



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Pametno zdravlje
Smart Health

Godišnje izvješće
Annual report
2012

HZZO
Godišnje izvješće
za 2012. godinu

izdavač
HZZO Direkcija
Margaretska 3
100002 Zagreb, Hrvatska
www.hzzo.hr

za izdavača
Siniša Varga

glavni urednik
Siniša Varga

urednica
Nika Pavić

suradnici
Stipan Barać
Rajka Bedeković
Martina Bogut
Damir Bojčić
Maša Bulajić
Dijana Čimera
Jelena Curać
Ružica Čuljak
Jadranka Durević
Dunja Durut-Beslač
Martina Furlan
Marijana Golik
Marija Hrastinski
Davor Katavić
Ivan Klarić
Nenad Korkut
Marija Kurkut
Veronika Laušin
Zoran Lončar
Jasna Pap
Stjepan Pavičić
Stanko Perjan
Boško Pervan
Dubravka Pezelj Duliba
Tatjana Prenda Trupeć
Milena Protega
Kristina Roginek
Jasminka Stojak

lektura
Octopus

oblikovanje
Hamper studio

naklada
500 kom

tisak
Stega tisak

Zagreb, lipanj 2013.

Ovo godišnje izvješće
tiskano je uz potporu
Dopunskog zdravstvenog
osiguranja Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje.



Ovo izvješće s ponosom posvećujemo našim osiguranicima radi kojih s radošću ulažemo napore za poboljšanje sustava zdravstva, kao i svim našim zaposlenicima, bez čijeg požrtvornog i predanog rada ne bismo postigli rezultate predstavljene u ovom izvješću.

HZZO
Godišnje izvješće
za 2012. godinu

izdavač
HZZO Direkcija
Margaretska 3
100002 Zagreb, Hrvatska
www.hzzo.hr

za izdavača
Siniša Varga

glavni urednik
Siniša Varga

urednica
Nika Pavić

suradnici
Stipan Barać
Rajka Bedeković
Martina Bogut
Damir Bojčić
Maša Bulajić
Dijana Čimera
Jelena Curać
Ružica Čuljak
Jadranka Durević
Dunja Durut-Beslač
Martina Furlan
Marijana Golik
Marija Hrastinski
Davor Katavić
Ivan Klarić
Nenad Korkut
Marija Kurkut
Veronika Laušin
Zoran Lončar
Jasna Pap
Stjepan Pavičić
Stanko Perjan
Boško Pervan
Dubravka Pezelj Duliba
Tatjana Prenda Trupeć
Milena Protega
Kristina Roginek
Jasminka Storjak

lektura
Octopus

oblikovanje
Hamper studio

naklada
500 kom

tisak
Stega tisak

Zagreb, lipanj 2013.

Ovo godišnje izvješće
tiskano je uz potporu
Dopunskog zdravstvenog
osiguranja Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje.



Ovo izvješće s ponosom posvećujemo našim osiguranicima radi kojih s radošću ulažemo napore za poboljšanje sustava zdravstva, kao i svim našim zaposlenicima, bez čijeg požrtvovnog i predanog rada ne bismo postigli rezultate predstavljene u ovom izvješću.

Sadržaj

Uvodna riječ	7
Misija	10
Vizija	12
Ciljevi	14
I. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	18
1. O Zavodu	19
2. Strateške mjere za poboljšanje poslovanja	36
II. Presjek rada po službama	48
3. eZdravstvo	49
4. Učinkovitost i kvaliteta poslovanja	51
5. Obvezno zdravstveno osiguranje	54
6. Zdravstvena zaštita	59
7. Zaštita zdravlja na radu	62
8. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	63
9. Kadrovi	64
10. Obavještavanje i promocija zdravlja	68
11. Ekonomski poslovi	70
III. Izvješće o financijskom poslovanju za 2012.	74
12. Financijsko poslovanje	75
13. Naturalni pokazatelji	99
14. Zaključak	107
IV. Epilog	112
Završna riječ	113
Final word	117
Schlusswort	121
Discorso di chiusura	125
Conclusion	129
Infografika	133



Uvodna riječ

Protekla godina rada Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje obilježena je brojnim aktivnostima, kojima se nastojala poboljšati unutarnja organizacija te se na učinkovitiji način približiti svojim osiguranim osobama, kako bi im se omogućila što kvalitetnija usluga i sigurnost, u okviru njihovih potreba.

Procjenjujući trenutačno stanje zdravstva Republike Hrvatske, u uvjetima i dalje aktualne gospodarske krize, evidentno je da je zdravstveni sustav suočen s mnogim izazovima. Zdravstvo opterećuju negativni trendovi, poput demografskog starenja stanovništva, rastućih troškova, visokog udjela troškova zdravstva u ukupnoj javnoj potrošnji te porasta kroničnih bolesti kao posljedice nezdravog životnog stila pojedinaca. U kontekstu trenutačne situacije Zavod je u 2012. godini odlučno okrenuo novu stranicu u svom radu i pristupu upravljanja zdravstvom te se prihvatio nimalo laganog zadatka ujedinjavanja rascjepkanog sustava i optimiziranja njegovog funkcioniranja. Shvatili smo kako ključ današnjeg zdravstva leži u kreiranju inicijativa, važnih za poticanje razvoja inovativnih tehnologija, koje bi omogućile sustav usredotočen na pacijenta. Iz tog razloga krenulo se u kreiranje adekvatnih alata koji će pacijentima omogućiti uključivanje u zdravstveni sustav. Tim novim načelom upravljanja učinili smo odmak od zastarjelog, autoritarnog, sustava upravljanja te se okrenuli integriranom pristupu upravljanju, u koji će biti uključeni svi sudionici sustava. Novi pristup pružanja zdravstvene zaštite temelji se na kontinuiranom nadzoru pacijenata, (samo)kontrolu ponašanja pacijenata, kroz veću transparentnost i dostupnost informacija. Na taj način cilj nam je bio ostvariti veću iskorištenost informacija, bolju komunikaciju među sudionicima sustava te eliminirati suvišne komunikacijske kanale, u čemu smo u velikoj mjeri uspjeli.

Činjenica je da je zdravstveni sustav, unatoč pozitivnim inicijativama s jedne strane, suočen s realnom krizom s druge strane. Dugovi bolnica nekontrolirano rastu, stoga je u pripremi Masterplan bolnica, kao i program sanacije bolnica, kako bi se revitalizirao zdravstveni sustav. U poslovanju Zavoda u razdoblju siječanj-prosinac 2012. godine ostvareni su ukupni prihodi u iznosu od 21.318.095.796 kn, a izvr-

Ne možemo riješiti probleme razmišljajući na isti način na koji smo ih stvorili.

ALBERT EINSTEIN

šeni rashodi u iznosu od 22.604.919.347 kn, čime je ostvaren manjak prihoda u iznosu od 1.286.823.551 kn, s obzirom na to da je Zavod tijekom 2012. podmirivao iznimno visoke naslijeđene obveze iz prethodnog razdoblja. U dva navrata je u ukupnom iznosu od 465.423.246 kn izravno preuzeo i podmirio dugove bolnica, te time spriječio nestašicu lijekova i potrošnog medicinskog materijala i smanjio nelikvidnost u cijelom zdravstvenom sustavu. Osim toga, Zavod je u 2012. godini raspolagao s 493.187.318 kn manje proračunskih sredstava nego prethodne godine, što je posljedica smanjenja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje s 15 % na 13 %. Time je istovremeno značajno smanjeno fiskalno opterećenje hrvatskim gospodarstvenicima.

Nadalje, bitno je istaknuti da se Zavod, praktično po prvi put u svojoj povijesti, okrenuo suradnji s međunarodnim organizacijama zbog učvršćivanja veza i razmjene iskustava s europskim socijalnim osigurateljima. Od 2012. godine Zavod je aktivan član dviju međunarodnih krovnih organizacija za socijalno osiguranje, a uključivanjem u još neke inozemne organizacije (čiji se okvir rada odnosi na potporu informatizaciji zdravstva) planira nastaviti svoje umrežavanje s međunarodnim partnerima. Također, Zavod je od sredine 2012. aktivan sudionik epSOS projekta koji se odnosi na uvođenje *pametnih otvorenih usluga za europske pacijente* (Smart Open Services for European Patients – epSOS), što će u budućnosti, u praktičnom smislu, omogućiti elektroničku medicinsku dokumentaciju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti za europske građane koji putuju Europom (turisti, poslovni ljudi, dnevni migranti, studenti na međunarodnoj razmjeni, itd.). Međunarodne inicijative posebno su bitne zbog skorašnjeg ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju 1. srpnja 2013. godine.

Zavod je posebno ponosan na dva velika strateška projekta koji su u potpunosti razrađeni tijekom 2012. godine, te trenutačno ili čekaju ili su već implementirani u sam sustav. Prvi projekt odnosi se na strategiju eZdravstva Hrvatske, čiji je glavni nositelj Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Misija Zavoda je racionalno ulagati financijska sredstva naših osiguranika u kvalitetne i efikasne zdravstvene usluge i programe koji će im donijeti prinos u dodavanju godina života i zdravlja godinama.

Svrha projekata eZdravstva je izravno pridonijeti poboljšanju kvalitete usluga i sigurnosti pacijenta, osigurati bolju komunikaciju svih sudionika u službi zdravstvene zaštite, kroz središnje upravljanje podacima pacijenata kako u primarnoj, tako i sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (elektronički zdravstveni zapis), centralizirano upravljanje procesima u zdravstvenom sustavu (npr. eNaručivanje) te povezivanje svih zdravstvenih registara.

Drugi projekt, u koji su ulaže mnogo truda, odnosi se na nove modele ugovaranja zdravstvene zaštite za ugovorno razdoblje 2013. – 2015. Svrha novih modela ugovaranja je utjecati na ciljeve zdravstvene politike, poticanjem pružatelja zdravstvenih usluga na promjenu obrazaca ponašanja, a u smjeru učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite te usmjerenosti pacijentu.

Za kraj, smatram kako je nužno osvijestiti činjenicu da bez značajnijeg rasta BDP-a, industrijske proizvodnje i zaposlenosti, neće biti niti oporavka zdravstvenog sustava.

Ovo izvješće namijenjeno je svim sudionicima zdravstvenog sustava, koji svakodnevno, uz ograničene resurse koji su im na raspolaganju, pokušavaju iznaći najbolje moguće načine za podizanje učinkovitosti i kvalitete zdravstvenog sustava. Stoga se ovim putem zahvaljujem svim kolegama i partnerima koji su u posljednjih godinu dana radili na poboljšanju poslovanja Zavoda, kao i cjelokupnog zdravstva Hrvatske. Vaš trud i povjerenje dali su i meni osobno snagu da, unatoč nezavidnoj ekonomskoj situaciji u kojoj se nalazi naša država, iznađem najbolje načine za poboljšanje sustava i osiguram najkvalitetniju uslugu za naše osiguranike. Pred nama su mnogobrojne prepreke, no uvjeren sam da uz zajedničku želju i trud možemo značajno doprinijeti te unaprijediti zdravlje i zadovoljstvo naših osiguranih osoba, koje moraju ostati u fokusu našeg budućeg poslovanja.

Ravnatelj
prim. Siniša Varga, dr. med. dent.



Naša je misija racionalno ulagati
financijska sredstva naših
osiguranika u kvalitetne i efikasne
zdravstvene usluge i programe, koji
će im donijeti prinos u dodavanju
godina životu i zdravlja godinama.

Iako pravo Zajednice ne umanjuje ovlasti
državama članicama da organiziraju svoje
socijalne sigurnosti, zdravstvena usluga
po svojim karakteristikama se ne razlikuje
od ostalih usluga te se temeljem članka
22 Uredbe 1408/71 ne mogu ograničiti
slobode pozivajući se na javni interes.

Europski sud pravde, slučaj C-158/96 Kohll



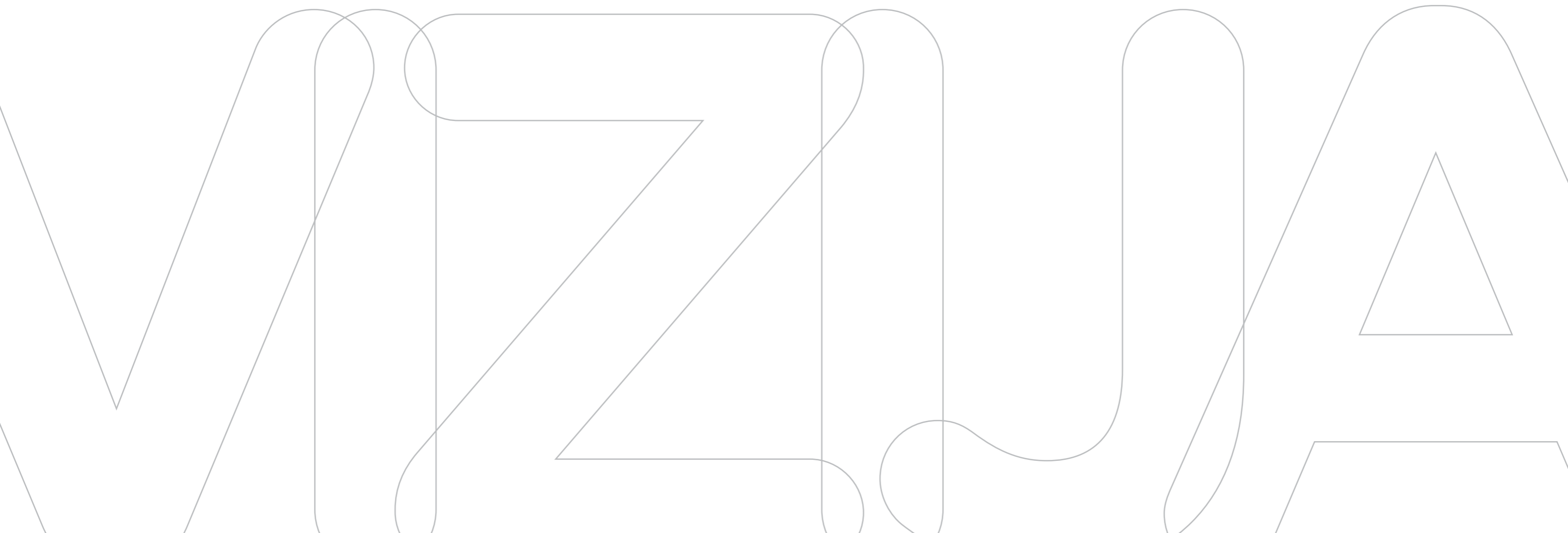
Naša je vizija postati
zdravstveni sustav u kojem
je kvalitetna zdravstvena
zaštita dostupna svima, prema
načelima sveobuhvatnosti,
dostupnosti i solidarnosti.

Poduzetnička i tržišna sloboda temelj su
gospodarskog ustroja Republike Hrvatske.

Članak 49. Ustava Republike Hrvatske

Svakomu se jamči pravo na zdravstvenu
zaštitu u skladu sa zakonom.

Članak 58. Ustava Republike Hrvatske



Pametno zdravlje bila je misao vodilja za osnovni zaokret u poslovanju Zavoda. Taj je zaokret prebacio fokus poslovanja na optimalno korištenje informacija, kao alata za upravljanje znanjem i resursima. U tom kontekstu Zavod u budućnosti planira dovršiti već započeti unutarnji preustroj, s ciljem maksimizacije efikasnosti organizacije, a uz pomoć integriranog IT sustava zdravstva te novih modela ugovaranja zdravstvene zaštite i uvođenja sustava upravljanja kvalitetom. Započete su provedba i uspješna implementacija svih navedenih strateških ciljeva.





Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

1. O Zavodu

Dotadašnji Republički fond zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske danom stupanja na snagu Zakona o zdravstvenom osiguranju (NN br. 75/93) nastavlja sa radom kao Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Ustrojstvo i svi akti Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje usklađeni su s odredbama Zakona u propisanom roku, zaključno sa 1. siječnja 1994.

Prava, obveze i odgovornosti HZZO-a utvrđene su Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (*Narodne novine* broj 150/08.), koji se primjenjuje od 1. siječnja 2009. godine, i Statutom HZZO-a.

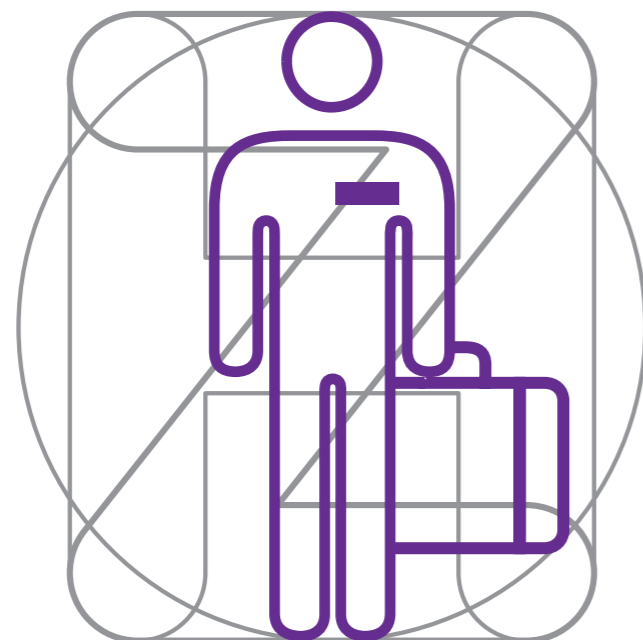
Statut HZZO-a donijelo je Upravno vijeće HZZO-a 14. veljače 2001. godine, u skladu s tada važećim Zakonom o zdravstvenom osiguranju, a Vlada Republike Hrvatske potvrdila ga je 14. veljače 2001. godine.

Nadzor nad zakonitošću rada HZZO-a obavlja Ministarstvo zdravlja, a reviziju poslovanja HZZO-a obavlja Državni ured za reviziju.

HZZO je uključen u sustav Državne riznice. Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se na jedinstveni račun Državne riznice i kao takvi čine prihod Državnog proračuna.

U provedbi obveznoga zdravstvenog osiguranja HZZO obavlja osobito sljedeće poslove:

- provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,
- obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, brine se o zakonitom ostvarivanju tih prava, te im pruža potrebnu stručnu pomoć u ostvarivanju prava i zaštiti njihovih interesa,
- planira novčana sredstva obveznoga zdravstvenog osiguranja te plaća usluge ugovornim subjektima HZZO-a,
- predlaže ministru nadležnom za zdravstvo opseg prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 16. ovoga Zakona,
- daje ministru nadležnom za zdravstvo mišljenje o osnivanju zdravstvenih ustanova i odobrenju rada zdravstvenih radnika u privatnoj praksi radi uključenja u mrežu javne zdravstvene službe,
- obavlja poslove ugovaranja s ugovornim subjektima HZZO-a i ugovornim isporučiteljima pomagala,
- utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo,
- utvrđuje način ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu na teret sredstava HZZO-a, u slučajevima kada osigurane osobe ne mogu ostvariti zdravstvenu zaštitu kod ugovornih subjekata HZZO-a u roku propisanom općim aktom HZZO-a,
- osigurava provedbu međunarodnih ugovora u dijelu koji se odnosi na zdravstveno osiguranje,
- obavlja nadzor nad ispunjavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata HZZO-a, sukladno sklopljenom ugovoru,
- uređuje ostala pitanja vezana uz ostvarivanje prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.



2.422

zaposlenika

Prema kadrovskoj evidenciji, na dan 31. 12. 2012. godine, ukupan broj zaposlenih u Zavodu iznosio je 2.422. Broj zaposlenih u Zavodu u 2012. godini niži je za 1,42 % u odnosu na 2011. godinu.

7

resora

Zavod poslove, s obzirom na trenutni broj utvrđenih resornih pomoćnika, provodi kroz sedam resora: Zdravstvena zaštita, Pravni poslovi, Nadzor i kontrola, Ekonomski poslovi, Informatička tehnologija, Zaštita zdravlja na radu i Dobrovoljno zdravstveno osiguranje.



Dobrovoljno
zdravstveno osiguranje

Zaštita zdravlja
na radu

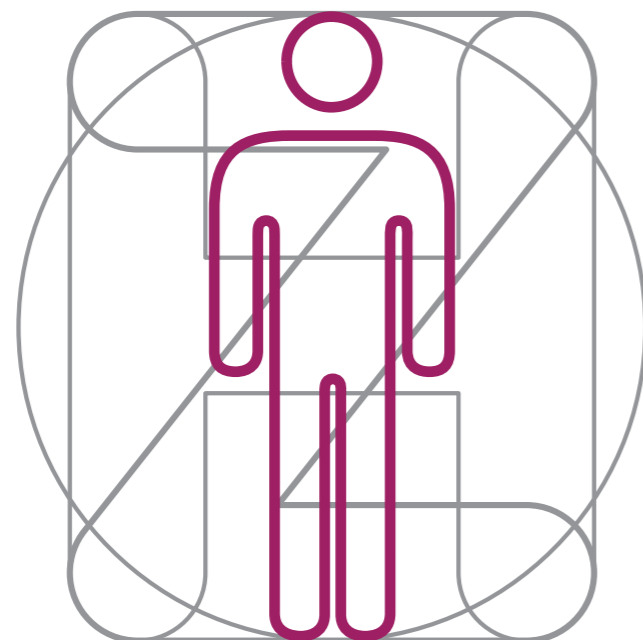
Informatička
tehnologija

Nadzor i kontrola

Pravni poslovi

Ekonomski
poslovi

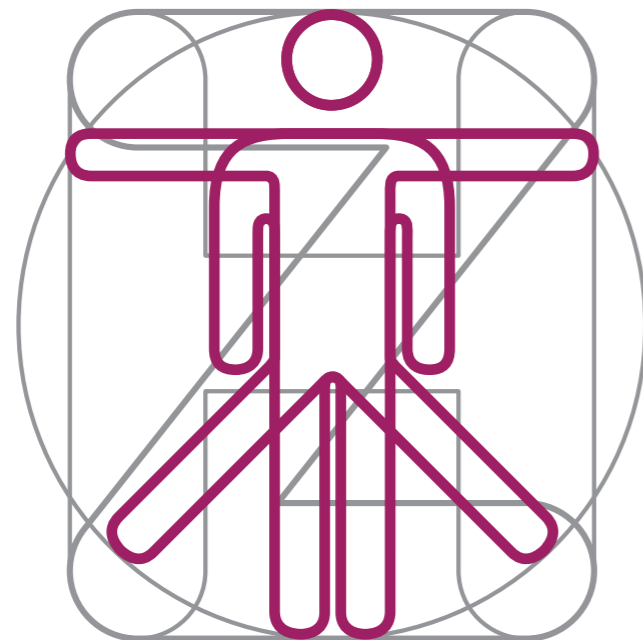
Zdravstvena
zaštita



4.356.486

osiguranika

U razdoblju siječanj-prosinac 2012. godine, u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (Zavod) evidentirano je prosječno 4.356.486 osoba, što je 0,14 % manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.362.595 osiguranih osoba.

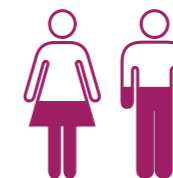


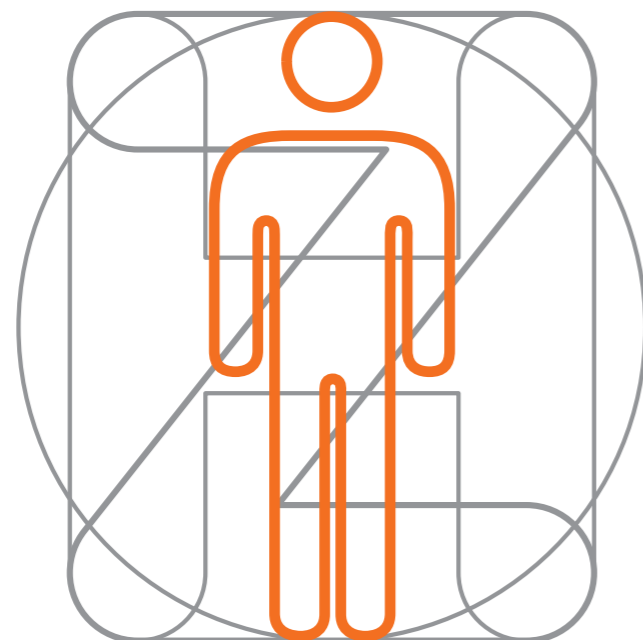
1.471.662

aktivnih osiguranika*

Prosječan broj aktivnih osiguranika je 1.471.662, od kojih 680.437 osoba ili 46,24 % čine žene, a 53,76 % ili 791.225 osoba čine muškarci.

** osoba u radnom odnosu, osoba koje obavljaju obrtničku djelatnost i osoba koja profesionalnu djelatnost obavlja samostalno osobnim radom*





2.364.289

osiguranika dopunskog osiguranja

U okviru dopunskog osiguranja Zavod broji 2.364.289 osiguranika. Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurava plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Zavod. Temelji se na načelu dobrovoljnosti a ustanovljuje se ugovorom (policom osiguranja) te ga i poslodavci mogu ugovoriti za svoje zaposlenike. Broj osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2012. niži je za 4,37 % u odnosu na 2011. godinu. Broj osiguranika koji ispunjavaju uvjete da im se polica dopunskog zdravstvenog osiguranja plaća na teret Državnog proračuna u 2012. godini je 944.301 osoba (u 2011. godini 943.638 osoba).

