvene zaštite, razlika u apsolutnim iznosima