20 područnih ureda



Područni ured Zagreb



Područni uredi Osijek Rijeka Split



Područni uredi Čakovec Dubrovnik Gospić Koprivnica Požega Šibenik Virovitica



Područni uredi Bjelovar Karlovac Krapina Pazin Sisak Slavonski Brod Varaždin Zadar

Ured rukovoditelja

Odjel za zdravstveno osiguranje /
Odsjek za zdravstveno osiguranje I / Odsjek za zdravstveno
osiguranje II / Odsjek za međunarodnu suradnju / Odsjek za
zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu / Ispostave
Dugo selo, Ivanić Grad, Jastrebarsko, Samobor, Sesvete,
Sv. Ivan Zelina, Velika Gorica, Vrbovec, Zaprešić

Odjel za medicinske poslove
Odsjek za medicinsku kontrolu PPZ
Odsjek za medicinsku kontrolu računa

Odjel za ugovaranje i praćenje ugovornih obveza

Odjel za financijske poslove
Odsjek za računovodstvo

Odjel za kontrolu i obradu računa

Odjel za naplatu i kontrolu doprinosa
Odsjek za obračun i naplatu doprinosa

Odjel za pravne, kadrovske i opće poslove /
Odsjek za pravne poslove / Odsjek za opće poslove /
Pododsjek za informatičku obradu arhivskog građiva

Odjel za vanjski nadzor i kontrolu

Odjel za informatiku

Ured rukovoditelja

Odjel za zdravstveno osiguranje, pravne
i opće poslove / Odsjek za zdravstveno
osiguranje / Odsjek za ostvarivanje prava na
zdravstvenu zaštitu / Odsjek za zdravstveno
osiguranje zaštite zdravlja na radu /
Pododsjek za međunarodnu suradnju

Odjel za financijske poslove / Odsjek
za računovodstvene i knjigovodstvene
poslove / Odsjek za naplatu i kontrolu
uplate doprinosa

Odjel za medicinske poslove

Odjel za pravne i opće poslove
Odsjek za opće poslove
Odsjek za pravne poslove

Odjel za kontrolu i obradu računa

Odjel za vanjski nadzor i kontrolu

Odjel za informatiku

Ispostave

Ured rukovoditelja

Odjel za financijske poslove /
Odsjek za računovodstvene
i knjigovodstvene poslove /
Odsjek za naplatu i kontrolu
uplate doprinosa

Odjel za zdravstveno osiguranje,
pravne i opće poslove / Odsjek
za zdrav. osiguranje / Odsjek
za pravne i opće poslove

Ispostave

Ured rukovoditelja

Odjel za zdravstveno
osiguranje, pravne
i opće poslove

Odjel za
financijske
poslove

Ispostave

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje osnovan je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju za provođenje obveznog osiguranja. Ustrojen je kroz središnju ustrojstvenu jedinicu – Direkciju i 20 područnih ureda koji odgovaraju županijama, s tim da Područni ured Zavoda u Zagrebu pokriva Grad Zagreb i Zagrebačku županiju.

Upravljanje i organizacija Zavoda

Ustroj HZZO-a

Zavodom upravlja Upravno vijeće, koje ima 9 članova a sastoji se od predstavnika osiguranih osoba, zdravstvenih radnika, Gospodarsko-socijalnog vijeća, Ministarstva zdravlja i HZZO-a. Imenuje ga Vlada RH, na prijedlog ministra zdravlja, na rok od 4 godine. Upravno vijeće je odgovorno Vladi. Vijeće donosi Statut i druge opće akte, financijski plan, podnosi ministru zdravlja izvješće o poslovanju HZZO-a i dr.

Članovi Upravnog vijeća

prim. mr. sc. Marijan Cesarik dr. med.
predsjednik Upravnog vijeća,
predstavnik Ministarstva zdravlja

dr. sc. Dragan Korolija Marinić, dr. med.
zamjenik predsjednika,
predstavnik Gospodarsko-socijalnog vijeća

dr. sc. Mensura Dražić, dr. ing. kem.
predstavnik osiguranih osoba Zavoda

prof. dr. sc. Jasna Mesarić, dr. med.
predstavnik osiguranih osoba Zavoda

prof. dr. sc. Darko Duplančić, dr. med.
predstavnik davatelja zdravstvenih usluga

prof. dr. sc. Goran Palčevski, dr. med.
predstavnik davatelja zdravstvenih usluga

Damir Bojčić, dipl. iur.
predstavnik zaposlenika Zavoda

Milka Kosanović, dipl. iur.
predstavnik Gospodarsko-socijalnog vijeća

Dražen Managić, dipl. oec. (26. 1. 2012. – 10. 5. 2012.)
Ljiljana Oštrić-Anić, dr. med. (10. 5. 2012. –)
predstavnik Gospodarsko-socijalnog vijeća

Rješenjem Vlade Republike Hrvatske o imenovanju članice Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje od 10. svibnja 2012. novom članicom imenovana je Ljiljana Oštrić Anić, dr. med. Rješenjem Vlade Republike Hrvatske Dražen Managić, dipl. oec. 10. svibnja 2012. je razriješen dužnosti člana Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Državni dužnosnici u Zavodu

Ravnatelj organizira i vodi poslovanje HZZO-a, predstavlja ga i zastupa te usmjerava rad njegovih organizacijskih jedinica. Također, on osigurava izvršenje zakona te predlaže financijski plan i program rada HZZO-a. Ravnatelja, na prijedlog ministra zdravlja, imenuje Vlada RH. Odgovoran je ministru i Vladi.

Zamjenika ravnatelja imenuje Vlada RH na prijedlog ministra. Vlada imenuje i pomoćnike ravnatelja, na prijedlog samog ravnatelja. Odgovorni su ravnatelju i Vladi.

Ravnatelj ima sedam pomoćnika, koji su ujedno i državnih dužnosnici. Pomoćnike ravnatelja Zavoda imenuje i razrješava Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ravnatelja Zavoda, a imenuju se na vrijeme od četiri godine. Za svoj rad odgovaraju ravnatelju Zavoda.

Ravnatelj

Tihomir Strizrep, dr. med.
v.d. ravnatelja (9. 1. 2009. – 1. 4. 2009.)
ravnatelj (2. 4. 2009. – 23. 2. 2012.)

prim. Siniša Varga, dr. med. dent.
v.d. ravnatelja (24. 2. 2012. – 29. 3. 2012.)
ravnatelj (30. 3. 2012. –)

Zamjenik ravnatelja

Veronika Laušin, dr. med. spec.
zamjenica ravnatelja (7. 5. 2007. – 19. 4. 2012.)

prim. dr. sc. Zoran Lončar, dr. med. spec.
v.d. zamjenika ravnatelja (20. 4. 2012. – 21. 3. 2013.)

Tatjana Prenda Trupeć, mag. ing. el.
v.d. zamjenice ravnatelja (od 22. 3. 2013.)

Pomoćnik ravnatelja za zdravstvenu zaštitu

mr. Dubravka Pezelj Duliba, dr. med. (1. 3. 2012. –)

Pomoćnik ravnatelja za ekonomske poslove

Marijan Kovačić, dipl. oec. (28. 8. 2009. – 19. 4. 2012.)
Davor Katavić, dipl. oec. (1. 6. 2012. –)

Pomoćnik ravnatelja za informatičku tehnologiju

Zvonimir Pavić, dipl. ing. el. (1. 3. 2011. – 22. 4. 2012.)
Tatjana Prenda Trupeć, mag. ing. el. (23. 4. 2012. – 21. 3. 2013.)

Pomoćnik ravnatelja za pravne poslove

Martina Furlan, dipl. iur. (28. 8. 2009. – 19. 4. 2012.)
Sandra Orešić, dipl. iur. (22. 3. 2013. –)

Pomoćnik ravnatelja za nadzor i kontrolu

Marija Hrastinski, dr. med. spec. (28. 8. 2009. –)

Pomoćnik ravnatelja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Stanko Perjan, dipl. oec. (1. 2. 2011. –)

Pomoćnik ravnatelja za zaštitu zdravlja na radu

Krešo Hubak, dr. med. dent. (1. 2. 2011. – 19. 4. 2012.)
Veronika Laušin, dr. med. spec. (20. 4. 2012. –)

Članovi Povjerenstva za lijekove

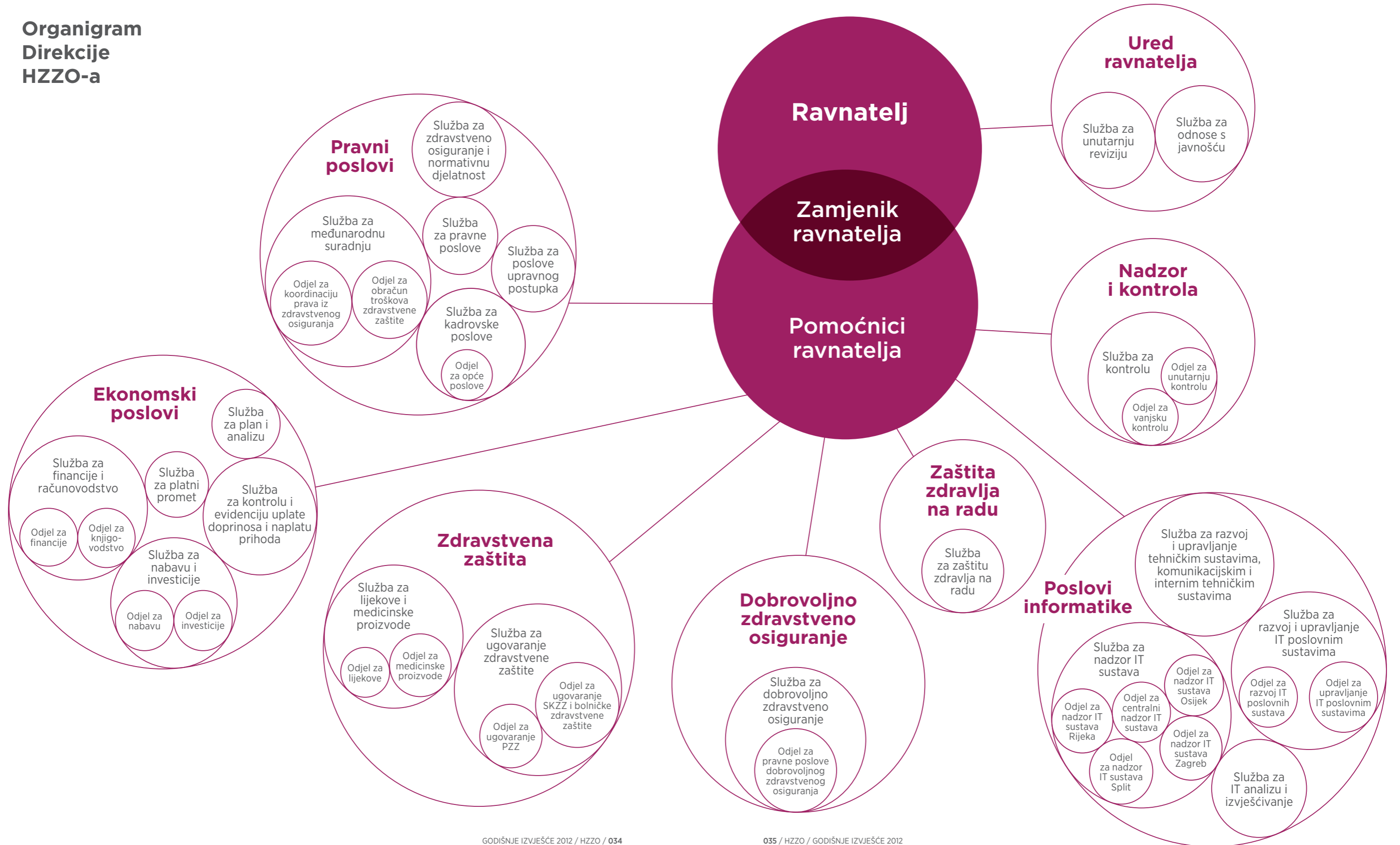
prof. dr. sc. Vera Vlahović-Palčevski, dr. med.
prof. dr. sc. Martina Lovrić-Benčić, dr. med.
prof. dr. sc. Boris Filipović Grčić, dr. med.
prof. dr. sc. Dražen Begić, dr. med.
prof. dr. sc. Tomislav Brkić, dr. med.
doc. dr. sc. Zdravka Poljaković, dr. med.
doc. dr. sc. Robert Likić, dr. med.
dr. sc. Borislav Belev, dr. med.
dr. sc. Viktorija Erdeljić, dr. med.
dr. sc. Dario Sambunjak, dr. med.
Romana Katalinić, dr. med.
Nena Fon, dr. med.
Tea Strbad, dr. med.

Odlukom o izmjeni Odluke o imenovanju Povjerenstva za lijekove Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje od 20. veljače 2013. godine, doc. dr. sc. Ozren Polašek, dr. med. više nije član a članicom je imenovana Nena Fon, dr. med.

Članovi Povjerenstva za ortopedsku pomagala

doc. dr. sc. Tomislav Đapić, dr. med.
prof. dr. sc. Izet Aganović, dr. med.
doc. dr. sc. Mislav Jelić, dr. med.
Ines Balint, dr. med.
prim. Katarina Sekelj Kauzlarić, dr. med.
Dunja Skoko Poljak, dr. med.
Suzana Oštarčević, mr. pharm.
Dalibor Marić, dr. med.
Mandica Knežević

**Organigram
Direkcije
HZZO-a**



2. Strateške mjere za poboljšanje poslovanja

2.1. Opći strateški plan Zavoda za mandatno razdoblje 2013. – 2015. godine

- omogućiti uvjete da se ostvari sveobuhvatno, solidarno i svima dostupno zdravstvo,
- unaprijediti prava pacijenata, uključiti njihove predstavnike u odlučivanje o ulaganju resursa, uz maksimalnu pažnju prema ranjivim članovima društva,
- pojednostaviti sustav na razinu primjerenu populaciji, geografskoj veličini i potrebama,
- ukloniti barijere za zapošljavanje u realnom sektoru,
- brendiranje HZZO-a kao javne ustanove od povjerenja,
- racionalizirati obuhvat osnovnog osiguranja, uvesti sadržaj u dopunska osiguranja te uvesti zdravstvenu štednju kao dodatno osiguranje (tzv. 3 stupa),
- uvesti model IV. solidarnosti: neodgovorni s odgovornima,
- uvesti model upravljanja koji će integrirati sustav nacionalnog zdravstvenog osiguranja u zdravstveni sustav koji je vertikalno i horizontalno povezan s ciljem povećanja dostupnosti,
- izgraditi siguran i kvalitetan integrirani informacijski i komunikacijski zdravstveni sustav utemeljen na međunarodnim normama,
- izgraditi sustav povjerenja i partnerstva s ugovornim zdravstvenim organizacijama, čiji će rad biti vrednovan prema ključnim indikatorima provedbe (KPI) te indikatorima kvalitete,
- financijski konsolidirati sustav za dugoročnu samostalnu opstojnost izvan državnog proračuna,
- povećati transparentnost i javnost rada objavom svih odluka i ugovora na portalu,
- uključivanje u europske integracije, korištenje EU fondova, prihvaćati i širiti najbolju praksu te činiti sustav globalno prepoznatljivim,
- pripremiti sustav za buduće zdravstvene izazove koje donose migracije stanovništva, starenje populacije te kontinuirani porast kroničnih nezaraznih bolesti.

2.2. Projekti poboljšanja učinkovitosti poslovnih procesa unutar Zavoda

2.2.1. Planirani preustroj

Preustroj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje predstavlja svojevrsnu reformu u djelovanju i nadležnosti Zavoda, u smislu utvrđivanja unutarnjeg ustrojstva, s novim brojem i rasporedom organizacijskih jedinica

i redefiniranim djelokrugom rada, načinom upravljanja tim jedinicama, okvirnim brojem potrebnih radnika za obavljanje poslova iz nadležnosti istih, kao i druga pitanja vezana uz poslovne procese.

Posebnu pozornost potrebno je posvetiti popisu poslovnih procesa, kako bi se uspostavila adekvatna kontrola i stvorila podloga za ujednačavanje prakse i postupanja na nivou cijelog Zavoda, dakle na području cijele Republike Hrvatske.

Reformom unutarnjeg ustroja odnosno smanjenjem određenih organizacijskih jedinica i povlačenjem istih na regionalnu razinu, dovodi se u pitanje i broj potrebnih lokacija Zavoda, što bi u konačnici dovelo i do smanjenja troškova poslovanja.

Spomenuti preustroj obuhvaća i postupak donošenja određenih dokumenata putem Upravnog vijeća Zavoda i to Pravilnika o unutarnjem ustrojstvu Zavoda, kao Pravilnika o sistematizaciji radnih mjesta te u konačnici i izmjeni Statuta, s obzirom na to da se predviđa i smanjenje broja pomoćnika ravnatelja.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje javna je ustanova osnovana Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, radi provođenja obveznog zdravstvenog osiguranja te obavljanja drugih poslova prema propisima kojima je određeno poslovanje HZZO-a. Djelatnost Zavoda obuhvaća provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja uključujući i prava s osnove ozljede na radu i profesionalne bolesti, dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja i prava na vremenske i novčane potpore prema Zakonu o rodiljnim i roditeljskim potporama, kao i poslove vezane uz pristupanje Republike Hrvatske Europskoj uniji. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade.

Prava, obveze i odgovornosti HZZO-a određene su Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju te Statutom HZZO-a.

Snimkom postojećeg utvrđeno je da HZZO poslove iz svoje djelatnosti, dakle dostupnost u ostvarivanju prava osiguranih osoba, obavlja u središnjoj službi i područnim ustrojstvenim jedinicama, koje su ustrojene u 20 područnih ureda, u županijskim središtima Republike Hrvatske. Za obavljanje određenih poslova osnovana je 91 ispostava područnih ureda (+2 izdvojena ureda)

Provođenje obveznog zdravstvenog osiguranja odnosi se na: razvoj i unaprjeđivanje zdravstvene zaštite, pružanje stručne pomoći u ostvarivanju prava i zaštiti interesa osiguranih osoba, planiranje i prikupljanje novčanih sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja te u okviru istog (posebno za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti) plaćanje usluga ugovornim zdravstvenim

ustanovama i ugovornim privatnim zdravstvenim radnicima, i sudjelovanje u predlaganju opsega prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. U privitku je predloženi organogram.

2.2.2. Strateški plan povećanja efikasnosti

Temeljem informacija prikupljenih iz ustrojstvenih jedinica HZZO-a moguće je formulirati strateški plan za povećanje efikasnosti kako slijedi:

A. Uspostava cjelovitog sustava uredskog poslovanja koji svakako mora uključivati digitalnu arhivu.

Uspostava cjelovitog sustava uredskog poslovanja uključuje, prije svega, potrebne organizacijske promjene koje se trebaju formalno propisati u Naputku o uredskom poslovanju. Nakon toga, potrebno je osigurati konzistentnu i cjelovitu provedbu svega propisanog naputkom. To se posebno odnosi na sljedeća područja:

- dosljedna primjena i, po potrebi, proširenje informatičkog sustava za uredsko poslovanje,
- evidentiranje svih izlaznih pismena,
- otpremanje svih izlaznih pismena,
- za internu dostavu koristiti elektroničku internu dostavnu knjigu – **ukinuti internu dostavnu knjigu na papiru**,
- konzistentno rješenje urudžbiranja predmeta Područnih ureda na lokacijama izvan Zagreba, kao nedjeljive cjeline uredskog poslovanja HZZO-a,
- uspostaviti cjelovitu funkciju arhiviranja, koja uključuje digitalnu arhivu, radi smanjenja volumena arhivske građe,
- početak uvođenja digitalne arhive u vidu Pilot projekta digitalne arhive ugovora,
- za potrebe digitalne arhive osigurati potrebne kadrovske, organizacijske i tehnološke kapacitete,
- povećati, tamo gdje je potrebno, administrativne kapacitete kroz vanjske resurse (outsourcing),
- osigurati fizički prostor za pohranu arhivskog gradiva.

B. Analiza i katalogizacija poslovnih procesa

Analiza i katalogizacija poslovnih procesa nužan je preduvjet, ne samo za funkcioniranje uredskog poslovanja nego i svih ostalih procesa. Analiza koju treba provesti na razini cijelog HZZO-a mora za svaki proces ustanoviti sljedeće elemente:

- tijek procesa,
- stanje procesa,
- sudionike procesa,
- tipove dokumenata koji se u procesu koriste, njihove attribute i stanja.

C. Edukacija djelatnika

Potrebno je osigurati kontinuiranu edukaciju djelatnika te u tom smislu izraditi odgovarajuće planove, i to u sljedeća dva segmenta:

- stručnoj edukaciji na području:
 - uredskog poslovanja i arhiviranja,
 - nabave općenito, što svakako uključuje i problematiku javne nabave kao formalno pravnog okvira,
 - svih ostalih stručnih područja relevantnih za rad i uspješno funkcioniranje HZZO-a.
- informatičke edukacije
- potrebna je kako bi se smanjili troškovi prilikom uvođenja u rad na pojedinim informatičkim sustavima, bilo da se radi o sustavima koji su već nabavljeni ili koji će se nabaviti, a koji su nužni za efikasno funkcioniranje HZZO-a.

D. Osigurati sve preduvjete za uspješnu primjenu Zakona o fiskalnoj odgovornosti

U praktičnom smislu to podrazumijeva uspješno ispunjavanje obveza iz svog djelokruga rada nižih upravnih razina, neposredno više razine i tako sve do najviše razine HZZO-a. Upravo u tom segmentu leži posebna važnost dosljedne primjene uredskog poslovanja u materijalno tehničkoj realizaciji posla, koja rezultira završnim dokumentom opremljenim sa svim potrebnim priložima, koji je kao takav spreman za potpis Ravnatelja.

Potrebno je povećati efikasnost unutarnje kontrole, u cilju ishođenja bezuvjetnog nalaza državne revizije.

E. Uspostava cjelovitog sustava nabave

Uspostava cjelovitog sustava nabave (javna nabava je samo formalnopravni okvir) koji uključuje sve faze nabave – izradu plana nabave, izmjene i dopune plana nabave, praćenje realizacije, objavu plana nabave i registra ugovora. Pri tome valja obratiti pažnju na sljedeće:

- uvesti striktnu kontrolu izdavanja svih narudžbenica po ugovoru i bagatelnih narudžbenica kroz postojeći informatički sustav za nabavu – **ukinuti ručno pisanje u blokove narudžbenica**,
- kontinuirano praćenje realizacije plana nabave,
- kontinuirano praćenje postupaka nabave,
- kontinuirano praćenje realizacije ugovora,
- pravodobnu objavu plana nabave,
- pravodobnu objavu registra ugovora,
- u cilju sukladnosti s novim Zakonom o javnoj nabavi koji je na snazi od početka 2012. godine, i povezivanja s proračunom, osigurati nadogradnju informatičkog sustava za nabavu.

F. Uspostava pomoćne evidencije u HZZO-u i interoperabilnost s evidencijama u drugim TDU-ovima

Uspostava pomoćnih evidencija nužnih za efikasno funkcioniranje HZZO-a uključuje sljedeće:

- uspostavu i informatizaciju evidencije i zaduženja dugotrajne imovine i sitnog inventara,
- uspostavu i informatizaciju evidencije putnih naloga, koja uključuje sve faze njegove obrade i vezu s pro-računom,
- uspostavu i informatizaciju evidencije korištenja voznog parka (mora uključivati evidencije uporabe ENC-a, potrošnje goriva i sl.) i povezivanje s evidencijom putnih naloga. Tehnološki pojačati ovu evidenciju kroz uporabu danas pristupačne GPS tehnologije, ugrađene u vozila radi preciznog praćenja svih relevantnih parametara njihove uporabe, te time staviti pod kontrolu potrošnju goriva i izdatke za lo-ko-vožnju,
- uspostavu interoperabilnosti sa svim registrima u zdravstvenom sustavu (HZJZ, MIZ, itd.),
- ostvaraj uskog povezivanja s Upravom za eHrvatsku pri Ministarstvu uprave, u cilju ostvarivanja interope-rabilnosti s javnim registrima (rođeni, umrli i dr.) te OIB sustavom.

G. Unapređenje i poboljšanje funkcije upravljanja ljudskim resursima

Uspješno obavljanje funkcije upravljanja, sukladno propisima ali svakako u skladu sa sadašnjim i budućim potrebama HZZO-a pretpostavlja potrebitim:

- utvrditi prioritete u obavljanju poslova,
- proslijediti okružnicu prema svim ustrojstvenim jedinicama HZZO-a da se moraju poštivati svi predviđeni rokovi sukladno dostavljenim zahtjevima,
- informatizirati postupak prijave službenika koji se upućuju na seminare izvan Centra za stručno osposobljavanje, tako da se informacija iz prijave iskoristi odmah kao evidencija o pohađanju nekog seminara,
- pojednostavniti kolanje zahtjeva tijekom obrade i informatizirati ga.

2.2.3. Razvoj i projekti eZdravstva

HZZO kroz niz projekata provodi opsežan program informatizacije, u cilju efikasnijeg rada zdravstvenog sustava. Imperativ je provesti informatizaciju uz zajedničke ciljeve unutar zdravstvenog sustava, kao i zajedničke ciljeve čitave državne uprave, prema strategiji razvoja informacijskog i komunikacijskog sustava Vlade RH.

Sustavno planiran i metodološki implementiran sustav sprječava rizik od nekontroliranoga broja međusobno nepovezanih dijelova informacijskog sustava (informatičke opreme, aplikacija i ugovora), što nužno rezultira pretjeranim trošenjem financijskih sredstava.

Informacijski sustavi, bilo kompjutorizirani ili papir-nati, ključni su za djelotvorno i učinkovito poslovanje zdravstvenih ustanova. U Republici Hrvatskoj u prošlosti je bila slabo razvijena briga o sveobuhvatnosti i sistematičnosti medicinske dokumentacije. Racionalnost velikih informacijskih projekata u zdravstvu može se objasniti s dvije grupe argumenata: potreba za transformiranjem zdravstvenih podataka u informacije važne za donošenje ključnih javnozdravstvenih odluka i mjera iz domene ekonomike zdravstva, odnosno sustavnog praćenja troškova i utvrđivanja potencijala racionalizacije potrošnje u zdravstvu, bez smanjenja razine zdravstvene zaštite (procjenjuje se da je moguće uštedjeti 20-30 % sredstava) kao i potreba za povećavanjem transparentnosti sustava i prilagođavanjem standardima važećim u EU. Integrirani zdravstveni sustav u konačnici mora imati dvije grupe temeljnih gospodarsko-zdravstvenih funkcionalnosti: stvaranje centraliziranog javno-zdravstvenog informacijskog sustava, koji će omogućiti uvid u procese generiranja zdravstvene potrošnje na razini PZZ, a koji bi mogli biti korišteni kao podloga u donošenju zdravstveno-ekonomskih odluka i mjera te za stvaranje mogućnosti za informatiziranje i automatiziranje procesa izrade i monitoringa konsolidiranog zdravstvenog proračuna, s uključenim proračunima HZZO-a i bolničkog sustava te konsolidiranih financijskih izvješća svih uključenih strana u zdravstvenom sustavu.

Akcijski plan

- provesti dubinsku analizu, reinženjering poslovnih procesa, pregled pokrivenosti poslovnih procesa informacijskim i komunikacijskim rješenjima, horizontalno i vertikalno čitavim sustavom. Reinženjering poslovnih procesa planiran je u sklopu BPR procesa uz zajam Svjetske banke,
- osuvremeniti ranije definiranu funkcionalnu arhitekturu (2003) te strateški plan razvoja informacijskog i komunikacijskog sustava zdravstva za naredno četverogodišnje razdoblje,
- reorganizirati IT službe sudionika sustava (iskoristiti sva znanja, iskustva i vještine svih sposobnih ljudi u sustavu),
- ujednačiti standarde, procese i metodologiju (MDD, ISO 27001),
- izgraditi siguran i kvalitetan integrirani informacijski i komunikacijski zdravstveni sustav s ciljem:

- centralizacije i povezivanja svih dijelova sustava,
 - omogućavanja prikupljanja i razmjene informacija između sudionika sustava (eNaručivanje, eKarton),
 - unapređenja podrške poslovnim procesima,
 - unapređenja sustava za podršku odlučivanju upravljačkim tijelima zdravstva,
 - osiguranja nadzora nad sustavom,
 - osiguranja ušteda.
- osigurati sredstva za ulaganje u ICT (državni budžet, EU fondovi, Svjetska banka) kroz edukaciju i koordinaciju timova za pripremu projektnih prijedloga i vođenje projekata.

Informacijski i komunikacijski sustav mora osigurati dugotrajno funkcioniranje i biti postavljen tako da bude dovoljno fleksibilan te ostane efikasan uz sve buduće promjene organizacije HZZO-a, zdravstvenog sustava, državne uprave, propisa rada, promjene okoline i ulaska u Europsku uniju.

2.2.4. Upravljanje kvalitetom

Granica *prihvatljive pogreške* pada u danas visoko natjecateljskom i promjenjivom tržištu. Precizno planiranje za budućnost neophodno je za opstanak i uspjeh, a pripreme za budućnost postaju krucijalne. Kontinuirano planiranje, mjerenje, procjena i unaprjeđivanje procesa, sustava i rezultata ključne su aktivnosti u organizaciji. Ako je sustavno planirano i urađeno, taj će trud dati željene rezultate.

Tijekom 80-ih, pri sučeljavanju žestoke konkurencije, mnoge tvrtke u svijetu primijenile su sustav upravljanja kvalitetom, ne samo u svojim proizvodnim djelatnostima već i u svakom glavnom i sporednom poslovnom procesu u organizaciji. Upravljanje kvalitetom u industrijskim granama je dalo impresivne rezultate po pitanju vođenja proizvodnih procesa, zadovoljstvu kupaca i profitabilnosti poduzeća. Postavilo se pitanje: može li se sustav upravljanja kvalitetom primijeniti i u zdravstvu? Mogu li osiguravatelji, bolnice, domovi zdravlja i dr., vođeni kvalitetnim i dokazanim metodama, isto tako postići nove razine uspješnosti, zadovoljstva pacijenata i poslovnih partnera, sigurnosti, kliničke efikasnosti te ekonomičnosti? Mogu li zdravstvene organizacije, opterećene prigovorima da su troškovi poslovanja previsoki, rezultati varijabilni te da metode liječenja nisu temeljene na znanstvenim dokazima, pronaći najmanje jedan obećavajući odgovor na svoje probleme? Odgovarajući na ovo pitanje HZZO će provesti svoj unutarnji projekt *Plan za kontinuirano poboljšavanje kvalitete*, koji uzima sveobuhvatni menadžment kvalitete (Total Quality Management) kao temeljni model upravljanja.

Kao organizacija koja želi osigurati kvalitetnu zdravstvenu uslugu moramo kontinuirano mjeriti, procjenjivati i poboljšavati svoje procese u skladu s važnošću uloge u društvu koja se obnaša.

Naše uvjerenje je da pogreške u procesima unutar HZZO-a nastaju zbog problema koji se već nalaze u sustavu. Postignuće stvarnog poboljšanja u kvaliteti ovisi o potpunom poznavanju i nadzoru procesa, temeljem podataka koji proizlaze iz sustavnog praćenja procesa. U našem sustavu kvalitete, poboljšanje je integrirani dio posla svakog djelatnika. Vrhovnu odgovornost ravnatelja propisuje Upravno vijeće. Istodobno, kolektivna i individualna menadžerska odgovornost kao i pravna regulativa i profesionalni kodeksi utkani su ljudski dio kontinuiranog poboljšanja procesa. Očito je da mjere poboljšanja i prevencija grešaka povećava uspješnost procesa koji su dovodili do slabijih rezultata u prošlosti, ali interesantno je primijetiti da se poboljšavaju i oni dobro upravljani i izvođeni procesi. Rezultat izvedbe našeg plana bit će sveobuhvatni sustav upravljanja organizacijom, temeljen na modelu upravljanja kvalitetom kao cjelinom i funkcijama koje uključuju sve organizacijske jedinice.

U izvedbi mjerenja bit će korišteni sljedeći podaci:

- dizajn i procjena novih procesa,
- procjena izvedbe u odnosu na osnovnu svrhu procesa,
- razina izvedbe i stabilnost važnih postojećih procesa,
- identifikiranje područja za mogući napredak postojećih procesa, određenih kao *proces promjena* postignut poboljšanjem rezultata.

Prikupljeni podaci trebaju, također, uključiti mjere oba procesa i rezultate. Prikupljanje podataka treba uključiti informacije, zahtijevajući: potrebe i očekivanja osiguravatelja i poslovnih partnera korisnika i stupanj do kojeg se došlo u tim potrebama i očekivanjima, učinkovitost bolesničke skrbi, relevantne dimenzije i izvedbe procesa i/ili rezultata, uključujući kliničke i nekliničke elemente.

Procjena izvedbe

U tijeku vrednovanja, odnosno validacije, procesa koji se odvijaju u HZZO-u, promatraju se faktori uspješnosti kao što su efikasnost, dostupnost, efektivnost, kontinuitet, sigurnost te poštovanje i briga, kao prihvatljive mjere za procjenu specifičnih procesa. Za iskorištavanje ovih izazova, kao što smo spomenuli, naš prvi i osnovni princip je *multidisciplinarni timski rad*. Svaki član tima mora biti sposoban sudjelovati u opsežnom otkrivanju i rješavanju problema. HZZO želi vidjeti svaku osobu kao dio jednog ili više procesa. Zadaća svakog zaposlenika je da se priključi radu drugih u procesu, da doda

vrijednost poslu te da takav vrjedniji posao preda sljedećem djelatniku u procesu. Da bi se osigurala koordinacija između jedinica i da bi se omogućile konzultacije, svi voditelji organizacijskih jedinica dužni su podnijeti kvartalna odnosno mjesečna izvješća o poboljšanjima uspješnosti, uključujući iniciranje diskusija o nalazima i buduće planove za poboljšanje kvalitete i efikasnosti u njihovim područjima. Pomoćnik ravnatelja HZZO-a, zadužen za sustav kvalitete, prikuplja podatke od voditelja organizacijskih jedinica i povjerenstava i redovito ih prezentira upravi.

Znamo da je sustav kvalitete proaktivan i neprekidan krug aktivnosti, koji poboljšava procese i prepoznavanja čestih uzroka loših performansi. Kao dio zdravstvenog sustava, HZZO postavlja za cilj optimalnu uspješnost, imajući u vidu da preventiva ima prednost nad kurativom te da cijeli sustav zdravstvene skrbi mora biti orijentiran na pojedinca – pacijenta. HZZO se ne orijentira samo na kvalitetu zdravstvenih usluga koje se ugovaraju već i na kvalitetu i pouzdanost svih djelatnosti koje obnašamo. Težimo poboljšanju našeg sustava kroz stalno poboljšavanje postupaka i sredstava upravljanja

Tablica 1: SWOT analiza
Unutarnji ustroj i poslovni procesi HZZO-a

Pozitivni

Snage (S)

- stabilna poslovna struktura
- razgranata mreža područnih ureda i ispostava
- potpuna informatička umreženost sustava
- veliki broj ljudi različitih obrazovnih profila i interesa
- osjećaj pripadnosti firmi
- ljudi s dugogodišnjim iskustvom i znanjem
- mladi ljudi željni edukacije i profesionalnog napredovanja
- dobri odnosi unutar pojedinih službi (zajedništvo)
- mogućnost fluktuacije i promjene posla (Zagreb)
- mogućnost interne edukacije

Negativni

Slabosti (W)

- hijerarhijska vertikalna struktura bez suradnje među službama (sektorima)
- animoziteti među službama (i odjelima) – *tko je važniji, tko više radi, čiji posao je teži*
- nerazumijevanje među službama (*govore različitim jezicima*)
- svaka služba radi za sebe, a ne sa zajedničkim ciljem i interesom
- manjak komunikacije (horizontalne i vertikalne)
- sporo kolanje informacija
- preklapanja nadležnosti
- nepostojanje internih procedura
- reaktivno, umjesto proaktivno, djelovanje promjenama
- *uljuljkanost* zaposlenih u sigurnost radnog mjesta
- manjak motiviranosti i nezainteresiranost
- ne vidi se svrha djelovanja (vizija i misija)
- manjak sustavnog razvoja ljudskih resursa (HR)
- potkapacitiranost kadrovske službe za preuzimanje aktivne uloge u razvoju HR

Prilike (O)

- restrukturiranje poslovanja (funkcionalna podjela umjesto hijerarhijske)
- promjena imidža (percepcije) HZZO-a u javnosti
- korištenje EU fondova za edukaciju
- korištenje EU fondova za objedinjavanje i funkcionalno povezivanje poslovanja (nova zgrada?) Direkcije i PU Zagreb

Prijetnje (T)

- loša percepcija HZZO-a u javnosti (loš imidž)
- prevelik utjecaj Ministarstva zdravlja na rad pojedinih službi
- česte promjene propisa
- nemogućnost nagrađivanja dobrih zaposlenika zbog zakonskih prepreka
- smanjena sredstva za zaposlenike u Proračunu
- zakonske prepreke za novo zapošljavanje
- nemogućnost zapošljavanja specifičnog kadra (osobito medicinskog)

kvalitetom. Također je pohvalno što, postupno, svaki zaposlenik postaje branitelj kvalitete. Svaki je voljan dati svoj doprinos poboljšanju sustava kojeg sami kreiraju i stalno pomiču svoje ciljne granice da bi zadržali kontinuitet sustava kvalitete. Model upravljanja kvalitetom opisan je u dijagramu (privitak).

2.2.5. Novi modeli ugovaranja zdravstvene zaštite

Postojeće stanje

Ugovaranje zdravstvene zaštite postupak je u kojem se izravno povezuju sredstva uložena u pružanje zdravstvene zaštite s očekivanim rezultatom.

Osnovni instrumenti kojima se, putem ugovaranja, postižu željeni učinci su način financiranja (plaćanja) zdravstvenih usluga i mehanizmi kontrole pružanja zdravstvenih usluga.

Načinom financiranja zdravstvene zaštite utječemo na motivaciju pružatelja zdravstvene zaštite i obrasce njihova ponašanja jer kod svih načina plaćanja postoji tendencija povećanju jedinica plaćanja, a smanjenju troška po jedinici plaćanja.

U ovom trenutku u Republici Hrvatskoj postoji više načina financiranja zdravstvene zaštite, ovisno o razini zdravstvene zaštite i djelatnosti.

Primarna zdravstvena zaštita plaća se putem iznosa po osiguranoj osobi/stanovniku, putem standardnog tima i putem dijagnostičko-terapijskih postupaka a u općoj obiteljskoj medicini i dentalnoj zdravstvenoj zaštiti mogu se ostvariti i dodatna sredstva, sudjelovanjem u radu centra opće/dentalne medicine i kroz provedbu preventivnih programa ugovorenih s domom zdravlja.

Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita plaća se putem Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (*Plava knjiga*) i putem dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP).

Bolnička zdravstvena zaštita plaća se putem dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS) i putem cijene dana bolničkog liječenja (DBL) za stacionarno liječenje, a putem Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (*Plava knjiga*) i putem dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu.

Nedostaci postojećih modela i prijedlozi za unapređenje modela ugovaranja prema razinama zdravstvene zaštite

Primarna zdravstvena zaštita (*osnovne 4 djelatnosti*) – izabrani doktori

Opća obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena i dentalna zdravstve-

na zaštita (polivalentna), u kojima se ugovaraju izabrani doktori, plaćene su kombinacijom iznosa po osiguranoj osobi (*glavarina*) koji čini 80 % mogućih prihoda, putem dijagnostičko-terapijskih postupaka (do 10 % vrijednosti tima) i sudjelovanja u centru opće/dentalne medicine (do 10 % vrijednosti tima).

Iznos koji ostvaruje tim opće/obiteljske medicine, na temelju iznosa po osiguranoj osobi (*glavarina*), za prosječan (standardni) tim ili veći (1.700 osiguranih osoba i više) već je sam po svojoj vrijednosti dovoljan da ne stimulira liječnike na dodatno provođenje dijagnostičko-terapijskih postupaka u svrhu povećanja prihoda. S druge strane, popis dijagnostičko-terapijskih postupaka na temelju kojih se mogu ostvariti dodatna sredstva relativno je mali (47), i ne mogu ih svi provoditi, budući da nemaju osigurana sredstva za rad (EKG uređaj, UZV uređaj). Nadalje, preventivni programi, koje su trebale osmisliti županije, su izostali te su preventivni postupci ostavljeni za provođenje pojedincima (ovisno o njihovom vremenu i afinitetima, bez posebnog vrednovanja).

Kontrola rada timova opće/obiteljske medicine svodi se na kontrolu bolovanja i propisivanja lijekova na recept, u skladu sa smjernicama, te naplaćivanje postupaka koji nisu trebali biti naplaćeni, bez prave kontrole učinka i kontrole kvalitete pružene zdravstvene zaštite.

Novi model ugovaranja (financiranja) primarne zdravstvene zaštite

U dijelu koji se odnosi na izabrane doktore, novi model financiranja obuhvaćat će nekoliko segmenata:

- fiksni iznos za tim, koji omogućava opstojnost tima u Mreži javne zdravstvene službe (*hladni pogon*),
- sredstva temeljem opredijeljenih osiguranih osoba (*glavarina*), pri čemu će taj iznos biti manji nego danas (budući da nije osnovni izvor financiranja) te kako bi se stimulirala provedba dijagnostičko-terapijskih i preventivnih postupaka,
- sredstva temeljem pružanja dijagnostičko-terapijskih postupaka (ili cijena *puta* usluga), s time da će opseg usluga biti veći (veći broj postupaka), ali će dio usluga biti ograničen, kako se ne bi provođenjem samo nekih postupaka ostvarilo izvršenje dok će dio postupaka (čije se provođenje želi posebno potaknuti) biti neograničen (delimitiran),
- sredstva za provođenje preventivnih postupaka, pri čemu će se utvrditi skup preventivnih mjera od kojih će dio biti obavezan, a dio fakultativan, odnosno izabrani će doktori prema svojim afinitetima, dodatnoj edukaciju koju su završili ili populaciji koju zbrinjavaju, birati koje će preventivne aktivnosti provoditi. Preventivne će se aktivnosti plaćati samo u slučaju kada će biti

dosegnut željeni obuhvat populacije (npr. ne plaća se ukoliko je obuhvat ciljane populacije manji od 60 %),

- dodatna sredstva temeljem pokazatelja kvalitete, odnosno ključnih pokazatelja izvedbe (KPI) koji će se utvrditi u suradnji sa strukom,
- stimuliranje grupne prakse, na način da će se timovima udruženim u grupnu praksu dodijeliti dodatna sredstva. Grupne prakse mogu biti od doktora iste ili različitih djelatnosti, (prednost grupnih praksi je cjelovita skrb za osigurane osobe te zajedničko korištenje medicinske opreme, primjerice UZV uređaja. Grupne prakse iste djelatnosti zbrinjavaju osigurane osobe kontinuirano tijekom cjelodnevnog radnog vremena),
- timovima koji imaju mali broj osiguranih osoba, jer se nalaze na specifičnim područjima (otoci, posebna državna skrb), neće se automatski dodjeljivati dodatna sredstva već će oni trebati (u suradnji s lokalnom zajednicom) osmisliti i provoditi zdravstvene programe koji će se posebno plaćati prema učinku.

Kontrola rada timova primarne zdravstvene zaštite bit će usmjerena na kontrolu učinka budući da o provedenom ovisi i visina sredstava koja će se isplatiti timovima (plaćanje prema provedenom, eng. paying for performance). S obzirom na to, kontrola će se prvenstveno temeljiti na prethodno utvrđenim izvješćima koja će se stvariti iz tzv. G2 (Gx) sustava, ali će biti lako provjerljiva od strane ovlaštenih osoba Zavoda kako ne bi došlo do zlouporabe sustava.

Kontrola kvalitete bit će sastavni dio kontrole primarne zdravstvene zaštite, koja će u prvom redu obuhvaćati primjenu standarda kvalitete zdravstvene usluge utvrđenog za ovu razinu zdravstvene zaštite.

Bolnička zdravstvena zaštita sa specijalističko-konzilijarnom zdravstvenom zaštitom

Bolnički proračuni odnosno maksimalni iznosi sredstava za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja temelje se na tzv. povijesnim podacima ili povijesnim proračunima još iz 1997., kada su prvi puta uvedeni te se, ovisno o raspoloživim sredstvima Državnog proračuna, linearno povećavaju/smanjuju uz neznatna odstupanja pojedinih bolnica bez jasnih kriterija.

Istovremeno, ti se proračuni pravdaju osobnim računima, najprije kroz Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (*Plavu knjigu*), zatim uz *Plavu knjigu* kroz plaćanje po terapijskom postupku (PPTP) te od 1. siječnja 2009. akutno liječenje isključivo kroz dijagnostičko terapijske skupine (DTS), a kronično kroz dan bolničkog liječenja (DBL).

Kako bi opravdale svoje proračune te ishodile još veće, bolnice u sustavu DTS-a, a i prije kroz *Plavu knjigu* i PPTP, prelazeći graničnu cijenu umjetno povećavaju račune. S druge strane, događa se da kronične bolnice i one za liječenje medicinskom rehabilitacijom, zbog visine DBL-a, unaprijed znaju da ne mogu dostići proračun odnosno da će imati prekoračenje proračuna.

Plaćanje svim bolnicama iste cijene za isto liječenje naizgled je pravedno, no nejednakost se javlja zbog toga što bolnice imaju različite troškove poslovanja (*hladnog pogona*) te je realan trošak po pacijentu viši. Uz to, ničim nije utvrđen broj postupaka koji se *kupuje* te se bolnice, kada su u pitanju tzv. hladni zahvati, mogu orijentirati na one koji donose više sredstava, a troše manje resursa.

Novi model ugovaranja (financiranja) bolničke zdravstvene zaštite

Maksimalni iznosi sredstava bolničkih zdravstvenih ustanova bit će temeljeni na više kriterija (slično kao i timovi primarne zdravstvene zaštite) a samo plaćanje provodit će se prema slučajevima te pokazateljima izvršenja:

- osnova za izračun maksimalnog iznosa sredstava:
 - fikсни iznos, s obzirom na troškove poslovanja *hladnog pogona*,
 - iznos po osiguranoj osobi (*glavarina*), s obzirom na gravitirajući broj osiguranih osoba u određenoj županiji, a u županijama s više bolnica s obzirom na gravitirajući broj osiguranih osoba u pojedinoj bolnici,
 - iznos za utvrđene *hladne* postupke koji su vezani uz duge liste čekanja (ugradnja endoproteze kuka, ugradnja endoproteze koljena, operacija očne mreže, artroskopije i slično), pri čemu će bolnice u procesu ugovaranja moći individualno predložiti koji su im postupci od interesa, koji će se posebno pratiti i plaćati,
 - iznos za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, s obzirom na ponuđene djelatnosti i predviđen broj postupaka u tim djelatnostima.
- osnova za plaćanje i umanjeno sredstava:
 - osobni računi za bolničku i specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, pri čemu će biti znatno umanjena vrijednost DTS koeficijenta za akutno liječenje te diferencirana s obzirom na složenost pojedinih postupaka (revizija DTS sustava),
 - iznos za *glavarine* umanjit će se ukoliko bolnica ne zbrinjava ciljni udio populacije u skrbi iz svoje županije,
 - iznos za provedbu ugovorenih *hladnih postupaka* umanjit će se ukoliko ne bude dosegnut ugovoreni broj postupaka,
 - iznos za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu umanjit će se ukoliko ne bude proveden ciljani broj postupaka.

- osnova za uvećanje sredstava:
 - ključni pokazatelji izvedbe (KPI) kao mjera kontrole kvalitete, kao što su:
 - a. duljina ležanja za određeni postupak,
 - b. promjena omjera pacijenata obrađenih kroz dnevnu bolnicu u odnosu na *ležeće* pacijente,
 - c. potrošnja na medicinske potrošne i ugrađene materijale i lijekove za pojedinu DTS skupinu (pokazatelji uštede),
 - d. broj rehospitalizacija,
 - e. smanjenje duljine liste čekanja za utvrđene postupke,
 - f. privlačenje pacijenata iz vlastite županije (povećanje broja pacijenata iz vlastite županije koji se liječe u županijskoj bolnici, a smanjenje odlaska u druge županije)bit će osnova za bonificiranje bolnica, odnosno uvećanje sredstava.

Uz gore navedene modele plaćanja, **kategorija bolnica** bit će također jedan od kriterija u raspodjeli sredstava, kako bi bolnice iste kategorije prihodovale približno jednaka sredstva. Očekuje se da ista razina zdravstvene zaštite u bolnicama iste kategorije zahtijeva približno jednake resurse, s obzirom na zdravstvenu problematiku koju zbrinjavaju. Stoga će se i praćenje provedbe usmjeriti na usporedbu bolnica prema kategorijama.

Kontrola rada bolnica bit će usmjerena na kontrolu izvedbe jer će o njoj ovisiti i plaćanje bolnica, a osobita pozornost bit će usmjerena na kontrolu duljine čekanja na prvi pregled specijalista te određene dijagnostičke i terapijske postupke (CT, MR, UZV srca, ergometrija, holter, mamografija, UZV dojke, gastroskopija, kolonoskopija...).

Kroz kontrolu rada bolnica provodit će se i kontrola rada primarne zdravstvene zaštite na određenom području – preko broja hitnih pregleda u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti i prijema u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti te omjera uputnica izabranog liječnika i specijalističkih (*internih*) uputnica.

Kontrola kvalitete bolničkih zdravstvenih ustanova bit će usmjerena na kontrolu uspostave sustava kontrole kvalitete u bolnicama, kao i praćenje međunarodno poznatih i priznatih pokazatelja kvalitete bolničke zdravstvene zaštite koji se lako prikupljaju i usporedivi su (npr. optimalno korištenje resursa – broj pacijenata u jedinici vremena, na liječnika ili na postelju, dostupnost zdravstvene zaštite – vrijeme čekanja na pojedini dijagnostički/terapijski postupak, zauzetost postelja, racionalno (učinkovito) korištenje sredstava – prosječni troškovi liječenja određenih slučajeva, udio jednodnevne

u odnosu na višednevnu kirurgiju, hospitalne infekcije – potrošnja rezervnih antibiotika...).

Bolnicama će biti dostupan uvid u njihov položaj u odnosu na druge bolnice, što će ih poticati na podizanje kvalitete pružene zdravstvene zaštite a posljedično podizanje kvalitete cjelokupnog zdravstvenog sustava.

(Re)organizacija bolničkog zdravstvenog sustava

Analiza prethodno navedenih pokazatelja, gravitiranja osiguranih osoba bolničkim zdravstvenim ustanovama osobito u odnosu na kategorije bolnica, odnosno korištenje resursa, bit će podloga za mjerenje učinkovitosti bolnica i njihove *profitabilnosti* u zadanim okolnostima. To može dovesti do reorganizacije bolničkog zdravstvenog sustava, u smislu daljnjeg okrupnjavanja bolnica, zbog smanjenja troškova poslovanja, ali i povećanja kvalitete zdravstvene zaštite.

Ujedno, očekuju se izmjene na način da se liječnički specijalisti jedne bolnice (određene, najčešće kirurške specijalnosti) u kojoj obavljaju premali volumen operacija da bi u svojoj djelatnosti mogli postići izvrsnost (vještinu i kvalitetu) a ujedno su usko grlo za određene zahvate, sele u drugu bolničku zdravstvenu ustanovu, gdje mogu obavljati više operacija, čime se postiže vještina i izvrsnost te istovremeno smanjuju uska grla za određene postupke. Također, obavljanjem više postupaka u jednoj ustanovi, zbog ekonomije opsega, smanjuju se troškovi po jednom zahvatu.

Regionalizacija zdravstvene zaštite

U ovom trenutku, zdravstvena zaštita organizirana je prema županijskom teritorijalnom ustroju na svim razinama i u svim djelatnostima (primarna i sekundarna zdravstvena zaštita). Jedino je tercijarna razina (kliničke ustanove) formirana regionalno te imamo pet kliničkih bolničkih centara, od kojih su dva u Zagrebu, tako da se može reći da su u odnosu na kliničke bolničke centre u RH četiri zdravstvene regije. Međutim, djelatnosti nisu jednakomjerno razvijene u svim kliničkim bolničkim centrima.

Nasuprot njima, sve županije sa svojim županijskim bolnicama djeluju samostalno bez posebne suradnje. Osim bolnica, svaka županija ima i svoje zavode za javno zdravstvo, značajne za praćenje zdravstvenog stanja populacije, zdravstvenu statistiku, ali i mikrobiološku djelatnost. Zavodi za javno zdravstvo posve su samostalne ustanove i ne odgovaraju Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. U pojedinim županijama, mikrobiološka djelatnost provodi se i u Zavodu za javno zdravstvo i u bolnici.

Na ovaj način, s takvom rascjepkanošću te nesuradnjom zdravstvenih ustanova, povećavaju se troškovi zdravstvene zaštite te je nužno provesti regionalizaciju zdravstva i to iz dva osnovna razloga:

- integrirana skrb za pacijenta,
- smanjenje troškova zdravstvene zaštite.

Integrirana skrb za pacijenta znači da se u sustavu, od doktora primarnog kontakta, točno zna put kojim pacijent ide i u koju zdravstvenu ustanovu pripada, umjesto da se to prepušta njegovom osobnom snalaženju u sustavu.

Smanjenje troškova zdravstvene zaštite postiže se funkcionalnim organiziranjem djelatnosti na regionalnoj razini te okrupnjavanjem nabave medicinskog materijala.

2.2.6. Financijska konsolidacija sustava

Napravljen je snimak stanja obveza zdravstvenih ustanova i HZZO-a na dan 31. 12. 2011. godine, vezano uz primjenu Zakona o rokovima ispunjenja novčanih obveza. Zdravstvene ustanove iskazuju svoje obveze prema ugovorenim rokovima plaćanja prema dobavljačima. HZZO ugovara rokove plaćanja s pružateljima zdravstvenih usluga za usluge liječenja osiguranih osoba i druga prava koja proizlaze iz Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Ukupne obveze svih zdravstvenih ustanova na dan 31. 12. 2011. godine iznosile su 5.055.984.429 kn (ustanove u državnom vlasništvu, vlasništvu grada ili županije).

Ukupne obveze bolničkih zdravstvenih ustanova na dan 31. 12. 2011. godine iznose 4.227.839.947 kn. Obveze starije od 60 dana iznose 2.546.882.348 kn.

Obveze HZZO-a, prema ugovornim subjektima, starije od 60 dana iznose 1.539.489.564 kn. Prema razgovoru u Ministarstvu financija osigurala bi se sredstva za pokriće obveza starijih od 60 dana iz 2011. godine, s tim da se rokovi plaćanja u 2012. godini svedu u zadane okvire, tj. rok za provedbu istog je do 30. 10. 2012. godine.

Tablica 2: Obveze zdravstvenih ustanova

Obveze bolničkih zdravstvenih ustanova preko 60 dana	2.546.882.348
Obveze HZZO-a preko 60 dana	1.539.489.564
Ukupno	4.086.371.912

Tablice iskazuju plan konsolidacije sustava te financijski plan i projekcije do kraja 2014.g. (privitak).



Presjek rada po službama

3. eZdravstvo

Projekti u sklopu eZdravstva odrađeni u 2012. godini

- pripremljeno poglavlje 3.10 i prioritet br. 1 – informatizacija i eZdravstvo za **Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2014–2020**,
- osnovano **Povjerenstvo za informatizaciju ministarstva zdravlja**,
- pripremljena cjelovita dokumentacija za uvođenje eZdravstva, kao prioriteta u operativnim planovima Ministarstva regionalnog razvoja i kao priprema za **strukturne fondove EU**,
- predana prijava projekta standardizacije i šifriranja u eZdravstvu za **transition facility** fondove EU.
- revitalizirana informatička komponenta **projekta Svjetske banke**:
 - pokrenut natječaj za *Business process reengineering* za HZZO,
 - u suradnji s MUP-om izrađen TOR (Terms of Reference) za opremu Zavoda za hitnu medicinu (infrastruktura + tetra uređaji),
 - dovršen natječaj i pokrenut projekt CHIBIS za razvoj sustava poslovne inteligencije i geografskog informacijskog sustava za potrebe HZJZ-a i manjim dijelom HZZO-a,
 - pokrenut natječaj za objedinjavanje svih registara u zdravstvenom sustavu.
- s tvrtkom King potpisan ugovor o **nabavi strojne osnovice** za centralni informacijski sustav primarne zdravstvene zaštite (CEZIH) i centralni informacijski sustav HZZO-a te je tijekom proteklih 6 mjeseci napravljena kompleksna migracija oba sustava (čitava migracija trebala bi biti dovršena do svibnja 2013),
- revitaliziran projekt **informatizacije primarne zdravstvene zaštite** (sustav CEZIH):
 - pripremljen, potpisan i realiziran aneks ugovora o javnoj nabavi računalne opreme i softvera radi nadogradnje IT sustava primarne zdravstvene zaštite s održavanjem, instalacijom i implementacijom u IT sustav primarne zdravstvene zaštite Republike Hrvatske s tvrtkom Ericsson,
 - potpisan ugovor broj 78/12 o nabavi usluge održavanja i nadogradnje aplikativnog (programskog) dijela sustava CEZIH (informatički sustav primarne zdravstvene zaštite) do 9. 11. 2014. godine s tvrtkom Ericsson,
 - završen postupak nabave održavanja licenci za središnji dio informacijskog sustava primarne zdravstvene zaštite – ugovor pred potpisivanjem,
 - pripremljena dokumentacija za pokretanje postupka nabave usluga održavanja i unaprjeđenja strojne i programske systemske opreme središnjeg dijela in-

formacijskog sustava primarne zdravstvene zaštite u 2013. godini,

- uvođenje eUputnice i eKartona u pripremi za pilotiranje (do kraja 2012. s nekoliko ordinacija i jednom bolnicom).

• nacionalno uveden informacijski sustav **eListe čekanja, eNaručivanje**:

- 1. 8. krenuo pilot projekt eListe čekanja,
- 1. 9. krenuo pilot projekt eNaručivanje,
- odmah angažirani svi područni uredi HZZO-a,
- organizirani sastanci i prezentacije sa svim liječnicima PZZ-a (4936 ordinacija),
- organizirani sastanci u bolničkim ustanovama i jasno obrazloženi ciljevi eListi čekanja i eNaručivanja, pružena pomoć informatičarima bolničkih ustanova u rješavanju problema koje imaju u fazi instalacije, održani sastanci sa svim G100 i dnevno bili u kontaktu sa svim subjektima sudionicima u projektima, na dan 15. 12. sve bolnice (64) uključene su u pilot projekt eListi čekanja i eNaručivanje i u 5000 ordinacija PZZ-a omogućeno je eNaručivanje,
- učlanjenje u EPSOS (smart open services for european patients) – u rujnu 2012. Hrvatska se pridružila europskom projektu za izgradnju informacijskog sustava za uspostavu međugranične interoperabilnosti među sustavima eZdravstva u Europi. Trajanje od 1. 7. 2008. do 31. 12. 2013. Dobivena sredstva: oko 90.000 eur,
- u studenom 2012. Hrvatska je prihvaćena kao sudionica u izradi **EU informacijske strategije**, kao dio radne grupe Svjetske zdravstvene organizacije,
- učlanjenje u NIAS (nacionalni identifikacijski i autentifikacijski sustav) – HZZO se uključio u nacionalni pilot projekt za autentifikaciju korisnika na elektroničke javne usluge (HZZO je pružio uslugu uvida u izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite),
- revitaliziran informacijski sustav Ministarstva zdravlja:
 - stalna tehnička podrška,
 - proveden postupak razdvajanja informacijskih sustava Ministarstva zdravlja i Ministarstva socijalne politike i mladih,
 - potpisana dva aneksa ugovora o javnoj nabavi roba za nabavu i nadogradnju i proširenje postojeće WAN računalne mreže Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi za potrebe uprave za sanitarnu inspekciju, klasa: 406-09/11-08/81, urbroj: 534-06-02-1/2-11-35, od 9. prosinca 2011. godine. Drugim aneksom, koji se planira potpisati u studenom 2012. godine, prolongira se implementacija nabavljene strojne osnovice za travanj 2013. godine, a

- sve u cilju da se implementacija uskladi s postupcima razdvajanja informacijskih sustava Ministarstva zdravlja i Ministarstva socijalne politike i mladih,
- priprema i pokretanje otvorenog postupka javne nabave usluga održavanja strojnog i sistemskog dijela informacijskog sustava Ministarstva zdravlja,
- preuzimanje programskog i strojnog dijela informacijskog sustava za potrebe granične sanitarne inspekcije, isporučenog u okviru IPA 2008 projekta, koji omogućuje dvosmjernu razmjenu podataka između sanitarnih inspektora i ovlaštenih laboratorija,
- povezivanje sustava IGSI – postojeći sustav proizvođača tvrtke Infodom koji koristi sanitarna inspekcija sa sustavom eqms:lims,
- realizacija nabave informatičke opreme za krajnje korisnike u Ministarstvu zdravlja (150 prijenosnih računala za županijsku sanitarnu inspekciju i 50 stolnih računala) preko Državnog ureda za središnju javnu nabavu,
- realizacija ugovora o javnoj nabavi roba za nabavu nadogradnje eAplikacija tvrtke Dokument IT u Ministarstvu zdravlja (eUred, ePlan nabave, eProračun, ePutni nalozi, eObrada računa, eOčevidnik),
- uspješno završen projekt prebacivanja financijske aplikacije (proizvođač Enel) koja se koristi u Ministarstvu zdravlja u novoj strojnoj osnovici,
- zaprimanje kriptografskih uređaja s digitalnim certifikatima FINE, čime će Ministarstvu zdravlja biti omogućeno korištenje COP-a (eServis za centralni obračun plaća),
- pripremni poslovi oko realizacije projekta integracije FMIS sustava proračunskog korisnika – Ministarstvo zdravlja s centralnim FMIS SAP sustavom središnje državne riznice,
- web stranica.
- revitaliziran **kontakt centar za građane i Bijeli telefon** – kontakt centar je, do 20. 11. 2012. godine, imao 45.345 odgovorenih poziva. Kontakt centar ima prijavljena 3 pozivna broja,
- odrađena priprema za certifikaciju aplikacija za **sestrinsku dokumentaciju** u bolnicama i obavljena certifikacija dijela rješenja na tržištu,
- pripremljeni svi dokumenti potrebni za certifikaciju: Izmjene pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji, Odluka o osnivanju povjerenstva, Odluka o provedbi provjere spremnosti, Prijedlog ugovora za G100, procedure provjere spremnosti, Protokol o radu eSestrinske aplikacije,
- napravljena priprema za Nacionalni informacijski sustav za **provedbu i praćenje preventivnih programa** (dojke, cervixa, kolona) – pripremljena funkcionalna i tehnička specifikacija te sporazum MZ-HZZO za pro-

- vedbu nabave informacijskog sustava za preventivne programe – informatizacija svih nacionalnih preventivnih programa, prijedlog izrade jedne aplikacije za sve screeninge. Predložen model izmjene i poboljšanja poslovnog procesa,
- obavljena priprema projekta izrade **jedinstvenog registra lijekova, jedinstvenog registra materijala i pomagala, jedinstvenog registra usluga u zdravstvu (revizija Plave knjige)**,
- obavljena priprema projekta izrade **jedinstvenog registra umjetne oplodnje**,
- **Hakom** – projekt uvođenja i ujednačavanja brzog interneta. Za zdravstvo je prijavljen 21 projekt. Za odabrane projekte čeka se raspisivanje natječaja,
- proveden **postupak objedinjene javne nabave** u području usluga pokretne i nepokretne telefonije, podatkovnih linkova i pristupa internetu te nabave informatičkog potrošnog materijala. Natječajni su spremni za objavu te se nalaze na odobrenju u Ministarstvu zdravlja,
- pokrenuta izgradnja jedinstvene infrastrukture za **zdravstveni vpn sustav** kao temelj za povezivanje bolnica u jedinstveni informacijski sustav (potreba da prikupljaju i daju podatke PZZ-a) a vezano za razvoj projekata informatizacije zdravstva (eLista čekanja, eNaručivanje, eCrvena uputnica, eKarton...),
- napravljen značajan pomak u informatičkom **povezivanju zdravstva s ostalim tijelima državne uprave**:
 - zdravstveni sustav je povezan sa sustavom OIB-a,
 - analiza podataka o umrlim osoba dobivenih od Ministarstva uprave nakon dvogodišnje pauze,
 - OIB usklađivanje (HZMO–HZZ–HZZO) sa sustavom OIB-a,
 - izrada web servisa za pristup sustavu OIB-a (pretplate na sve nove objave i dohvat po kriteriju),
 - zdravstveni sustav je povezan s HZMO-om,
 - u tijeku je izrada web servisa, prema liječnicima primarne zdravstvene zaštite, za javljanje promjene zdravstvenog stanja koje utječe na zdravstvenu sposobnost za držanje i nošenje oružja,
 - odrađen je projekt standardizacije sigurne komunikacije s bankama radi razmjene podatka o isplata sredstava (bolovanja, porodiljne naknade...) pomoću sustava,
- odrađen velik broj projekata za **unapređenje informacijskog sustava HZZO-a**, kako bi se automatizirala komunikacija i smanjilo administrativno opterećenje ugovornim zdravstvenim ustanovama i građanima, povećala kontrola u cilju podizanja kvalitete i učinkovitosti, te ostvarivanja ušteda:
 - ePrijava/odjava/promjena statusa osigurane osobe,
 - napravljen je novi web servis info o pacijentu za bolničke zdravstvene ustanove,

- vraćanje bolničkih i SKZZ računa zbog prekoračenja limita,
- praćenje internih uputnica u bolnicama,
- dostava računa ljekarnama preko portala,
- dostava mjesečnih izvješća PZZ-a preko portala i obrada u ZOROH-u,
- ugovori SMR-a i poslodavaca,
- ugovori SMR-a i HZZO-a,
- praćenje izabranog doktora SMR-a preko prijave na zdravstveno osiguranje,
- refundacije troškova prethodnih pregleda SMR-a.

Projekti u planu za 2013. godinu

- daljnja standardizacija, normiranje i šifriranje (lijekova, medicinskih materijala, usluga),
- daljnja nadogradnja sustava CEZIH (eUputnica, eKarton, eMedicina rada, eSmjernice...),
- daljnja nadogradnja informacijskog sustava HZZO-a,
- daljnja nadogradnja nacionalnog sustava eListe čekanja i eNaručivanje (i uključivanje vanbolničkog SKZZ-a),
- priprema za certifikaciju svih aplikacija u zdravstvenom sustavu,
- izgradnja naprednog sustava izvješćivanja nad svim podacima koji se prikupljaju u zdravstvenom sustavu i master data managementa,
- provođenje svih informatičkih projekata u sklopu projekta Svjetske banke – CHIBIS, objedinjavanje registra, BPR, ISHM,
- izgradnja niza potrebnih registara,
- izgradnja informacijskog sustava za nacionalne preventivne programe,
- infrastrukturne nadogradnje,
- povezivanje svih sudionika u zdravstvenom sustavu i omogućavanje međusobne komunikacije,
- izgradnja kontroling sustava za praćenje potrošnje pružatelja zdravstvenih usluga (ugovornih partnera HZZO-a) i podrške novom modelu ugovaranja,
- priprema projekta zajedničkih servisa za bolnice,
- priprema projekata za prijavu za EU strukturne fondove,
- aktivno sudjelovanje u EU eHealth tijelima i uključenje u organizacije/radne grupe na europskoj razini,
- uvođenje epSOS projekta – izgradnja National Contact Pointa i razmjena recepata,
- daljnje povezivanje s tijelima državne uprave i dorada zajedničkih servisa za građane.

4. Učinkovitost i kvaliteta poslovanja

Nadzor i kontrola poslovanja zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika privatne prakse, odnosno isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, koji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) imaju sklopljen Ugovor o provođenju zdravstvene zaštite, odnosno nabave i distribucije lijekova, ortopedskih i drugih pomagala (u daljnjem tekstu: ugovorni subjekti), obavljani su u Zavodu kontinuirano, tijekom cijele godine, kako kroz redovne (planirane) tako i kroz izvanredne kontrole.

Nadzorni poslovi odvijali su se na razini kontrolora područnih ureda Zavoda, na razini regionalnih Odjela za nadzor i kontrolu i na razini kontrolora iz Službe za kontrolu Direkcije Zavoda. Na razini kontrole područnih ureda Zavoda, osim poslova koji se obavljaju kontinuirano, a vezani su za kontrolu računa i kontrolu redovitih izvješća koja dostavljaju ugovorni subjekti Zavoda, proveden je i veliki broj redovnih kontrola, osnovom analitičkih izvješća koja Područni uredi Zavoda redovito mjesečno dobivaju od Službe za informatičku tehnologiju Direkcije Zavoda. Redovno se nadzirala stopa bolovanja, indeks potrošnje sredstava za lijekove propisane na recept, očekivani indeks naplate sudjelovanja osiguranih osoba Zavoda u troškovima zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti i računi dostavljeni Zavodu koji se za istu osiguranu osobu preklapaju u datumu pružanja zdravstvene zaštite.

Osim ovih nadzora, koji se temelje na redovitim izvješćima i odstupanjima koja su uočena u tim izvješćima, područni uredi Zavoda provodili su i druge nadzore, koji su uglavnom bili vezani za predstavke i pritužbe osiguranih osoba u svezi s ostvarivanjem njihovih prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, pritužbe ugovornih subjekata Zavoda i upite drugih tijela i institucija.

Velik dio kontrola bio je vezan i za zahtjeve poslodavaca za kontrolom opravdanosti bolovanja. Tako je tijekom 2012. godine, na zahtjev poslodavca, obavljeno 4.591 kontrola bolovanja a tijekom, ili neposredno prije, kontrole zaključeno je 1.169 bolovanja.

Posebno treba naglasiti da su tijekom 2012. godine pokrenute i dvije velike akcije izvanrednih kontrola bolovanja kojima je koordinirala i u velikoj mjeri podršku pružala Služba za kontrolu Direkcije Zavoda.

Prva akcija izvanrednih kontrola bolovanja započela je u lipnju 2012. godine i provodila se na način da su ovlašteni doktori-kontrolori, u timu od po dva kontrolora,

obavljali kontrolu opravdanosti bolovanja osiguranika u ordinacijama izabranih ugovornih doktora na području drugih područnih ureda Zavoda. Od 27. lipnja 2012. godine kontrola bolovanja provodila se u prostorijama područnih ureda na način da su osiguranici na bolovanju pozivani putem izabranih doktora, a po prethodno sastavljenom popisu od strane radnika mjerodavnog područnog ureda. Kontrola se provodila pregledom medicinske dokumentacije i pregledom osiguranika uz nazočnost mjerodavnog ovlaštenog doktora. Kontrolom su obuhvaćena prvenstveno dugotrajna bolovanja kao i sva bolovanja u čiju opravdanost, odnosno medicinsku indiciranost, je postojala sumnja. Kontrolori Zavoda u postupku nadzora, a u skladu s odredbama članka 12. stavka 6. Pravilnika o ovlastima i načinu rada kontrolora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, sastavljali su zapisnike o provedenom nadzoru u kojem su navodili ocjene opravdanosti bolovanja za svakog osiguranika čije je bolovanje bilo predmetom kontrole. U razdoblju od lipnja do prosinca 2012. godine na opisani način provedena je 61 kontrola bolovanja u svim područnim uredima Zavoda, pregledano je 2 713 osiguranika te su zaključena 663 bolovanja ili 24,5 % kontroliranih bolovanja, većinom dugotrajnih.

Druga akcija kontrole bolovanja, koja se provodi u cilju smanjenja neopravdano visoke stope bolovanja, koja je ujedno i u skladu s ciljem odgovarajućeg pretpristupnog ekonomskog programa (PEP cilj), započeta je početkom studenog 2012. godine. Ovom akcijom zatraženo je od svih područnih ureda Zavoda da provedu izvanredan i cjelovit nadzor medicinske indiciranosti svih otvorenih bolovanja u ordinacijama ugovornih doktora opće/obiteljske medicine, koje su za prvih 9 mjeseci 2012. godine iskazivale ukupnu stopu bolovanja višu od 2,5 %. Takvih ordinacija je, na razini Zavoda, bilo ukupno 1.701. Do kraja 2012. godine provedena je 861 kontrola i zaključeno 580 bolovanja. Tijekom ove akcije, koja se nastavlja i dalje, prikupljaju se i podaci o tzv. *administrativnim bolovanjima*, tj. bolovanjima koja proizlaze iz određenih zakonskih neusklađenosti, kao i drugi podaci koje će Zavod koristiti prilikom koordinacije i usuglašavanja određenih stavova s drugim mjerodavnim institucijama.

Sustavnim kontrolama naplate sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, koje su se kontinuirano provodile tijekom 2012. godine, uspostavljen je djelotvoran sustav naplate sudjelovanja osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti.

Kontrolori područnih ureda Zavoda proveli su, tijekom 2012. godine, veći broj kontrola na razini sekundarne zdravstvene zaštite, kao i na razini zdravstvenih

zavoda. Kontrole su se uglavnom odnosile na provjeru preklapajućih računa i provedene su izravno pri ugovornim subjektima Zavoda.

Kontrolori regionalnih Odjela za nadzor i kontrolu provodili su u 2012. godini redovne i cjelovite kontrole prema Planu i programu provođenja redovnih nadzornih poslova u 2012. godini, a proveden je i veliki broj izvanrednih kontrola – kako na razini primarne, tako i na razini sekundarne zdravstvene zaštite. Izvanredne kontrole na ovoj razini ovlasti češće su uključivale cjelovite kontrole poslovanja i poštivanja ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda, dok su ciljane kontrole, koje su se uglavnom provodile iz istih razloga kao i one na razini kontrole područnih ureda Zavoda, bile uglavnom usredotočene na kontrolu onih ugovornih subjekata Zavoda koji teže ili opetovano krše pojedine ugovorne obveze.

Kontrolori Službe za kontrolu Direkcije Zavoda tijekom 2012. godine proveli su na razini primarne zdravstvene zaštite nadzor u tri doma zdravlja i jednom zavodu za hitnu medicinu.

Na razini sekundarne zdravstvene zaštite i razini zdravstvenih zavoda kontrolori Službe za kontrolu Direkcije Zavoda proveli su cjelovit nadzor poslovanja i poštivanja ugovornih obveza u jednom kliničkom bolničkom centru, jednoj kliničkoj bolnici, pet općih bolnica, jednoj specijalnoj bolnici, jednoj poliklinici i jednom zavodu za javno zdravstvo.

Kontrolori Službe za kontrolu Direkcije Zavoda, koji su jedini mjerodavni provoditi unutarnji nadzor, proveli su tijekom 2012. godine deset unutarnjih nadzora u nižim organizacijskim jedinicama Zavoda, od toga šest u područnim uredima Zavoda i četiri u Službama Direkcije Zavoda.

Na planu unutarnjih nadzora posebno treba naglasiti da je Služba za kontrolu Direkcije Zavoda sredinom 2012. godine, u cilju lakšeg i dostupnijeg ostvarivanja prava osiguranih osoba Zavoda iz obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja izradila detaljan akcijski plan racionalizacije šalterskog poslovanja. Tijekom ovog nadzora utvrđeni su svi razlozi zbog kojih osigurane osobe Zavoda, s ciljem ostvarivanja svojih prava iz obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja, dolaze na *šaltere* Zavoda ili u poslovne prostorije Zavoda, definirana je dokumentacija potrebna za ostvarivanje pojedinog prava i izvornik te dokumentacije, potom je provjereno razmjenjuje li Zavod, ili neka druga institucija koja izdaje određenu dokumentaciju, podatke elektroničkim putem odnosno ukoliko takova razmjena ne postoji predložen je način na koji je treba uspostaviti (razvoj informatičkog sustava, stvaranje i povezivanje različitih baza podataka). Detaljnom razradom ovog procesa kroz akcijski plan definirane su službe u Direkciji Zavoda

koje su zadužene za provedbu pojedinog predloženog rješenja i popisani zakonski i podzakonski propisi koje je potrebno izmijeniti.

Detaljni podaci o broju, vrsti i razlozima zbog kojih su se u 2012. godini provodile kontrole, cjeloviti podaci o praćenju izvršavanja pojedinih ugovornih obveza i podaci o broju i vrsti izrečenih mjera navedeni su u Izvješću o provedenim nadzorima i kontrolama u 2012. godini.

Posebno treba naglasiti da je Služba za kontrolu Direkcije Zavoda, u cilju uspostavljanja kvalitetnog i učinkovitog sustava nadzora, trajno provodila različite vidove edukacije izvršitelja nadzora. Edukacija se jednim dijelom provodila pasivno, putem pisanih naputaka i izradom oglednih primjeraka različitih dokumenata (zapisnika, izvješća, pismena kojima se izriče mjera). Aktivna i konkretna edukacija provodila se davanjem suglasnosti na pojedina izvješća. Na taj se način, u izravnom kontaktu s provoditeljima nadzora, provjeravao sam postupak nadzora, struktura i kvaliteta izvješća te ujednačenost izrečene mjere.

S obzirom na činjenicu da su radnici Službe za kontrolu Direkcije Zavoda često nailazili na nezadovoljavajuću kvalitetu provedenih nadzora, koja se ogledala u nepotpuno utvrđenom činjeničnom stanju, nejasnom predmetu nadzora, pogrešnoj interpretaciji zakonskih i podzakonskih propisa te općih akata Zavoda, kao i pojedinih ugovornih obveza (zbog čega se učestalo tražilo od provoditelja nadzora da izvješća isprave i dorade), zaključeno je da je neophodno provesti edukaciju provoditelja nadzora kroz odgovarajuće radionice.

Radionice o provođenju nadzora nad izvršavanjem ugovornih obveza organizirane su krajem 2012. godine, a u njihov su rad bili uključeni provoditelji nadzora i kontrola iz svih područnih ureda Zavoda. Evaluacija rada radionica provest će se u drugom kvartalu 2013. godine, a potom će se donijeti novi plan i program daljnjih edukacija, tj. utvrdit će se novi sadržaji radionica koje će biti organizirane tijekom 2013. godine.

Služba za kontrolu Direkcije Zavoda, na osnovu rezultata i iskustava iz pojedinih nadzora u kojima su uočene određene neusklađenosti u propisima ili neujednačena postupanja pojedinih nižih organizacijskih jedinica Zavoda i/ili službi unutar Direkcije Zavoda, redovito je, u cilju unaprjeđenja i racionalizacije pojedinih poslovnih procesa, predlagala izmjene odgovarajućih propisa ili promjenu pojedinog postupanja. U skladu s navedenim, na internetskoj stranici Zavoda objavljene su Antikorupcijske mjere Zavoda te se u 2013. planira osnivanje tijela koje će biti u funkciji savjetodavnog tijela ravnatelja Zavoda, u cilju transparentnog i ujednačenog postupanja svih službi Zavoda.

Također, Služba za nadzor i kontrolu planira se u 2013. godini uključiti u praćenje *Business process reengineering*

ring projekta iz zajma Svjetske banke, koji je planiran kao potpora poboljšanju učinkovitosti poslovanja Zavoda na svim razinama te sukladno tome ostvarivanju kvalitetnije komunikacije s osiguranim osobama.

5. Obvezno zdravstveno osiguranje

5.1. Ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Služba za obvezno zdravstveno osiguranje i normativnu djelatnost tijekom 2012. godine provodila je poslove vezane za primjenu zakonskih i podzakonskih propisa iz područja obveznog zdravstvenog osiguranja, pripremala nacрте općih akata Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, davala mišljenja o prijedlozima zakonskih i podzakonskih propisa te sudjelovala u predlaganju mjera za promicanje sustava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Služba za obvezno zdravstveno osiguranje i normativnu djelatnost tijekom 2012. godine također je aktivno sudjelovala u pripremama izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (*Narodne novine* broj: 150/08. do 144/12. nastavno: Zakon), kojima je izmijenjen članak 16. Zakona te je najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koje su obvezne snositi osigurane osobe smanjena s 3.000,00 kuna (90,20 %) na 2.000,00 kuna (60,13 %) po jednom ispostavljenom računu.

Nadalje, izmijenjen je članak 49. Zakona, na način da se naknada troškova prijevoza ako je, radi ostvarivanja zdravstvene zaštite, osigurana osoba upućena izvan mjesta prebivališta, isplaćuje pod uvjetom da se radi o udaljenosti većoj od 50 kilometara od mjesta prebivališta/boravišta osigurane osobe do mjesta sjedišta ugovorne zdravstvene ustanove/specijalista (do tada se radilo o udaljenosti većoj od 30 kilometara). Cilj istog je ušteda u troškovima koje snosi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, a da to bitno ne umanjí dostupnost svih oblika zdravstvene zaštite koja se pruža osiguranim osobama. Istim Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona (*Narodne novine* broj: 22/12) sredstva isplaćena na ime naknade troškova prijevoza radi korištenja zdravstvene zaštite izuzeta su od ovrhe.

Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona (*Narodne novine* broj: 57/12) utvrđena je obveza osiguravanja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti za osigurane osobe koje se po posebnom zakonu zapošljavaju na privremenim odnosno povremenim sezonskim poslovima u poljoprivredi kao i osobe koje takve poslove obavljaju (nezaposleni, učenici i studenti, branitelji), a vode se u evidenciji Hrvatskog zavoda za zapošljavanje.

Zakonom o izmjenama Zakona (*Narodne novine* broj: 123/12) izvršene su promjene izazvane Odlukom

Ustavnog suda (*Narodne novine* broj: 90/12) o ukidanju odredbi Zakona kojima se regulirao prihod s osnova obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, na način da je utvrđena obveza osiguravajućih društava o plaćanju avansnog iznosa od 4 % naplaćene funkcionalne premije osiguranja od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti.

Istim Zakonom o izmjenama Zakona radi racionalizacije rada Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, uvedene su regionalne ustrojstvene jedinice (Osijek, Rijeka, Split i Zagreb).

Tijekom 2012. godine intenzivno se surađivalo s Ministarstvom socijalne politike i mladih u pripremi izmjena i dopuna te osuvremenjivanju, kako Zakona o roditeljskim potporama, tako i Pravilnika o uvjetima i postupku ostvarivanja prava na stanku za dojenje djeteta, prava na dopust trudne radnice, prava na dopust radnice koja je rodila i prava na dopust radnice koja doji dijete te Pravilnika o pravima osoba s invaliditetom.

U skladu s izmijenjenim odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, Statut Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje usklađen je s ostalim općim aktima Zavoda.

Nadležnost poslovanja regionalnih ureda odnosi se na ugovaranje zdravstvene zaštite, nadzor nad ugovornim subjektima Zavoda, knjigovodstvene i financijske poslove te plaćanje računa i pravne poslove vezane uz zastupanje na sudu.

Provedba prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući poslove prijave i odjava te promjena u zdravstvenom osiguranju, ostavljena je na lokalnoj razini pri područnim službama Zavoda.

Svoj unutrašnji ustroj, u skladu s odredbama ovih Izmjena i dopuna Statuta, Zavod je obvezan uskladiti u roku od 6 mjeseci od stupanja istih na snagu.

Kao nova savjetodavna tijela ravnatelj Zavoda, uz Kolegij ravnatelja, oformljuju se Stručno vijeće te Vijeće za razvoj koje vodi brigu o unapređenju rada Zavoda i tehnološkim novinama u redovnom provođenju poslova Zavoda te o razvojnim projektima Zavoda

Izmjenama i dopunama Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje izvršeno je i usklađivanje termina u vezi naziva Ministarstva zdravlja, ministra zdravlja i ministra financija te izmjena termina *doktor stomatologije* u *doktor dentalne medicine*.

Visina naknade za rad članova Upravnog vijeća Zavoda i njegovih tijela definirana je Odlukom Vlade Republike Hrvatske o iznosu naknade članovima nadzornih odbora i upravnih vijeća ustanova i drugih neprofitnih pravnih osoba čiji je osnivač Republika Hr-

vatska, s tim da se ne može odrediti u iznosu većem od 2.000,00 kuna.

Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (*Narodne novine* broj: 67/09. do 126/12. nastavno: Pravilnik) usklađen je s izmjenama i dopunama Zakona Pravilnicima o izmjeni Pravilnika koji su objavljeni u Narodnim novinama broj: 39/12, 69/12. i 126/12. te je omogućeno da doktor specijalist, nakon obavljenog pregleda po uputnici izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, kad ocijeni da postoji potreba za daljnjom specijalističko – konzilijarnom obradom, a koja se može provesti u toj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, treba kompletnu obradu zatražiti putem internih uputnica.

Tijekom 2012. godine izrađen je novi Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalicama, objavljen u *Narodnim novinama* broj 7/12, koji je tijekom te iste godine mijenjan u nekoliko navrata, a čije su promjene objavljene u *Narodnim novinama* broj: 45/12, 60/12, 85/12, 119/12. te ispravak u broju 92/12. Novi Pravilnik, kao i njegove izmjene i dopune, izrađen je s ciljem praćenja suvremenih kretanja u vrsti, materijalu od kojih se izrađuju pomagala, ovisno o ponudi i kretanjima na tržištu.

Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu (*Narodne novine* broj: 50/09. do 129/12) mijenjan je u 2012. godini u tri navrata, a njegove izmjene i dopune koje su objavljene u Narodnim novinama broj: 41/12, 76/12. i 129/12. donešene su radi detaljnog propisivanja načina postupanja pri odobravanju liječenja u inozemstvu. Omogućeno je da liječničko povjerenstvo Direkcije Zavoda donese nalaz, mišljenje i ocjenu povodom zahtjeva osigurane osobe i bez obveze prethodnog pribavljanja mišljenja nadležnog referentnog centra odnosno doktora specijalista – konzultanta i u slučajevima kad se radi o liječenju koje je ranije odobreno od strane Zavoda, a provodi se u više ciklusa.

Služba je sudjelovala i u dijelu uređenja Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja kojom je, između ostaloga, utvrđeno da je Zavod obvezan mjesečno pratiti prosječnu stopu bolovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite žena te poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti, u skladu sa sklopljenim Ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Služba je također sudjelovala u normativnom uređenju Odluke o utvrđivanju Osnovne liste lijekova i Dopunske liste lijekova te Odluke o utvrđivanju Popisa posebno skupih lijekova.

Izrada napatka za provedbu propisa iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Sve promjene u zakonskim i podzakonskim propisima, a u cilju ujednačenog postupanja regionalnih ureda i područnih službi, popraćene su od strane ove Službe izdavanjem zajedničkih napatka te napatka za postupanje osnovom pojedinačnih traženja određenih jedinica Zavoda ili osiguranih osoba.

Suradnja s regionalnim uredima i područnim službama Zavoda

Služba svakodnevno, bilo pisanim putem, telefonski ili elektronskom poštom, daje osiguranim osobama Zavoda te ostalim ustrojstvenim jedinicama Zavoda tumačenja pojedinih odredbi zakonskih i podzakonskih propisa, u svezi s provedbom prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Slijedom navedenog, tijekom 2012. godine rad Službe obuhvaćao je:

- nepravni predmeti, pravni savjeti telefonom, rad sa strankama (riješeno je 2.352 novih predmeta), putem elektroničke pošte zaprimljeno je više od 6.000 upita, čemu treba pribrojiti i kontinuiranu komunikaciju s osiguranim osobama i radnicima Zavoda u regionalnim uredima i područnim službama, dok se putem telefona prima do 80 poziva dnevno,
- izrada općih akata Zavoda i uputa za rad područnim uredima Zavoda, vezanih uz provedbu prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i prava na roditeljske potpore (izrađene su 32 upute za rad područnim uredima Zavoda i ugovornim subjektima Zavoda o provedbi prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, 2 upute za rad o provedbi prava na roditeljske potpore, sudjelovanje u izradi 4 zakonska propisa i općih akata Zavoda te je izrađeno 37 općih akata s područja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja),
- sudjelovanje u radnim skupinama i projektima vezanim uz izradu i izmjenu zakonskih propisa Republike Hrvatske kao i praćenje njihove provedbe te sudjelovanje u radnim skupinama i projektima vezanim za pristupanje Republike Hrvatske Europskoj uniji i to:
 - praćenje provedbe Zakona o roditeljskim potporama,
 - izrada nacрта prijedloga Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom,
 - sudjelovanje u provedbi akcijskog plana Nacionalne strategije za uključivanje Roma,
 - radna skupina za izradu aneksa na uredbu Europske unije i

- uvođenje eRadne knjižice (u suradnji s Hrvatskim zavodom za mirovinsko osiguranje),
- rad na pružanju informacija osiguranim osobama i partnerima Zavoda kroz uređivanje i ažuriranje službenih stranica Zavoda (posebice u rubrici *Obvezno zdravstveno osiguranje, Rodiljne i roditeljske potpore i Pravni akti*).

Uz poslove koji su u nadležnosti Službe, tijekom 2012. godine, Služba je u više navrata odgovarala i u vezi ustavne tužbe na pojedine odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, koju su podnijela društva za osiguranje u vezi s uplatom sredstava Zavodu na ime naknade štete od automobilske odgovornosti. Također je u više navrata u Službi odgovarano i na tužbe podnesene od strane osiguravajućih društava protiv Zavoda.

5.2. Poslovi upravnog postupka

Zaprimljeni predmeti u razdoblju od 1. 1. 2012 – 31. 12. 2012. godine razvrstani su kako slijedi:

UP/I ukupno zaprimljenih zahtjeva za upućivanje na liječenje u inozemstvo	649
UP/I ukupno riješenih zahtjeva u 2012. g. za upućivanje na liječenje u inozemstvo	1136*
UP/II ukupno zaprimljenih žalbi – ino liječenje	96
UP/II ukupno zaprimljenih žalbi – ostala prava iz obveznog zdrav. osig. i prava na roditelj. i roditelj. potpore	4785
UP/II ukupno riješenih žalbi u 2012. g. – prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja	3331
Od toga ozljede i profesionalne bolesti	720
UP/II ukupno riješenih žalbi u 2012. g – prava na roditelj. i roditeljske potpore	952
Ukupan broj stručno medicinskih vještačenja	3414
Upravni sud RH – uvažene tužbe	54
Upravni sud RH – odbijene tužbe	495
Odgovori na tužbe Upravnom sudu RH	283

* uključuje broj predmeta prenesenih iz 2011. godine, dopunska rješenja, obnove postupka, zaključke o produženju roka izvršenja rješenja

Tablica 3: Poslovi upravnog postupka

- UP/II ukupno odgovora na podneske 6200
- UP/I ukupno odgovora na podneske 3193

5.2.1. Odlučivanje o upućivanju na liječenje u inozemstvu

Podaci o ino liječenju, vezano uz zahtjeve osiguranika priznavanja prava na liječenje u inozemstvu, na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja na dan 31. 12. 2012., a u odnosu na zaprimljene zahtjeve u 2012. godini: Zaprimljeno je ukupno 650 zahtjeva u 2012. godini, od čega je 529 zahtjeva riješeno pozitivno, 109 je odbijeno a 11 je u rješavanju. 110-ero djece oboljele od kardiovaskularnih bolesti je odobreno liječenje u inozemstvu u 2012. Međutim, velik je broj druge djece upućene u inozemstvo radi drugih dijagnoza tijekom 2012., a od ukupnog broja pozitivno riješenih zahtjeva 85 % su pozitivno riješeni zahtjevi koji su se odnosili na ino liječenje djece.

5.3. Priprema za pridruživanje Republike Hrvatske Europskoj uniji

5.3.1. Poslovi vezani uz pristupanje Republike Hrvatske Europskoj uniji

U 2012. godini održani su redovni razgovori tijela za vezu, i to 5.-6. 6. i 19. 11. sa Slovenijom, 6.-7. 12., sa Srbijom i 10.-12. 12. s Njemačkom. S tijelima za vezu razgovaralo se o provedbi postojećih ugovora o socijalnom osiguranju, pri čemu je zaključeno da je dosadašnja suradnja na vrlo visokoj razini te da se ugovori, u pravilu, provode bez većih problema. Pojedinačni slučajevi, kod kojih je došlo do određenih problema, riješeni su na samim razgovorima, ili ubrzo nakon istih.

S obzirom na očekivane promjene u odnosima Republike Hrvatske i Republike Slovenije te Savezne Republike Njemačke, po ulasku Republike Hrvatske u Europsku uniju i prelasku s primjene postojećih bilateralnih ugovora o socijalnom osiguranju na europske pravne propise u području koordinacije sustava socijalne sigurnosti, na razgovorima tijela za vezu dogovoreno je postupanje tijekom prijelaznog razdoblja. Tako je postignut dogovor oko obračuna troškova te potvrda o pravu na davanja u naravi tijekom privremenog i trajnog boravka na području druge države.

S predstavnicima Ministarstva zdravlja održan je 8. 5. sastanak u svezi s helikopterskim prijevozom, naplatom troškova spomenutog prijevoza strancima i inozemnim nositeljima zdravstvenog osiguranja.

Sukladno Odluci Vlade RH pokrenut je postupak za sklapanje Ugovora o socijalnom osiguranju između Republike Hrvatske i Crne Gore, a s obzirom na to da je sada u primjeni Ugovor o socijalnom osiguranju između Hrvatske i Jugoslavije koji Crna Gora promjenjuje temeljem sukcesije.

Stoga su u razdoblju od 4.-6. 6. održani pregovori o sklapanju novog ugovora. Na pregovorima je postignut dogovor da se novim ugovorom regulira i područje nastavka liječenja već postojeće dijagnoze na području druge ugovorne države.

Služba je također surađivala s Ministarstvom vanjskih i europskih poslova. Tako je 12. 6. održan sastanak u svezi s potpisivanjem posebnih ugovora za članove obitelji diplomata. Ujedno je 29. 11. održan sastanak u svezi s problematikom njihovih izaslanih djelatnika. Radnici Službe također su 20. 12. održali seminar na kojem su informirali djelatnike MVEP-a, koji odlaze u diplomatsko konzularna predstavništva RH u inozemstvu o pravima na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu sukladno međunarodnim sporazumima, hrvatskim propisima te EU propisima.

5.3.2. Obračun troškova zdravstvene zaštite sukladno ugovorima o socijalnom osiguranju

U primjeni ugovora o socijalnom osiguranju obavljaju se i poslovi tijela za vezu koji se odnose na obračun i nadoknadu troškova zdravstvene zaštite, korištene osnovom odredbi ugovora o socijalnom osiguranju za inozemne osiguranike s privremenim odnosno stalnim boravkom ili prebivalištem u Hrvatskoj, te troškova zdravstvene zaštite hrvatskih osiguranika u inozemstvu.

Slijedom toga izrađeni su polugodišnji i tromjesečni obračuni stvarnih troškova zdravstvene zaštite inozemnih osiguranika korištene tijekom njihovog privremenog ili stalnog boravka u Republici Hrvatskoj za države Austriju, Belgiju, Bosnu i Hercegovinu (posebno za Federaciju BiH, a posebno za Republiku Srpsku), Crnu Goru, Češku, Francusku, Italiju, Luksemburg, Mađarsku, Makedoniju, Nizozemsku, Njemačku, Sloveniju, Srbiju (potraživanja HZZO-a). Za zdravstvenu zaštitu inozemnih osiguranika u Hrvatskoj obrađeno je oko 75.000 pojedinačnih obračunskih tiskanica.

Izrađeni i obrađeni su tromjesečni obračuni stvarnih troškova zdravstvene zaštite, nastalih zbog ozljeda na radu u Republici Hrvatskoj i troškova zdravstvene zaštite hrvatskih osiguranika, nastalih zbog ozljeda na radu u SR Njemačkoj i Švicarskoj. Obrađena i kontrolirana je i

pripadajuća dokumentacija (potraživanja i dugovanja HZZO-a), i oko 550 pojedinačnih obračunskih tiskanica.

Obrađeni su polugodišnji i tromjesečni obračuni stvarnih troškova zdravstvene zaštite hrvatskih osiguranika, korištene tijekom privremenog ili stalnog boravka na području gore navedenih država ugovornica (dugovanja HZZO). Od inozemnih tijela za vezu zaprimljeno je i obrađeno oko 6.000 pojedinačnih obračunskih tiskanica.

Izrađeni su obračuni paušalne nadoknade troškova članovima obitelji inozemnih osiguranika te korisnicima inozemnih mirovina i članova njihovih obitelji s prebivalištem u Republici Hrvatskoj za države Austriju, Bosnu i Hercegovinu (posebno za Federaciju BiH, a posebno za Republiku Srpsku), Crnu Goru, Francusku, Makedoniju, Nizozemsku, Njemačku, Sloveniju i Srbiju (potraživanja HZZO). U navedenim obračunima obrađeno je oko 46.000 pojedinačnih tiskanica.

Obrađeni su obračuni paušalne nadoknade troškova za članove obitelji hrvatskih osiguranika te korisnika hrvatskih mirovina i članova njihovih obitelji s prebivalištem u drugoj državi ugovornici (dugovanja HZZO). U navedenim obračunima obrađeno je oko 40.000 pojedinačnih tiskanica.

Izvršeno je dopisivanje s područnim uredima Zavoda i inozemnim nositeljima zdravstvenog osiguranja u svezi s reklamacijama po obračunima za stvarne i paušalne troškove (mjerljivo u stotinama pojedinačnih slučajeva).

Na temelju upućivanja na liječenje u inozemstvo, osnovom međunarodnih ugovora, detaljno su praćeni podaci za 230 slučajeva, te je izvršen upis iznosa liječenja u *zajedničku tablicu osiguranih osoba upućenih u inozemstvo*, a nakon izvršene uplate inozemnim tijelima za vezu.

U 2012. godini dati su nalozi financijskoj službi za plaćanja inozemnim tijelima za vezu, po osnovi stvarnih i paušalnih troškova, a prema izrađenim mjesečnim planovima plaćanja.

Knjigovodstvu Direkcije dostavljena su sva izvješća u svezi s ostvarenim prihodima i rashodima po osnovi stvarnih i paušalnih troškova prema pristiglim uplatama iz inozemstva i izvršenju plaćanja prema mjesečnom planu plaćanja. Provedeno je tromjesečno i godišnje usklađivanje stanja prihoda i rashoda zdravstvene zaštite, po osnovi međunarodnih ugovora s knjigovodstvom Direkcije.

Hrvatskoj narodnoj banci dostavljena su tromjesečna izvješća o prihodima i rashodima zdravstvene zaštite po osnovi međunarodnih ugovora i liječenja u inozemstvu i rješenjima HZZO-a.

Izračunati su jedinstveni mjesečni iznosi za sve djelatnosti iz primarne zdravstvene zaštite (glavarina)

radi obračuna troškova po osnovi ugovora, kojima je za inozemne osiguranike s prebivalištem u Hrvatskoj predviđen obračun stvarnog troška po svakom obračunskom tromjesečju.

- dostavljeni su statistički podaci tijelima za vezu, kao i sva obrazloženja formiranja cijene paušala,
- izračunati su mjesečni paušalni iznosi za 2011. godinu, i to za Austriju, Bosnu i Hercegovinu, Crnu Goru, Francusku, Makedoniju, Nizozemsku, Njemačku, Sloveniju i Srbiju, i obavljena dopisivanja s inozemnim tijelima za vezu i Ministarstvom zdravlja,
- analizirani su predloženi mjesečni paušalni iznosi za 2011. godinu dostavljeni od strane inozemnih tijela za vezu,
- obavljani su poslovi u vezi s Državnom revizijom, a koji su se odnosili na poslovanje Službe za 2011. godinu,
- izrađen je plan prihoda i rashoda po osnovi međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju za 2013. godinu,
- kontinuirano je praćeno izvršenje za 2012. godinu,
- kontinuirano su obavljani poslovi u svezi s povratom razlike previše naplaćenih troškova zdravstvene zaštite inozemnim osiguranicima, uključujući plaćanje inozemnom tijelu za vezu, te su predlagane uskrate zdravstvenim ustanovama na osnovi povrata razlike u cijeni zdravstvene zaštite, i predlagane kontrole pojedinih zdravstvenih ustanova i djelatnika privatne prakse radi pravilne primjene ugovora,
- konstantno su praćeni propisi EU u domeni obračuna troškova radi usklađivanja informatičke obrade podataka i obračuna s predviđenim promjenama.

Po osnovi ugovora o socijalnom osiguranju u 2012. godini ostvareni su prihodi u iznosu od 280.734.176,73 kn, što predstavlja 8 % porast u odnosu na prihode ostvarene u 2011. godini, dok su rashodi iznosili 88.300.521,94 kn, što je za 1,4 % više od rashoda u 2011. godini. Od ukupnog iznosa rashoda, na troškove liječenja upućenih po rješenju HZZO-a (samo u Austriju, Italiju, Njemačku, Srbiju i BiH osnovom ugovora o socijalnom osiguranju) odnosi se 30.252.251,38 kn, što predstavlja porast od 23,5 % u odnosu na 2011. godinu.

5.4. Ostali pravni poslovi

U 2012. godini Služba za pravne poslove obavljala je poslove u vezi rješavanja sudskih, imovinsko-pravnih, te ostalih pravnih i općih predmeta, a posebno je izradila:

- 4 odgovora na tužbu u sporovima zbog naknade štete i isplate,
- 15 prigovora u ovršnim/vanparničnim predmetima,
- 20 sudskih podnesaka u sporovima zbog nadoknade štete, isplate kamata te drugih isplata,

- 4 odgovora na žalbu u sporovima zbog isplate troškova liječenja, te 5 žalbi zbog nadoknade štete i isplate, 6 izrađenih prijedloga za pokretanje ovršnog postupka radi naplate zakupnine i najamnine, te 3 prigovora na rješenja o ovrsi (vjerodostojna isprava),
- 4 podnesene kaznene prijave,
- sudjelovanje u radu povjerenstva za provedbu i sudjelovanje u postupku sklapanja izvansudskih nagodbi između područnih ureda Zavoda i Croatia osiguranja d.d., čija se provedba nastavlja u narednoj godini,
- sudjelovanje u izradi Izmjena i dopuna Projekta usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskim standardima,
- sudjelovanje u provedbi natječaja za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika iz obiteljske medicine prema Izmjenama i dopunama Projekta usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskom standardima,
- 28 ugovora o povratu sredstava za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika iz obiteljske medicine sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima; 41 ugovor za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika za potrebe zdravstvenih ustanova; specijalizacije iz pojedinih grana medicine (pedijatrija, ginekologija, ortodoncija, medicina rada, neurologija, psihijatrija, epidemiologija itd.); od toga je 11 ugovora o povratu sredstava za specijalističko usavršavanje zdravstvenih radnika, iz pojedinih grana medicine, sklopljeno za specijalizante Opće županijske bolnice u Vukovaru te sudjelovala u provođenju natječaja za specijalističko usavršavanje doktora medicine iz obiteljske medicine,
- 10 suglasnosti za prihvaćanje izvansudskih nagodbi sklopljenih između područnih ureda Zavoda i osiguravajućih društava,
- 12 odluka za Upravno vijeće Zavoda,
- 15 punomoći za sklapanje ugovora o zakupu poslovnog prostora,
- 9 ugovora o zakupu poslovnih prostora u vlasništvu Zavoda,
- 8 ugovora o zakupu poslovnih prostora koje koristi Zavod,
- 3 ugovora o najmu stana Zavoda sa slobodno ugovorenim najamninom,
- 2 ugovora o čuvanju stana Zavoda,
- 15 brisovnih očitovanja potrebnih radi upisa prava vlasništva na bivšim stanovima Zavoda u zemljišnim knjigama,
- 2250 pisanih odgovora u ostalim pravnim i općim predmetima.

Tijekom 2012. godine Služba za pravne poslove izradila je ugovore o financiranju pripravničkog staža, koji su sklopljeni između Zavoda i zdravstvenih ustanova odnosno drugih ugovornih subjekata Zavoda, a za pripravnike koji su uvršteni u Listu prvenstva pripravnika nakon provedenog III. Javnog natječaja u 2011. godini (zaključen dana 21. studenog 2011. godine) i IV. dijela Otvorenog javnog natječaja za opće bolnice u 2012. godini (zaključen dana 30. studenog 2011. godine). Osnovom navedenih javnih natječaja u sustav financiranja pripravničkog staža uključeno je ukupno 342 pripravnika – zdravstvenih radnika visoke i više stručne spreme.

Osim toga, Služba za pravne poslove izvršila je potrebne radnje u svezi s provođenjem Javnog natječaja za financiranje pripravničkog staža doktora medicine u 2012. godini i Javnog natječaja za financiranje pripravničkog staža doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u 2012. godini, a radi financiranja pripravničkog staža zdravstvenih radnika u 2012. godini. Za to je u Državnom proračunu Republike Hrvatske za 2012. godinu, na poziciji A 690052 – pripravnički staž za zdravstvene djelatnike, osigurano 60.000.000,00 kuna, dok je rebalansom Državnog proračuna osigurano sveukupno 73.800.000,00 kuna.

Tijekom 2012. godine Zavod je sa zdravstvenim ustanovama odnosno drugim ugovornim subjektima Zavoda sklapao ugovore o financiranju pripravničkog staža za odabrane kandidate na Javnom natječaju za financiranje pripravničkog staža doktora medicine u 2012. godini i Javnom natječaju za financiranje pripravničkog staža doktora dentalne medicine, magistara farmacije i magistara medicinske biokemije u 2012. godini. Na temelju sklopljenih ugovora o financiranju pripravničkog staža zdravstvenih radnika u 2012. godini, u sustav financiranja pripravničkog staža uvršteno je ukupno 752 pripravnika – zdravstvenih radnika, a od toga:

- 481 doktor medicine
- 160 doktora dentalne medicine
- 93 magistra farmacije i
- 18 magistara medicinske biokemije.

6. Zdravstvena zaštita

Tijekom 2012. godine provodile su se pripreme za novo ugovorno razdoblje od 2013. do 2015. godine, te unaprijedivali poslovi ugovaranja i tijekom tekućeg ugovornog razdoblja.

Novi modeli ugovaranja imaju za cilj utjecati na ciljeve zdravstvene politike, poticanjem pružatelja zdravstvenih usluga na promjenu obrazaca ponašanja, u smjeru učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite, te usmjerenosti pacijentu. Naime, trenutni problemi koji muče zdravstvene ustanove odnose se na nejasno vrednovanje postupaka, nepriznato prekoračenje bolničkih limita, nedostatak smjernica za upućivanje na više razine zdravstvene zaštite, nisko ili nikakvo vrednovanje kvalitete. U obiteljskoj medicini, kao osnovni problemi, ističu se prevelika administracija, nedostatak suradnje i koordinacije sa Zavodom i sl. Stoga se od novih modela ugovaranja očekuje da će izmijenjenim konceptom ugovora sa zdravstvenim subjektima *doskočiti* što većem broju navedenih problema.

Novi modeli ugovaranja predstavljaju novi model financiranja zdravstvene zaštite, a osnovni koncept novog modela čine četiri segmenta financiranja zdravstvenih usluga. Generalno gledajući, fiksnim, ili zagarantiranim dijelom, financirat će se takozvani hladni pogon, koji omogućuje financijsku održivost ugovornih subjekata uključenih u Mrežu javne zdravstvene službe. Varijabilni dio će se limitirati i bit će u funkciji poticanja provođenja određenih postupaka, odnosno posebnog plaćanja točno utvrđenih postupaka koje želimo poticati. Također će omogućavati financijsko ostvarenje u skladu sa stvarno odrađenim poslom. Treći dio čini *korektivni faktor*, koji će ovisiti o ključnim pokazateljima uspješnosti (KPI) i kvalitete (QI), a držimo da je najznačajniji za podizanje učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite, jer osim što će o njima ovisiti prihod ugovornih subjekata, istovremeno će omogućavati njihovu usporedivost (tzv. benchmarking) – pri čemu će se ustanove uspoređivati međusobno, ali i pratiti svoj napredak. Posljednja stavka novih ugovora odnosi se na tzv. *bonuse*, čiji je zadatak pružatelje zdravstvenih usluga potaknuti na ulaganje dodane vrijednosti, odnosno ulaganje dodatnih napora u svrhu postizanja poželjnih obrazaca ponašanja.

Načela novog modela ugovaranja u osnovi su jednaka za sve razine zdravstvene zaštite, no razlikovat će se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u odnosu na bolnice i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, s obzirom na specifičnosti djelatnosti unutar pojedinih razina. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti planirani koncept ugovaranja

je sljedeći: fiksni dio sastojat će se od troškova iznosa po osiguranoj osobi (glavarine) i hladnog pogona, koji će se pravdati provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka, a iznositi će oko 60 % ukupnog iznosa koji ordinacije mogu prihodovali temeljem sklopljenog ugovora. Varijabilni dio obuhvaća dijagnostičko-terapijske postupke više razina složenosti (ovisno o djelatnosti), a razine ovise o potrebnim ulaganjima u edukaciju i/ili opremu.

Nadalje, korektivni dio uključivat će i pokazatelje uspješnosti i kvalitete, poput propisivanja lijekova na recept (poštivanje smjernica, potrošnja sredstava), stope bolovanja, neke organizacijske pokazatelje, čija zajednička karakteristika je jednostavnost, mjerljivost i dohvatljivost (iz eKartona pacijenta i CEZIH-a, informacijskog sustava primarne zdravstvene zaštite). Posljednja stavka ugovaranja obiteljske medicine su bonusi, koji će se moći ostvariti kroz rad grupnih praksi, preventivne programe i tzv. program *Pet zvjezdica*. Program *Pet zvjezdica* podrazumijeva dodatne usluge osiguranim osobama poput preventivnih programa, eNaručivanja, te obiteljskog savjetovališta.

Preventivni programi i obiteljska savjetovališta usluge su koje, ne samo da potiču liječnike na ostvarivanje prihoda iznad iznosa glavarine, već stavljaju pacijenta u novu poziciju u odnosu na sustav. Naime, svjedoci smo sve veće stope bolesti krvožilnog sustava, pretilosti, prevelikog stresa te ostalih posljedica *hazarderskog* ponašanja osiguranika i njihove loše brige za vlastito zdravlje. Putem preventive osiguranici će dobiti mogućnost i motivaciju da aktivno sudjeluju u brizi za svoje zdravlje, postajući tako aktivni sudionici zdravstvenog sustava.

A. Novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite za ugovorno razdoblje od 2013. do 2015. godine:

Provedeno je sljedeće:

- revizija ugovornih djelatnosti,
- prijedlog izmjena Mreže javne zdravstvene službe (MJZS) – poslano mišljenje Ministarstvu zdravlja,
- prijedlog revizije javnozdravstvenih djelatnosti u koordinaciji s HZJZ (potrebna izmjena MJZS),
- osmišljavanje novog modela ugovaranja primarne zdravstvene zaštite,
- utvrđivanje DTP-ova za posebno financiranje timova PZZ, za svaku djelatnost,
- osmišljavanje institucije grupne prakse na primarnoj razini zdravstvene zaštite,
- utvrđivanje pokazatelja uspješnosti i kvalitete u 4 osnovne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena, dentalna zdravstvena zaštita),

- izračun financiranja dispanzera domova zdravlja,
- održani sastanci s predstavnicima struke,
- održane radionice (opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita žena, zdravstvena zaštita predškolske djece),
- održano više prezentacija izvan HZZO-a o novom modelu ugovaranja,
 - Okrugli stol časopisa Banka,
 - Tribina Grada Zagreba (2),
 - doktori ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece (pedijatri),
 - Hrvatska liječnička komora,
 - ravnatelji domova zdravlja,
- prijedlog revizije javnozdravstvenih djelatnosti (odnos higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite i javnog zdravlja, s obzirom na odnos zaraznih i kroničnih nezaraznih bolesti), u koordinaciji s HZJZ – potrebna izmjena MJZS,
- izrada web kalkulatora za izračun pripadajućih sredstava timova primarne zdravstvene zaštite.

B. Novi model ugovaranja bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite

- novi model ugovaranja djelatnosti mikrobiologije sa županijskim zavodima za javno zdravstvo (u tijeku obrada podataka pristiglih od županijskih ZJZ),
- novi model ugovaranja bolnica – razdvajanje stacionarne od specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite,
- korekcija DTS koeficijenata,
- revizija cjenika bolničkih usluga (uključuje DTP, dnevne bolnice),
- utvrđivanje indeksa uspješnosti bolnica,
- izrada web sučelja za ugovaranje (uspješno proveden pilot projekt u OB Karlovac, u tjednu od 14. do 18. siječnja provest će se pilot u KBC Zagreb),
- ugovaranje privatnih ustanova – osmišljavanje modela.

C. Aktivnosti provedene tijekom ugovornog razdoblja, vezane uz ugovaranje i/ili za unaprjeđenje rada

- ugovaranje zdravstvene zaštite,
 - ugovaranje pilot projekta grupne prakse,
 - ugovaranje preventivnih programa u općoj/obiteljskoj medicini – timovi u koncesiji koji imaju manje osiguranih osoba od standarda,
 - odgovornost za ginekološka bolovanja kod ginekologa,
- poslovi vezani uz unaprjeđenje rada i komunikacije,
 - ugovoreni sadržaji, uključujući i ugovoreni iznos sredstava izvanbolničke specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, objavljeni na internetu,

- objava ugovora da bi bili dostupni ovlaštenim osobama Zavoda na razmjeni (R), u PDF formatu

Služba za ugovaranje zdravstvene zaštite, osim navedenog, provodi druge poslove, neposredno ili posredno vezane uz poslove ugovaranja – odgovaranje na upite osiguranih osoba, ugovornih subjekata, tijela vlasti (Ministarstvo zdravlja), drugih službi Zavoda, osobito Službe za odnose s javnošću, područnih ureda Zavoda. Također daje mišljenje o potrebi zapošljavanja u Mreži javne zdravstvene službe i potrebi rada nakon navršenih 65 godina života, daje mišljenje o osnivanju/preseljenju privatnih praksi/ustanova u Mreži. U Službi za ugovaranje Direkcije Zavoda sastavljaju se ugovori za specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu, te pišu raskidi ugovora za sve razine zdravstvene zaštite.

Uz to, djelatnici Službe sudjeluju u radu različitih povjerenstava, u prvom redu Ministarstva zdravlja, te različitih ad hoc radnih skupina, vezanih uz informatizaciju i ostale aktivnosti Zavoda.

Lijekovi i medicinski proizvodi

Specifičnost rada Službe je to što poslovni procesi ovise o pravilnicima Ministarstva zdravlja te neke od planiranih aktivnosti nisu provedene, budući da pravilnici nadležnog ministarstva nisu izmijenjeni.

Izvršeni poslovi

Odjel za lijekove

- stavljanje novih lijekova na listu,
- referiranje cijena (zbog prigovora HUP-a još nije objavljen natječaj jer su se navodi provjeravali).

Odjel za medicinske proizvode

- stavljanje novih pomagala na listu,
- izračun cijena pomagala (smanjenje cijena, primjena od 1. siječnja 2013.

Ostali poslovi

- podrška područnim uredima u provedbi sastanaka vezanih uz *indeksaciju* za lijekove na Rp.

Tekući poslovi navedeni

- definiranje poslovnih procesa Službe za lijekove i medicinske proizvode,
- povećanje standarda i kvalitete donošenja odluka,
- objava i ažuriranje podataka na web stranicama – transparentnost,
- transparentnost u radu svih povjerenstava,
- razvijanje suradnje s domaćim i stranim stručnjacima.

Odjel za lijekove

- motiviranje djelatnika i edukacija djelatnika Službe za lijekove,
- posebno skupi lijekovi (ugovori/realizacija),
- ugovor o etičkom oglašavanju (poravnanje uplata),
- ugovori o fiskalnoj odgovornosti,
- naknada članovima povjerenstava,
- inovacije u praćenju lijekova na listama i izdavanju računa,
- unaprjeđenje rada Povjerenstva za lijekove.

7. Zaštita zdravlja na radu

Tijekom 2012. godine provedene su izmjene i dopune postojećih akata Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u nastavku Zavod) iz djelokruga Službe za zaštitu zdravlja na radu, u cilju razvoja i unapređenja učinkovitosti sustava zaštite zdravlja na radu.

Izmjenama i dopunama Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti (nastavno: Pravilnik), predviđena je mogućnost podnošenja prijave ozljede na radu i prijave o profesionalnoj bolesti elektroničkim putem, kao i ePrijave ozljede na radu odnosno ePrijave o profesionalnoj bolesti. Ujedno, tiskanice *Prijava o ozljedi na radu* te *Prijava o profesionalnoj bolesti* zamijenjene su novim tiskanicama, koje su usklađene sa zahtjevima europske statistike, vezano uz ESAW i EODS metodologiju (Methodology of the European Statistics of Accidents at Work, Methodology of the European Statistics on Occupational Diseases) i sadržavaju podatke potrebne za europsko izvješćivanje prema Eurostatu.

Pravilnikom je regulirana mogućnost jednostavnijeg podnošenja prijave za obvezno zdravstveno osiguranje u slučaju ozljede na radu, zatim u slučaju profesionalne bolesti učenika na redovitom školovanju za vrijeme praktične nastave te za vrijeme stručne prakse, a sukladno dostavljenim prijedlozima školskih ustanova i mišljenju Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta. Također je regulirana i mogućnost jednostavnijeg podnošenja prijave za studente koji rade putem posrednika, a sukladno dostavljenim prijedlozima Zajednice studentskih centara.

Pravilnikom je definiran i pojam posljedice priznate ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti. Pod tim pojmom podrazumijeva se oštećenje zdravlja, nastalo kao direktna posljedica priznate ozljede na radu, čije oštećenje je moguće ili očekivano i kod pravilno provedenog liječenja i medicinske rehabilitacije te koje je medicinski dokumentirano. Regulirani su i rokovi za pokretanje navedenog postupka te uvjeti koji moraju biti ispunjeni kako bi se bolest odnosno dijagnoza mogla priznati kao posljedica priznate ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti.

Praćenjem i analizom troškova vezano uz primjenu Odluke o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, u slučaju ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti, s osnovama za sklapanje ugovora (*Narodne novine* broj 1/11, 6/11, 31/11, 78/11, 153/11, 38/12 i 61/12) uočeno je da ista ne omogućava u potpunosti efikasnu kontrolu namjenskog trošenja sredstava prikupljenih doprinosom za obvezno zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu.

Osnovom utvrđenih sadržaja preventivnih pregleda dostavljenih od strane Hrvatskog liječničkog zbora – Hrvatskog društva za medicinu rada i u skladu s važećim propisima, kojima su utvrđeni sadržaji postupaka u okviru preventivnih pregleda radnika na radnim mjestima s posebnim uvjetima rada, uzimajući u obzir izvršenu usporedbu i analizu standardnih vrijednosti timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, napravljen je novi izračun cijena preventivnih pregleda u ordinaciji medicine rada. Pritom su uzete u obzir sastavnice svakog pojedinačnog pregleda s uključenim dijagnostičkim postupcima te je utvrđena pojedinačna cijena svakog pregleda, vodeći računa o trajanju postupaka odnosno primjerenom vremenu za njihovo izvršenje.

Ujedno, utvrđena je i najviša godišnja vrijednost standardnog tima za provođenje specifične zdravstvene zaštite u djelatnosti medicine rada, ugovorene sa Zavodom u iznosu od 520.000,00 kuna. Na područjima gdje postoje određena odstupanja u organiziranju specifične zdravstvene zaštite, u cilju unapređenja učinkovitosti i dostupnosti navedene zaštite radnika, predviđen je i model plaćanja po posebnom standardu primjenom mjerila utvrđenih Odlukom o posebnom standardu i mjerilima njegove primjene u provođenju specifične zdravstvene zaštite. Utvrđen je i mjesečni paušalni iznos, koji obuhvaća fiksne troškove ordinacije medicine rada a razlika do maksimalnog godišnjeg iznosa koji se ispostavlja Zavodu obračunava se putem prilagođenih cijena pojedinih pregleda i postupaka u okviru specifične zdravstvene zaštite radnika.

U standard postupaka i usluga u specifičnoj zdravstvenoj zaštiti radnika tima medicine rada također su uvedena i dva nova postupka, u cilju jačanja preventivnih aktivnosti i smanjenja ozljeda na radu i profesionalnih bolesti:

Obilazak radnog mjesta radnika

- u svrhu ocjenjivanja zdravstvene sposobnosti radnika i zahtjeva radnog mjesta (oznaka postupka: MR056),
- radi provjere procjene opasnosti i kod promjene radnih procesa (oznaka postupka MR057),
- također je, u cilju jačanja preventivnih aktivnosti a za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika, predviđena mogućnost sklapanja ugovora i s državnim zdravstvenim zavodima i zdravstvenim ustanovama uključenim u mrežu javne zdravstvene službe radi provođenja pojedinih dijagnostičkih postupaka koji se mogu obaviti samo u tim ustanovama,
- pravilnikom je ujedno uvedena mogućnost promjene doktora specijalista medicine rada, prije isteka roka od godine dana i u slučaju narušenih odnosa između poslodavca i doktora. Taj razlog je predviđen i u izmi-

jenjenoj tiskanici *Izbor doktora specijalista medicine rada*,

- izrada napatka za provedbu propisa iz zdravstvenog osiguranja zaštite zdravlja na radu,
- u cilju pravilnog postupanja i jednostavnije primjene provedbenih akata iz djelokruga Službe za zaštitu zdravlja na radu, rukovoditeljima područnih ureda Zavoda dostavljane su upute s pojašnjenjem odredbi novih akata, a navedene upute objavljene su i na web stranicama Zavoda,
- suradnja s ugovornim subjektima medicine rada,
- izradom provedbenih uputa doktorima specijalistima medicine rada, koji su uključeni u mrežu ugovornih subjekata medicine rada i koji sa Zavodom imaju sklopljen ugovor o provođenju specifične zdravstvene zaštite radnika, doprinosimo osiguranju efikasnog i kvalitetnog pružanja specifične zdravstvene zaštite radnika,
- u cilju što kvalitetnije suradnje s ugovornim subjektima medicine rada oblikovana je skupna e-mail adresa: medicina.rada@hzzo.hr te je ostvarena komunikacija s ugovornim subjektima putem elektroničke pošte,
- projekt *Zdravlje i zaštita na radu* financiran kroz program Europske unije IPA 2007,
- implementacija rezultata u postojeći sustav zaštite zdravlja na radu,
- u srpnju 2012. dovršen je projekt *Zdravlje i zaštita na radu*, financiran kroz program Europske unije IPA 2007., u kojem je sudjelovala Služba za zaštitu zdravlja na radu. Taj projekt je rezultirao umrežavanjem i jačanjem partnerstva s ostalim sudionicima ovog područja, uključujući Ministarstvo rada i mirovinskog sustava, Ministarstvo zdravlja, Državni inspektorat RH i Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, sukladno Sporazumu o razmjeni podataka na području sigurnosti i zaštite zdravlja na radu,
- sudjelovanje na IV. međunarodnom stručno-znanstvenom skupu *Zaštita na radu i zaštita zdravlja*,
- u rujnu 2012. u Zadru je održan međunarodni stručno-znanstveni skup *Zaštita na radu i zaštita zdravlja*, na kojem su međunarodne i stručno – znanstvene institucije, tvrtke i stručnjaci prezentirali najnovije rezultate prakse i stručno-znanstvenih istraživačkih projekata. Djelatnici Službe za zaštitu zdravlja na radu su, s ciljem davanja doprinosa navedenom skupu, sudjelovali s izlaganjem vezanim za analizu troškova Zavoda kao osiguratelja na području zaštite zdravlja na radu te definirali pojedine aktivnosti, u svrhu optimiziranja provođenja specifične zdravstvene zaštite i racionalnog korištenja namjenskih sredstava.

8. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Služba za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao što joj i naziv govori, provodi u okviru HZZO-a samo jednu vrstu (od postojeće tri) dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, i to Dopunsko zdravstveno osiguranje.

Dopunsko zdravstveno osiguranje provodi se na temelju Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a predstavlja pokriće troškova sudjelovanja u korištenju standarda zdravstvene zaštite propisanog Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

Naime, tim Zakonom propisano je da troškove zdravstvene zaštite u visini od 80 % snosi HZZO, a 20 % predstavlja sudjelovanje osiguranika, bilo izravnim plaćanjem, ili pak indirektno. Te troškove snosi Dopunsko zdravstveno osiguranje, na temelju zaključenih policia Dopunskog zdravstvenog osiguranja.

U skladu s istim Zakonom postoje i izuzeci od plaćanja sudjelovanja, gdje svi troškovi u 100 %-tnom iznosu padaju na teret obveznog zdravstvenog osiguranja.

Dopunsko zdravstveno osiguranje omogućava, upravo onim osiguranicima koji su dužni sudjelovati u snošenju troškova zdravstvene zaštite, da to ne čine sami i prilikom svakog korištenja zdravstvene zaštite, već to, na temelju njihove police Dopunskog zdravstvenog osiguranja, čini spomenuto osiguranje.

U skladu s propisima premiju dopunskog zdravstvenog osiguranja plaćaju osiguranici sami, ili to za njih u koliko spadaju u tu kategoriju osiguranika plaća Državni proračun Republike Hrvatske.

Državni proračun premiju plaća za sljedeće kategorije osiguranika:

- dobrovoljni davatelji krvi (muškarci 35, a žene 25 danja),
- darivanje dijelova tijela u svrhu liječenja,
- redovni učenici i studenti iznad 18 godina starosti,
- stopostotni invalidi ili s više vrsta tjelesnog oštećenja zbog kojih nije moguće samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi sukladno propisima o socijalnoj skrbi,
- osiguranici po prihodovnom cenzusu (ako po članu domaćinstva ne prelaze 1.516,32 kn, i za umirovljenike samce iznos od 1.939,36 kn).

U 2012. godini zaključeno je ukupno 2.500.177 policia Dopunskog zdravstvenog osiguranja, od čega je na police osiguranika koji plaćaju sami otpadalo 1.555.843 osiguranika, a na osiguranike za koje je

premiju plaćao Državni proračun Republike Hrvatske 944.301 osiguranik.

Ukupno ugovorena premija iznosila je 1.930.320.480,00 kn, od čega je na premiju ostvarenu na tržištu otpadalo ukupno 1.375.320.480,00 kn a na premiju ostvarenu preko Državnog proračuna iznos od 555.000.000,00 kn.

Prosječna cijena ugovorene police iznosila je za 2012. godinu 772,07 kn, a pojedinačna cijena utvrđivala se sukladno Odluci o vrsti i cijeni police Dopunskog zdravstvenog osiguranja u visini od 600,00, 960,00, ili 1.560,00 kn godišnje, ovisno o kategoriji osiguranika i o tome je li plaća ili mirovina osiguranika bila ispod ili iznad 5.108,00 kn mjesečno.

Financijsko poslovanje Dopunskog zdravstvenog osiguranja za 2012. godinu završilo je s ukupnim prihodima od 1.910.912.583,74, kn i ukupno izvršenim rashodima u iznosu od 2.088.568.657,75 kn, odnosno viškom rashoda nad prihodima od 177.656.074,01 kn. Dio iskazanog viška rashoda nad prihodima u iznosu od 157.016.625,68 kn pokrit će se viškom prihoda iz 2011. godine, tako da nepokriveni višak rashoda nad prihodima u 2012. godini iznosi 20.638.753,32 kn. Sredstva za pokriće istog osigurat će se iz redovnog financijskog poslovanja u 2013. godini.

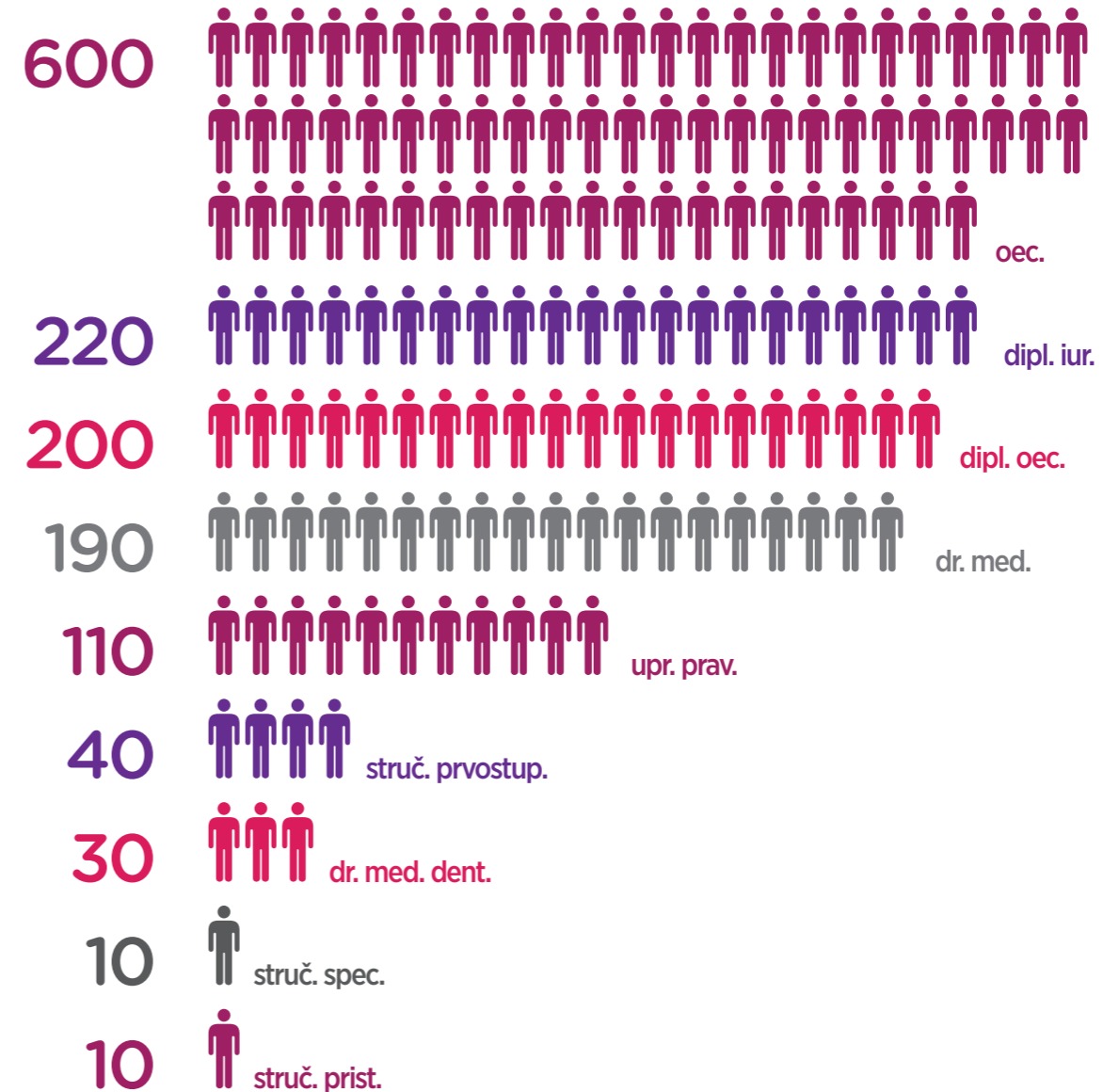
U 2012. godini, osim poduzimanja posebnih aktivnosti, na naplati prihoda koje su rezultirale povećanom naplatom za 166,3 milijuna kuna ili 9,66 % u odnosu na prethodnu godinu, te povećanom ugovorenim premijom za 17,7 milijuna kuna, poduzimale su se i mjere u smislu promoviranja zdravijeg načina življenja, dodjelom 50 besplatnih policia bivšim nepušačima.

Može se zaključiti da je Dopunsko zdravstveno osiguranje kao institucija financijski stabilno, i sa stalnom tendencijom porasta broja osiguranika izravno na tržištu, a time i povećanju financijske sigurnosti poslovanja u sljedećoj godini.

9. Kadrovi

Služba za kadrovske poslove Direkcije Zavoda obavlja brojne stručne poslove:

- statusna i radno-pravna pitanja radnika Zavoda,
- praćenje i osiguravanje primjene propisa iz područja rada i radnih odnosa i drugih područja (Mirovinsko i zdravstveno osiguranje, propisi o zapošljavanju, posebni zakonski propisi o pravima na zapošljavanje hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji, invalidnih osoba i drugo),
- sudjelovanje u izradi nacrtu općih akata Zavoda iz područja radnih odnosa, organizacije i sistematizacije radnih mjesta Zavoda,
- poslovi planiranja, upravljanja i razvoja ljudskih potencijala Zavoda (u suradnji s drugim organizacijskim jedinicama Direkcije Zavoda i područnim uredima Zavoda),
- sudjelovanje u procesu unapređenja rada,
- koordiniranje poslova, u svezi s postupkom javnog natječaja izbora kandidata za prijam u radni odnos,
- priprema ugovora o radu za sve radnike i državne dužnosnike Zavoda, kao i pojedinačnih odluka u svezi s ostvarivanjem prava i obveza radnika Direkcije Zavoda iz radnog odnosa,
- priprema određenih odluka u svezi s ostvarivanjem prava i obveza radnika područnih ureda Zavoda,
- izrada odluka i sporazuma o prestanku ugovora o radu radnika Zavoda,
- pružanje stručne pomoći područnim uredima Zavoda, i nadziranje njihovog rada u području radnih odnosa,
- iznošenje stručnih mišljenja po pitanjima radnih odnosa, ispitivanje potreba i sudjelovanje u donošenju provedbi programa stručnog obrazovanja i usavršavanja radnika Zavoda,
- priprema odgovora na žalbe i tužbe radnika u predmetima vezanim za njihova prava i obveza iz radnog odnosa,
- poslovi zastupanja Zavoda u postupcima pred sudovima u radnim sporovima,
- izrada ugovora o djelu s pružateljima stručnih i drugih usluga u Direkciji i područnim uredima Zavoda (poslovi stručno-medicinskog vještačenja prava osiguranih osoba Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja i sl.),
- administrativni poslovi u svezi s polaganjem državnih stručnih ispita radnika Zavoda,
- vođenje raznih evidencija iz područja rada,
- obavljanje poslova unosa i ažuriranja podataka u LAUS kadrovskoj bazi, i drugo.



Prikaz 1: Pregled zaposlenih prema zvanjima

Prikaz 2:
Broj zaposlenih
prema stručnoj spremi

srednja stručna sprema

1362

visoka stručna sprema

657

viša stručna sprema

297

niža stručna sprema

82

magistar

24

kvalificiran

14

doktor znanosti

3

nekvalificiran

U 2012. godini Služba za kadrovske poslove Direkcije Zavoda obavila je sljedeće poslove:

- analiza prijedloga područnih ureda Zavoda i pomoćnika ravnatelja Zavoda, u svezi sa zapošljavanjem novih radnika,
- izrada nacrtu odluka o potrebi popune radnog mjesta, odnosno zapošljavanja novih radnika putem javnog natječaja (55 predmeta),
- vođenje postupaka u radnim sporovima,
- natječajni postupci za popunu radnih mjesta i koordiniranje postupaka odabira kandidata po javnom natječaju u Direkciji Zavoda, obrada i kontrola svih predmeta u postupcima javnih natječaja, za prijam novih radnika, koje su proveli područni uredi Zavoda (38 predmeta),
- izrada ugovora o radu na neodređeno i određeno vrijeme i aneksa ugovora o radu, te ponuda radnicima Zavoda za sklapanje novih ugovora o radu (850 predmeta),
- izrada sporazuma i odluka o prestanku ugovora o radu radnika Zavoda (110 predmeta),
- izrada odgovora na žalbe i tužbe radnika u predmetima vezanim za njihova prava i obveze iz radnog odnosa, obrada i priprema odgovora na upite i zamolbe radnika, te na prigovore kandidata u postupku po javnom natječaju za zapošljavanje u Zavodu (35 predmeta),
- izrada plana korištenja godišnjih odmora radnika Zavoda,
- glede poslova stručnog obrazovanja i usavršavanja radnika Zavoda obrađeno je i odgovoreno na zamolbe radnika za upućivanje na školovanje, odnosno u posebno opravdanim slučajevima od interesa za Zavod izrađeni su prijedlozi odluka i ugovora o upućivanju radnika na stručno obrazovanje i usavršavanje (35 predmeta),
- izrada punomoći i suglasnosti za sklapanje ugovora o djelu, odnosno ugovora o djelu (390 predmeta),
- izrada odluka o isplati jubilarnih nagrada, regresa, dara za djecu u povodu dana Sv. Nikole, otpremnine zbog odlaska u mirovinu i pomoći za kupnju medicinskih pomagala radnicima Zavoda, odluke o korištenju neplaćenog dopusta radnika Zavoda, odluke o isplati novčanih pomoći radnicima Direkcije Zavoda, odluke o uvođenju i isplati prekovremenog rada radnicima Zavoda, odluke o korištenju godišnjeg odmora i plaćenog dopusta radnika Direkcije Zavoda, odluke o imenovanju povjerenstava za praćenje probnog rada radnika i odluke o imenovanju povjerenstava za primopredaju dužnosti i primopredaju poslova i drugo (2500 predmeta),
- obavljanje administrativnih poslova u svezi s polaganjem državnog stručnog ispita radnika Zavoda,
- obavljanje administrativnih poslova u svezi s prijavama i odjavama na mirovinsko i obvezno zdravstveno osiguranje, te prijave o promjeni podataka tijekom osiguranja (125 predmeta),

- vođenje kadrovske evidencije i izdavanje potvrda iz tih evidencija,
- unos i ažuriranje podataka u LAUS kadrovskoj bazi,
- vođenje očevidnika i matične knjige radnika Direkcije Zavoda.

Odjel za medicinske proizvode

- isporučitelji (stari bez ugovora, ugovori postojeći/ model za novo ugovaranje),
- izrada modela ugovaranja s isporučiteljima ortopedskih pomagala,
- ugovaranje isporučitelja pomagala,
- dentalna pomagala – prijedlog radne skupine.

Služba za lijekove i medicinske proizvode osim navedenog, bavi se i sljedećim poslovima:

- kontrola propisivanja posebno skupih lijekova (Liječničko povjerenstvo za lijekove Direkcije Zavoda),
- vještačenje medicinske opravdanosti primjene ortopedskih i drugih pomagala (Liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Direkcije Zavoda),
- sudjelovanje u procesu nabave cjepiva (praćenje, koordinacija),
- priprema materijala za rad povjerenstava za lijekove i ortopedska pomagala,
- pregovori s farmaceutskim firmama.

10. Obavještanje i promocija zdravlja

Glavne prednosti koje građani vide u hrvatskom zdravstvu su kvalitetni liječnici, opća dostupnost zdravstvene usluge i odnos medicinskog osoblja prema njima.

U godini u kojoj hrvatsko zdravstvo očekuju drastične promjene, koje donosi novi sustav plaćanja pružateljima zdravstvenih usluga, zatim ulazak Hrvatske u EU te daljnja informatizacija zdravstva, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je istražio stavove građana o usluzi koju dobivaju od zdravstvenih profesionalaca u Hrvatskoj. Cilj je analizirati trenutačne stavove o zdravstvu kako bi se nakon provedbe sustavnih reformi pratili trendovi zadovoljstva korisnika provedenim mjerama.

U istraživanju, koje je za HZZO na 800 ispitanika iz cijele Hrvatske proveo IPSOS Puls, svoje zadovoljstvo hrvatskim zdravstvom građani su ocijenili sa prosječnom školskom ocjenom 3,1 dok institucije zadužene za osiguranje zdravstvene skrbi Ministarstvo zdravlja i HZZO dobivaju čistu trojku.

Više od dvije trećine građana Hrvatske zdravstvu daju ocjenu 4 ili 3, njih 68 %, dok je jedan posto ispitanika jako zadovoljno, šest posto jako nezadovoljno, a 15 % relativno nezadovoljno zdravstvom, a svaki deseti ispitanik nije mogao ocijeniti zdravstvo.

Glavne prednosti koje građani vide u hrvatskom zdravstvu su kvalitetni liječnici (15,6 %), opća dostupnost zdravstvene usluge (12,9 %) odnos medicinskog osoblja prema njima (11,4 %). Još 7,5 % ispitanika svoje zadovoljstvo je potkrijepilo činjenicom Hrvatska osigurava besplatno zdravstvo uz minimalno plaćanje.

Građani su kao najveći problem zdravstva istakli dugo čekanje na preglede. Taj problem se s 36,3 % nedvojbeno izdvaja dok su manjak novca i korupcija u zdravstvu najveći problem za 14,5 odnosno 14,1 % ispitanika.

S obzirom na skore promjene u organizaciji primarne zdravstvene zaštite zanimalo nas je što korisnici misle o primarnom zdravstvu i svojim osobnom liječniku. Rezultati su iznimno povoljni jer je čak 63 % ispitanika zadovoljno ili čak jako zadovoljno s primarnom zdravstvenom zaštitom, a tek 12 % ih je nezadovoljno ili jako nezadovoljno. Zadovoljstvo odabranim liječnikom je još i veće. Tako je 86 % ispitanika ili zadovoljno ili jako zadovoljno svojim liječnikom, a tek pet posto ih je nezadovoljno ili jako nezadovoljno.

Svog odabranog stomatologa ispitanici također znatno cijene te ih je 68 % zadovoljnih i jako zadovolj-

nih, 10 % ih je nezadovoljnih i jako nezadovoljnih, a 8 % ispitanika tvrdi da isključivo koristi usluge privatnih ordinacija.

Sudeći prema odgovorima visoka razina zadovoljstva s liječnicima se odnosi i na bolničko osoblje. Iako 17 % ispitanika nema nikakvog iskustva s bolničkim liječenjem (niti osobno, niti članova obitelji i poznanika) od ostalih 61 % je zadovoljno ili jako zadovoljno uslugom koju su dobili u bolnici, a tek 8 % je nezadovoljno ili jako nezadovoljno.

Od 29 % ispitanika koji su se liječili u privatnim klinikama i ordinacijama njih najviše je izvan sustava javnog zdravstva otišlo na ultrazvučni pregled (28 %), zatim na ginekološki pregled (24 %), CT i magnetsku rezonancu (22 %), laboratorijske pretrage (19 %) te internistički pregled (17 %).

Korisnici privatnih liječničkih usluga su vrlo zadovoljni. Njih 86 % je zadovoljno i jako zadovoljno, a tek 4 % su nezadovoljni i jako nezadovoljni.

Dopunsko osiguranje koristi 79 % ispitanika koji su sudjelovali u anketi i među njima prevladava zadovoljstvo dopunskim osiguranjem. Tek 7 % od korisnika je uglavnom nezadovoljno, a još 7 % uopće nije zadovoljno dopunskim osiguranjem. Glavne zamjerke se odnose na cijenu dopunskog osiguranja (32 %) no i 27 % ispitanika smatra da ne dobivaju nikakva dodatna prava i usluge s dopunskim osiguranjem. Glavni razlozi za nekorištenje dopunskog osiguranja među ispitanicima koji ga nisu ugovorili navodi se cijena (38 %) te ispitanici smatraju da im nije potrebno jer ne idu često liječniku (29 %).

Oko petine građana navodi kako je liječniku dala neki poklon u znak zahvalnosti (22 % da, 77 % ne) dok 7 % građana tvrdi da ih je netko u zdravstvenom sustavu tražio mito.

Građani relativno dobro poznaju ovlasti HZZO-a, no ipak veliki broj građana ima krivu predodžbu o ovlastima HZZO-a, pa tako čak dvije trećine građana krivo smatra da je u ovlasti HZZO-a liječenje pacijenata (74 % smatra da je to posao HZZO-a, a 22 % ispravno zna da nije) te utvrđivanje uvjeta za odlazak u invalidsku mirovinu (73 % to smatra ovlasti HZZO-a, a 21 % zna da to nije posao HZZO-a)

Kontakt s HZZO-om je imalo nešto više od polovine građana (51 %).

Osobe koje su stupile u kontakt s službenicima HZZO-a, njih 60 %, su uglavnom zadovoljni i jako zadovoljni s ljubaznošću službenika. Nezadovoljnih i jako nezadovoljnih je 17 %.

Visokih 57 % je zadovoljno i jako zadovoljno jasnoćom uputama koje su dobili od službenika HZZO-a, a 23 % su nezadovoljni.

Odnosi s medijima i javnošću

Građani su Službi za odnose s javnošću postavili ukupno 1570 upita putem maila *Glasnogovornik*, te 1237 putem maila *Pitajte nas* preko Ministarstva zdravlja, te je na sve odgovoreno samostalno ili uz pomoć drugih službi Zavoda. U odnosu na prošlu godinu 82 % više.

Ukupno je zaprimljeno 385 upita medija što je 18 % manje u odnosu na prošlu godinu.

Na temelju zaprimljenih upita, dostavljeno je:

- u dnevne tiskovine – 230 pisanih odgovora,
- TV kućama: 64 izjave i gostovanja u studijima,
- radio: 62 izjave,
- internet portalima je dostavljeno: 29 pisanih odgovora,
- dostavljeno je i 15 ispravaka članaka u dnevnim tiskovinama (demanti) – u odnosu na prošlu godinu 3 puta manje,
- dostavljeno je 30 priopćenja svim medijima,
- upućena su 42 dopisa državnim tijelima, drugim pravnim osobama te službama Zavoda,
- svakodnevno je praćeno 10 dnevnih tiskovina, te 2 tjedne tiskovine, kao i internet portali,
- u zakonskom roku je odgovoreno na ukupno 10 zahtjeva postavljenih temeljem Zakona o pravu na pristup informacijama,
- prisustvovali smo 31 sastanku s udrugama pacijenata u Ministarstvu zdravlja,
- akcijom na Cvjetnom trgu obilježen je Dan zdravlja – 7. 4. 2012.

Aktivno je obilježen dan borbe protiv pušenja – 31. 5. 2012. godine HZZO i udruga *Difrakcija* organizirali su nagradni natječaj za najbolju priču o prestanku pušenja. HZZO je, jednogodišnjom policom dopunskog zdravstvenog osiguranja, nagradio 50 najzanimljivijih priča. Nagrade (police) su predane na domjenku koji smo organizirali u cafe galeriji Velvet.

U suradnji s Hrvatskim dizajnerskim društvom organiziran je javni natječaj za novi vizualni identitet, kao i otvaranje izložbe svih pristiglih radova u prostorijama HDD-a.

Izvršeno je i sljedeće:

- prisutnost jednom mjesečno na sastancima s glasnogovornicima i rukovoditeljima PR odjela u Vladi Republike Hrvatske,
- organiziranje press konferencija,
- redovita priopćenja medijima nakon sjednica Upravnog vijeća,
- aktivan rad na izradi brošure *Hrvatski građani u Europskoj uniji*,
- redoviti briefinzi s novinarima.

Rukovoditelj Službe za odnose s javnošću i njegovi suradnici sudjelovali su u akcijama *Palčić, Sve za nju, Moja mala sovića, Hrabri telefon*, te u akciji kojom se obilježavao Dan umirovljenika u Koncertnoj dvorani Vatroslav Lisinski.

Sudjelovalo se na seminarima GONG-a te Agencije za zaštitu osobnih podataka (AZOP), kao i akciji promoviranja preventivnih programa za borbu protiv raka debelog crijeva, dojke i vrata maternice, u suradnji s Ministarstvom zdravlja i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo.

Djelatnici Službe aktivno su, tijekom cijele godine, sudjelovali u Twinning projektu Europske unije *Jačanje administrativnih kapaciteta nadležnih tijela i provedbenih institucija za koordinaciju sustava socijalne sigurnosti*, te u predstavljanju brošure *Hrvatski građani u Europskoj uniji*.

Tekstovi o akcijama i projektima Zavoda objavljuvani su na web stranici u cijelosti.

Nužno je spomenuti da je rukovoditelj Službe sudjelovao i na:

- kongresu za inovativne lijekove IZ! u Rovinju 12. – 14. 10. 2012.,
- predstavljanju projektu Nacrta nacionalne strategije razvoja zdravstva od 2012. – 2020. Ministarstva zdravlja u Grožnjanu i 19. Motovunske ljetne škola unapređenja zdravlja u lipnju 2012.,
- Edukaciji u Edukacijskom centru Mirakul-specijalistički seminar u organizacijskog centra *Mirakul – Online odnosi s javnošću i krizno komuniciranje* 7. 12. 2012.,
- Seminaru *Komunikacija, informiranje i vidljivost u kontekstu fondova EU* u Ministarstvu regionalnog razvoja i fondova Europske unije 22. i 23. 11. 2012.,
- Kongresu liječnika HZZO-a u Solarisu Šibenik 27. – 29. 9. 2012.

11. Ekonomski poslovi

U sklopu Sektora za ekonomske poslove Zavoda nalaze se: Služba za plan i analizu, Služba za financije i računovodstvo, Služba za platni promet, Služba za nabavu i investicije, te Služba za kontrolu i evidenciju uplate doprinosa i naplatu prihoda.

Tijekom 2012. godine u sklopu Sektora za ekonomske poslove obrađeno je 29.864.919 ulaznih računa za provođenje zdravstvene zaštite, lijekove, ortopedska pomagala i ostale troškove. Također je obrađeno 581.839 refundacija korisnicima za putne i ostale troškove, 173.638 refundacija poslodavcima za bolovanja, te 363 računa za inozemno liječenje. Temeljem navedene dokumentacije, kroz sustav Državne riznice isplaćeno je preko 21 milijardu kuna za troškove provođenja zdravstvene zaštite, lijekove i ortopedska pomagala, naknade za bolovanja, te ostale isplate osiguranicima Zavoda.

Sektor je tijekom godine pripremio i proveo preraspodjelu planiranih sredstava, te je pripremljen rebalans proračuna za 2012. godinu. Također, izrađen je prijedlog plana Zavoda za 2013. i projekcija za 2014. i 2015. godinu s obrazloženjem, a djelatnici Sektora tijekom cijele godine radili su i na pripremi mjesečnih, kvartalnih i godišnjih izvješća o poslovanju Zavoda i zdravstvenih ustanova.

Jedan od sveobuhvatnijih poslova podrazumijevao je pripremu i objavu Plana nabave te pet izmjena i dopuna tijekom godine, s ukupno 174 pojedinačna predmeta javne nabave. Tijekom 2012. godine proveden je 81 postupak javne nabave roba, radova i usluga za potrebe Zavoda, ugovornih liječnika i osiguranih osoba Zavoda, a djelatnici Sektora intenzivno su radili i na pripremi natječaja za provođenje objedinjene javne nabave električne energije, telekomunikacijskih usluga i uredskog materijala za Zavod i 28 zdravstvenih ustanova. U zadnjem kvartalu 2012. dovršen je i dugo iščekivani glavni projekt buduće zgrade Zavoda u Gradišćanskoj ulici u Zagrebu.

U sklopu Sektora odrađena je i koordinacija između Porezne uprave i Zavoda u vezi s problematikom poreza na dodanu vrijednost i fiskalizacije u prometu gotovinom, te su gotovo svakodnevno pripremani odgovori na predstavke, zamolbe i zahtjeve obveznika plaćanja doprinosa, državnih tijela, osiguranika i ugovornih subjekata. Djelatnici Sektora sudjelovali su u radnoj skupini Ministarstva rada i mirovinskog sustava na projektu formiranja jedinstvenog registra u Središnjem registru osiguranika, koji bi bio zadužen za distribuciju podataka svim institucijama u sustavu, a radi postizanja racionalizacije i pojeftinjenja sustava. Za provedbu navedenog

definirani su ciljevi i zadaci radne skupine, čiji je rad rezultirao formiranjem novog obrasca na kojem će se evidentirati svi podaci o isplatama od strane poslodavaca. U kontekstu nove organizacijske sheme, koja je u planu za 2013. godinu, pripremljen je i plan za osnivanje Službe za financijsko upravljanje i kontrolu.

Jedan od najopsežnijih zadataka Sektora za ekonomske poslove bila je i priprema izvješća o financijskom poslovanju Zavoda za 2012. godinu, koje je razrađeno u nastavku ovog Godišnjeg izvješća.



Izvješće o financijskom poslovanju za 2012.

12. Financijsko poslovanje

Osiguranci

U razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine, u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (Zavod) evidentirano je prosječno 4.356.486 osoba, što je 0,14 % manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine, kada je prosječno evidentirano 4.362.595 osiguranih osoba.

Prosječan broj aktivnih osiguranika je 1.471.662, što je za 0,92 % ili za 13.662 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj–prosinac 2011. godine (u 2011. godini prosječan broj aktivnih osiguranika bio je 1.485.324).

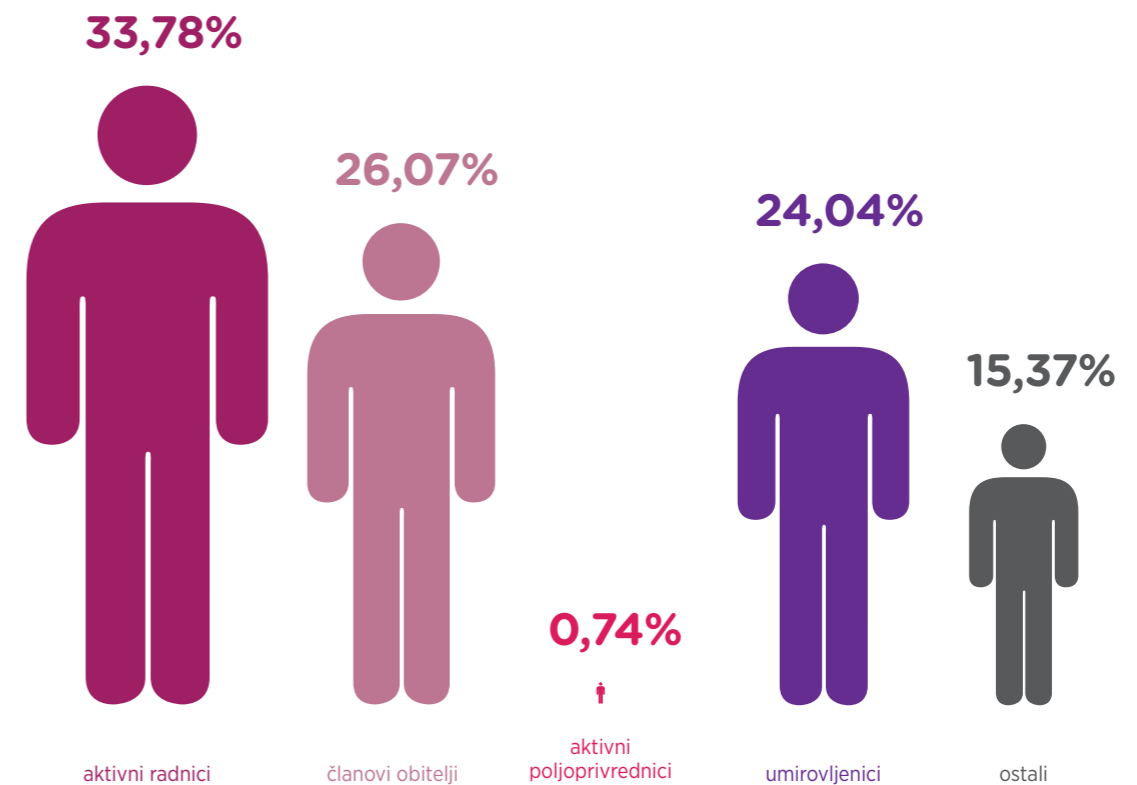
Od 1.471.662 aktivna osiguranika, 680.437 osoba ili 46,24 % čine žene, a 53,76 % ili 791.225 osoba čine muškarci.

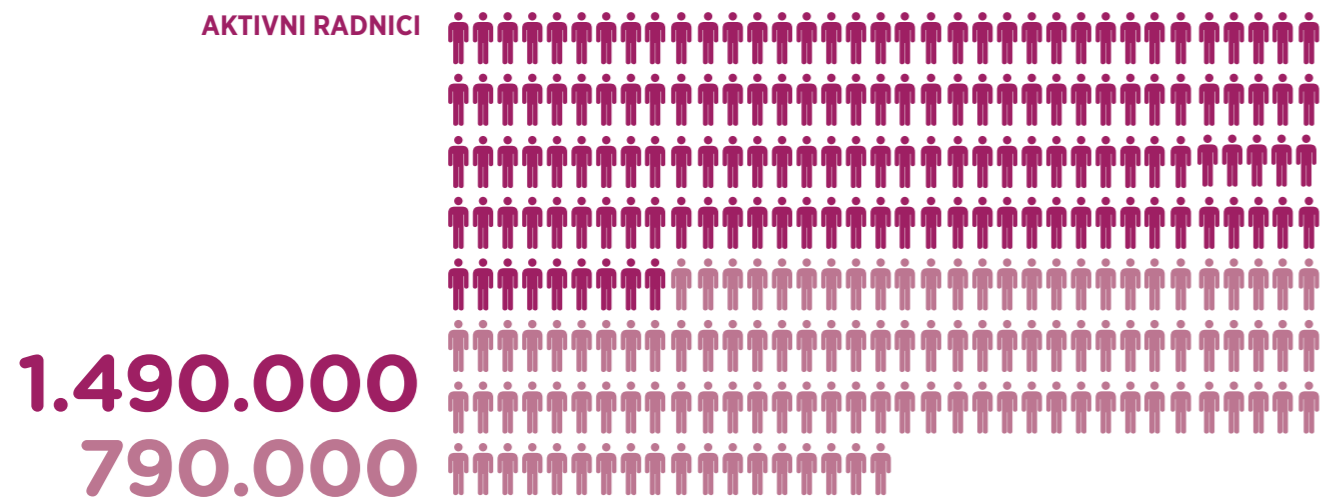
Nadalje, evidentirano je 1.047.191 umirovljenika, što je nešto manje u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.050.460 umirovljenika.

Broj poljoprivrednika je smanjen za 10,24 % i u promatranom razdoblju je prosječno evidentirano 32.205 poljoprivrednika, a u istom razdoblju prethodne godine bilo je 35.878 poljoprivrednika.

Ostale kategorije osiguranika (koje čine nezaposleni, INO osiguranici – umirovljenici, učenici srednjih škola i studenti koji nisu osigurani kao članovi obitelji, osobe nesposobne za samostalan život i rad i drugo) povećane su za 4,77 %, što se vidi u prikazu br. 3.

Prikaz 3: Učešće pojedinih kategorija osiguranika u ukupnom broju osiguranika RH za razdoblje od 1. – 12. mjeseca 2012. godine





Prikaz 4: Kategorije osiguranja

Tablica 4: Kategorije osiguranja

osiguranici	prosječan broj		indeks 2012./2011.	učešće %	
	I.-XII. 2011.	I.-XII.2012.		2011.	2012.
aktivni radnici	1.485.324	1.471.662	99,08	34,05	33,78
aktivni poljoprivrednici	35.878	32.205	89,76	0,82	0,74
umirovljenici	1.050.460	1.047.191	99,69	24,08	24,04
članovi obitelji	1.151.770	1.135.747	98,61	26,40	26,07
ostali	639.163	669.681	104,77	14,65	15,37
Ukupno u RH	4.362.595	4.356.486	99,86	100,00	100,00

U strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 33,78 %; umirovljenici 24,04 %; poljoprivrednici 0,74 %; članovi obitelji 26,07 %; te ostali osiguranici 15,37 % od ukupnog broja osiguranih osoba.

Od prosječnog broja osiguranika 4.356.486 osoba, nositelji osiguranja čine 73,93 % ili 3.220.739 osoba, dok članovi obitelji čine 26,07 % ili 1.135.747 osoba.

Odnos nositelja osiguranja s pripadajućim članovima obitelji i strukturom vidljiv je u tablici 5.

Tablica 5.

	nositelji osiguranja	prosječan broj 2012. godine	
		članovi obitelji nositelja osiguranja	% članova obitelji u odnosu na nositelje
aktivni radnici	1.471.662	781.561	53,11
aktivni poljoprivrednici	32.205	9.206	28,59
umirovljenici	1.047.191	157.018	14,99
ostali	669.681	187.962	28,07
Ukupno u RH	3.220.739	1.135.747	35,26

Uz nositelje osiguranja, prava iz zdravstvenog osiguranja ostvaruju i članovi obitelji. Tako je, uz 1.471.662 aktivna osiguranika, pravo na zdravstvenu zaštitu ostvarilo je i 781.561 članova obitelji, što je 53,11 % aktivnih osiguranika.

Uz 1.047.191 umirovljenika, evidentirano je 157.018 članova njihovih obitelji.

Analiziramo li osiguranike po područnim uredima, može se zaključiti da je najviše osiguranika evidentirano

u Područnom uredu Zagreb. Tako je od ukupnog broja osiguranika 4.356.486, u Područnom uredu Zagreb evidentirano 1.125.346 osiguranika, što je 25,83 % ukupnih. Isto tako, od 1.471.662 aktivnih osiguranika, 29,53 % ili 434.514 osiguranika je evidentirano u Područnom uredu Zagreb, ili od 1.047.191 umirovljenika, 267.824 odnosno 25,58 % je evidentirano u Područnom uredu Zagreb.

Prihodi – primici

Sukladno Pravilniku o proračunskom računovodstvu i računskom planu, prihodi se priznaju temeljem priljeva novčanih sredstava u izvještajnom razdoblju.

U razdoblju siječanj – prosinac 2012. godine Zavid je ostvario ukupne prihode-primitke u iznosu od 21.318.095.796 kn, što je za 2,04 % manje od ukupno

ostvarenih prihoda u istom razdoblju 2011. godine, kada su iznosili 21.761.584.170 kn. Prihodi se ostvaruju u skladu s planom, a razlog manje ostvarenih prihoda u 2012. godini je to što su planirani prihodi za 2012. godinu manji od 2011. godine.

Tablica 6: Pregled planiranih prihoda za 2011. i 2012. godinu u kn

Planirani prihodi HZZO-a za 2011. godnu (kn)	21.613.113.146
Planirani prihodi HZZO-a za 2012. godnu (kn)	21.119.925.828

Razlika **-493.187.318**

Iz prethodne tablice vidljivo je da su planirani prihodi u 2012. godini za 493.187.318 kn manji od ukupno planiranih prihoda u 2011. godini.

Stopa doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje iznosi 15 %, odnosno od 1. svibnja 2012. godine 13 % na bruto plaće, 0,50 % za ozljede na radu i profesionalne bolesti, te doprinosi iz mirovina, 3 % na mirovine iznad 5.108 kn, plaća ih korisnik mirovine, a sva sredstva se uplaćuju na jedinstveni račun Državne riznice.

Glavninu čine prihodi od proračuna za financiranje redovne djelatnosti, koji su ostvareni u iznosu od 19.427.389.950 kn; manji su za 3,18 % od prihoda ostvarenih u istom razdoblju prethodne godine, kada su iznosili 20.065.240.874 kn, a namijenjeni su za financiranje zdravstvene zaštite, naknada, rada stručne službe, i čine 91,13 % ukupnih prihoda.

Tablica 7: Pregled ostvarenih prihoda u 2011. i 2012. godini u kn

Prihodi-primici	I.-XII. 2011.	I.-XII. 2012.	Indeks	Struktura	
				2011.	2012.
Prihodi od proračuna za redovnu djelatnost	20.065.240.874	19.427.389.950	96,82	92,20	91,13
Prihodi po posebnim propisima	1.679.442.167	1.859.461.305	110,72	7,72	8,73
Prihodi od financijske imovine	15.125.215	215.863	1,43	0,07	-
Prihodi od pruženih usluga	1.657.115	720.389	43,47	0,01	-
Primici od financijske imovine i zaduženja	118.799	30.308.289	-	-	0,14
Ukupni prihodi i primici	21.761.584.170	21.318.095.796	97,96	100,00	100,00

Prihodi po posebnim propisima ostvareni su u iznosu od 1.859.461.305 kn, a čine ih prihodi od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja u iznosu od 910.334.953 kn, uz napomenu da 445.580.210 kn čine sredstva sudjelovanja osigurane osobe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, za osiguranike koji imaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja (ukupni prihodi od premije iznose 1.355.915.163 kn). Prihodi od sudjelovanja osigurane osobe iznose 46.611.926 kn – naplaćena gotovina, a ukupni prihodi

od sudjelovanja osigurane osobe iznose 492.192.136 kn. Prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, kojeg izdvajaju društva za osiguranje, iznose 176.200.048 kn i nešto su manji od istih prihoda ostvarenih u istom razdoblju prethodne godine, kada su iznosili 177.586.899 kn.

Izmjenom Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (*Narodne novine* 123/2012.), promijenjena je visina iznosa koju plaćaju društva za osiguranje na ime

naplaćene funkcionalne premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, i to smanjenjem sa 7 % na 4 %, s primjenom od studenoga 2012. godine.

Nadalje, na ovoj stavci iskazani su i prihodi od INO osiguranja, u iznosu od 280.734.168 kn, koji su veći od istih prihoda ostvarenih u prethodnoj godini. Ostvareni prihodi od INO osiguranja u prethodnoj godini iznosili su 259.153.955 kn.

Prihodi po posebnim propisima veći su za 10,72 % od istih prihoda ostvarenih u prethodnoj godini.

Ukupan broj osiguranika u dopunskom zdravstvenom osiguranju u 2012. godini iznosio je 2.364.289 osoba, dok je u 2011. godini police dopunskog zdravstvenog osiguranja ugovorilo 2.481.767 osoba.

Broj osiguranika koji ispunjavaju uvjete da im se polica dopunskog zdravstvenog osiguranja plaća na teret Državnog proračuna u 2012. godini je 944.301 osoba (u 2011. godini 943.638 osoba). Broj osiguranika koji sami plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini iznosi 1.555.876 osoba, što je manje nego u prethodnoj godini, kada je broj osiguranika koji su sami plaćali policu dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosio 1.538.129 osoba.

Prihodi od financijske imovine ostvareni su u iznosu od 215.863 kn, a čine ih prihodi od pozitivnih tečajnih razlika.

Prihodi od pruženih usluga ostvareni su u iznosu od 720.389 kn, čine ih prihodi od iznajmljivanja poslovnih prostora i prihodi od pomoćne kuhinje.

U 2012. godini ostvareni su i prihodi od financijske imovine i zaduženja u iznosu od 30.308.289 kn, tu se iskazuje i računalna oprema, koja je zaprimljena a platit će se na otplatu 2012. – 2015. godine.

Prihodi od doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, ozljede na radu i profesionalne bolesti, praćeni po prihodnim računima, uplaćuju se u riznicu i u razdoblju siječanj–prosina 2012. godine ostvareni su u iznosu od 16.714.500.261 kn, a u prethodnoj godini su iznosili 17.722.809.921 kn.

Izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima (*Narodne novine* broj 22/12) stopa doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje smanjena je sa 15 % na 13 %, od 1. svibnja 2012. godine, s tim da se ista primjenjuje na staž osiguranja od 1. svibnja 2012. godine.

U 2012. godini prihodi od doprinosa ostvaruju se po stopi doprinosa u visini 15 % (odnosno 13 %) na bruto plaće, što u promatranom godini iznosi 16.077.996.721 kn, 3 % doprinosa iz mirovina u iznosu od 62.649.268 kn, te doprinosa za zaštitu zdravlja na radu po stopi od 0,50 % u iznosu od 573.854.272 kn.

Dinamika kretanja uplaćenih prihoda od doprinosa vidljiva je u tablici 8.

Tablica 8: Dinamika kretanja uplaćenih doprinosa

Mjesec	Uplaćeni doprinosi po stopi 15% (13%) i 3%			Doprinos za zaštitu zdravlja na radu 0,50%		Sveukupno	
	2011.	2012.	Indeks 2012./2011.	2011.	2012.	2011.	2012.
Siječanj	1.365.606.998	1.372.570.686	100,51	45.637.713	45.863.829	1.411.244.711	1.418.434.515
Veljača	1.350.821.734	1.372.860.081	101,63	44.083.874	45.009.760	1.394.905.608	1.417.869.841
Ožujak	1.394.008.347	1.401.385.057	100,53	44.841.028	46.203.728	1.438.849.375	1.447.588.785
Travanj	1.422.770.971	1.422.406.456	99,97	47.211.717	47.519.414	1.469.982.688	1.469.925.870
Svibanj	1.415.878.880	1.548.851.798	109,39	46.272.394	50.096.661	1.462.151.274	1.598.948.459
Lipanj	1.434.165.171	1.301.763.437	90,71	46.546.603	48.265.706	1.480.711.774	1.350.029.143
Srpanj	1.478.296.005	1.335.400.222	90,33	49.280.180	50.471.558	1.527.576.185	1.385.871.780
Kolovoz	1.434.972.838	1.286.665.264	89,67	46.904.453	48.705.418	1.481.877.291	1.335.370.682
Rujan	1.459.015.236	1.268.434.930	86,94	47.541.432	48.029.543	1.506.556.668	1.316.464.473
Listopad	1.437.710.232	1.261.879.277	87,77	47.671.621	48.026.436	1.485.681.853	1.309.905.713
Studen	1.430.629.976	1.254.910.783	87,72	46.215.840	47.001.893	1.476.845.816	1.301.912.676
Prosinac	1.538.169.280	1.313.517.998	85,39	48.557.398	48.660.326	1.586.726.678	1.362.178.324
Ukupno	17.162.045.668	16.140.645.989	94,05	560.764.253	573.854.272	17.722.809.921	16.714.500.261

Prosječni mjesečni uplaćeni prihodi od doprinosa iznose 1.392.875.022 kn.

Analiziramo li uplaćene prihode po mjesecima po stopi od 15 % (13 %) i 3 %, može se zaključiti, da su najveći mjesečni prihodi ostvareni u svibnju i travnju 2012. godine (prije smanjenja stope).

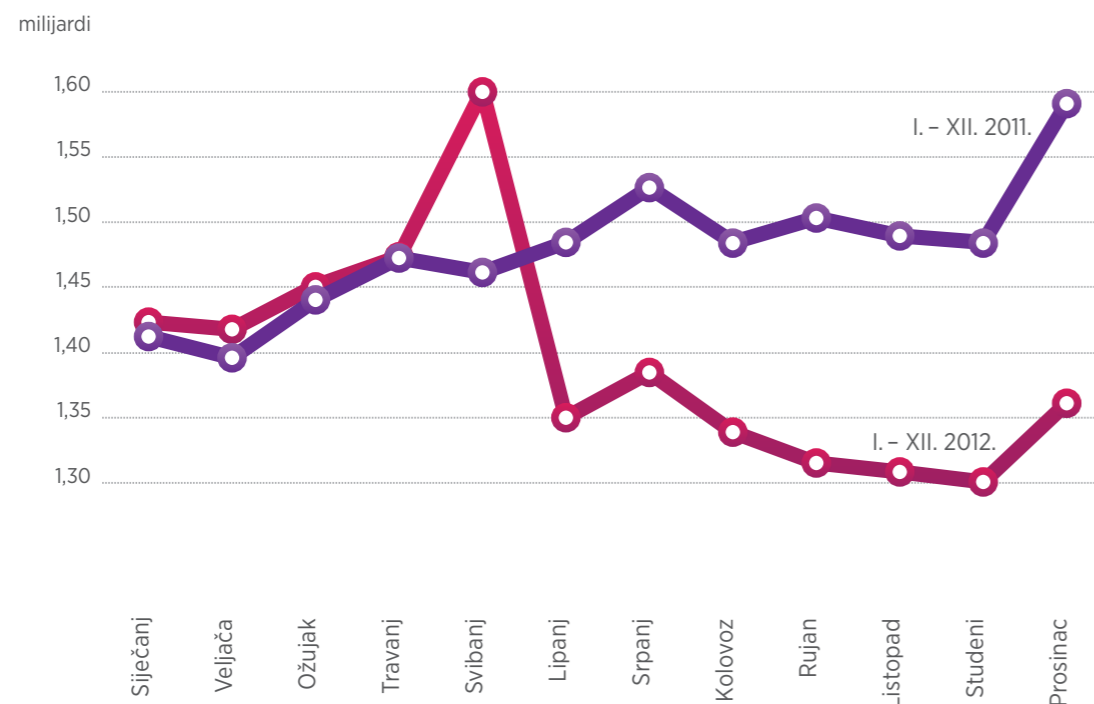
Dinamika kretanja prihoda po mjesecima vidljiva je u prikazu 5.

U financijskom planu Zavoda za 2012. godinu planirani su prihodi od doprinosa u iznosu od 16.258.060.895 kn, prihodi po posebnim propisima u iznosu od 1.577.000.000 kn, s tim da 1.110.000.000 kn čine prihod od dopunskog zdravstvenog osiguranja. Ostvareni prihodi od dopri-

nosa po prihodnim računima veći su za 456.439.366 kn od planiranih i odobrenih od Ministarstva financija kao izvor financiranja – doprinosi. Prihodi od proračuna planirani su u iznosu od 3.283.264.933 kn, uz napomenu da prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja iznose 555.000.000 kn, a 2.728.264.933 kn su prihodi od proračuna za obvezno zdravstveno osiguranje.

Vlastiti prihodi planirani su u visini od 1.600.000 kn. Ukupno planirani prihodi za 2012. godinu iznose 21.119.925.628 kn, a ostvareni ukupni prihodi, prema knjigovodstvenom iskazu, iznose 21.318.095.796 kn što je za 0,94 % više od planiranih. Prihodi više ostvareni od planiranih su na stavci prihodi po posebnim propisima (INO osiguranje i dopunsko zdravstveno osiguranje).

Prikaz 5. Dinamika kretanja prihoda



Rashodi – izdaci

U izvještajnom razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine, prema knjigovodstvenom iskazu, sveukupni rashodi Zavoda iznosili su 22.604.919.347 kn i veći su za 5,74 % od rashoda u prethodnoj godini, kada su iznosili 21.377.745.087 kn.

Rashodi – izdaci u 2011. i 2012. godini u kunama vidljivi su u tablici 9.

Tablica 9. Rashodi – izdaci	I.-XII. 2011.	I.-XII.2012.	Indeks	Struktura I.-XII.	
				2011.	2012.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	17.323.940.278	18.028.001.909	104,06	81,04	79,75
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	986.955.194	1.609.246.586	163,05	4,62	7,12
Zdravstvena zaštita na radu i prof. bolesti	113.702.154	103.204.749	90,77	0,53	0,46
Ukupna zdravstvena zaštita	18.424.597.626	19.740.453.244	107,14	86,19	87,33
Ukupne naknade	2.585.308.631	2.474.562.425	95,72	12,09	10,95
Rashodi za zaposlene	248.390.830	242.468.845	97,62	1,16	1,08
Materijalni rashodi	79.158.613	88.512.501	111,82	0,37	0,39
Financijski rashodi	2.415.094	2.540.178	105,18	0,01	0,01
Ostali rashodi	8.996.363	9.947.070	110,57	0,04	0,04
Rashodi za nabavu nefi. imovine	7.501.682	34.311.768	457,39	0,04	0,15
Izdaci za fin. imovinu i otplata zajma	21.376.248	12.123.316	56,71	0,10	0,05
Ukupno ostali rashodi	367.838.830	389.903.678	106,00	1,72	1,72
Sveukupni rashodi – izdaci	21.377.745.087	22.604.919.347	105,74	100,00	100,00

Najveći dio rashoda – izdataka utrošeno je za zdravstvenu zaštitu, koja iznosi 19.740.453.244 kn i čini 87,33 % sveukupnih izdataka. Za naknade je utrošeno 10,95 % izdataka, a svi ostali izdaci čine 1,72 % ukupnih izdataka.

U obveznom zdravstvenom osiguranju izdaci za zdravstvenu zaštitu iznose 18.028.001.909 kn i veći su za 4,06 % od istih izdataka prethodne godine, kada su izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili 17.323.940.278 kn.

U dopunskom zdravstvenom osiguranju izdaci za zdravstvenu zaštitu iznose 1.609.246.586 kn, veći su od istih izdataka iskazanih u prethodnoj godini, kada su iznosili 986.955.194 kn. U 2011. godini u dopunskom zdravstvenom osiguranju rashodi koji nisu bili dospjeli iskazivali su se kao rashodi budućeg razdoblja (u iznosu od 367.448.980 kn). Na početku 2012. godine ti rashodi se knjigovodstveno iskazuju kao početno stanje i dalje se knjiže zaprimljeni načini u 2012. godini.

Na kraju 2012. godine u dopunskom zdravstvenom osiguranju nisu iskazani rashodi budućeg razdoblja. Slijedom rečenog, povećanje rashoda u dopunskom zdravstvenom osiguranju u 2012. godini, u odnosu na 2011. godinu, je u različitom knjigovodstvenom prikazu.

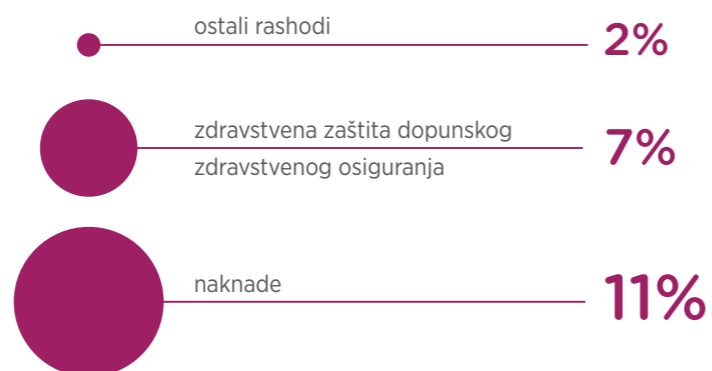
Izdaci za zdravstvenu zaštitu za ozljede na radu i profesionalne bolesti iznose 103.204.749 kn, a u prethodnoj godini su iznosili 113.703.154 kn.

Ukupne naknade u razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine iznose 2.474.562.425 kn, čine 10,95 % ukupnih izdataka i manje su od istih izdataka u 2011. godini za 4,28 %. Ukupne naknade u prethodnoj godini iznosile su 2.585.308.631 kn. Zdravstvena zaštita i naknade čine 98,28 % ukupnih izdataka.

Ostale izdatke čine rashodi za zaposlene, materijalni izdaci, financijski izdaci, rashodi za nabavu nefinancijske imovine i izdaci za financijsku imovinu i otplatu zajma, koji u 2012. godini iznose 389.903.678 kn i veći su od ostalih izdataka prethodne godine, kada su iznosili 367.838.830 kn i čine 1,72 % sveukupnih izdataka.

Rashodi za zaposlene u 2012. godini iznosili su 242.468.845 kn i manji su za 2,38 % od rashoda prethodne godine, kada su iznosili 248.390.830 kn. Čine ih bruto plaće s doprinosima na plaće, jubilarne nagrade, dar za djecu zaposlenika, otpremnine radi odlaska u mirovinu, naknade zbog bolesti zaposlenika, naknade za godišnji odmor, a sve u skladu s Kolektivnim ugovorom

Struktura rashoda u
razdoblju I. – XII. 2012.



80%

zdravstvena zaštita obveznog
zdravstvenog osiguranja

za djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Izdaci za zaposlene su manji jer se u 2012. godini smanjila stopa doprinosa na plaće za zdravstveno osiguranje i nije isplaćena božićnica.

Osnovica za obračun plaće i u 2011. i u 2012. godini iznosi 5.108,84 kn.

Prosječan broj zaposlenih, na osnovi sati rada u Zavodu, u 2012. godini je 2.424 zaposlenika za čiju su bruto plaću sredstva na godišnjoj razini iznosila 202.062.435 kn, iz čega proizlazi da prosječna mjesečna bruto plaća po zaposlenom iznosi 6.946,59 kn. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, prosječna bruto plaća isplaćena u Republici Hrvatskoj u 2012. godini iznosi 7.875,00 kn. Prema kadrovskoj evidenciji stvarni broj zaposlenih u Zavodu, bez dužnosnika, na dan 1. 1. 2012. godine bio je 2.457 zaposlenika, a na dan 31. 12. 2012. godine je 2.413 zaposlenika što je 44 zaposlenika manje.

U promatranom razdoblju materijalni izdaci su iznosili 88.512.501 kn i veći su za 11,82 % od istih izdataka prethodne godine, kada su iznosili 79.158.613 kn. Sagledamo li materijalne izdatke po vrstama, može se zaključiti da je najznačajnije povećanje zabilježeno na stavci Pristojbe i naknade, koja je u 2011. godini iznosila 2.425.597 kn, a u 2012. godini iznose 9.485.146 kn. U okviru te stavke povećane su javnobilježničke pristojbe, koje se prvenstveno odnose na dopunsko zdravstveno osiguranje, a vezano za bolju naplatu premije dopunskog zdravstvenog osiguranja. Također je povećana stavka Energija, koja je u 2011. godini iznosila 7.364.708 kn, a

u 2012. godini iznosi 8.382.625 kn, i to zbog povećanja cijena energenata tijekom godine. Povećani su izdaci za računalne te intelektualne usluge.

Financijski izdaci su također veći nego prethodne godine, iznose 2.540.178 kn, a čine ih izdaci platnog prometa i bankarske usluge, te zatezne kamate (u 2011. godini su iznosili 2.415.094 kn).

Ostali izdaci iznose 9.947.070 kn i odnose se na isplatu odštetnih zahtjeva radnika oboljelih od profesionalne bolesti zbog izloženosti azbestu. U 2011. godini ostali izdaci su iznosili 8.996.363 kn.

Rashodi za nabavu nefinancijske imovine iskazani su u iznosu od 34.311.768 kn, i veći su od istih izdataka iskazanih u 2011. godini. U strukturi ulaganja najznačajniji su rashodi nabave računalne opreme (poslužitelja i uređaja za pohranu podataka), te ostale informatičke opreme. Za potrebe informatičkog sustava nabavljene su licence i programi. Utrošena sredstava za poslovne objekte odnose se na izradu projektne dokumentacije za dvije građevine, te dovršenje rohba prostora jedne ispostave. Dodatna ulaganja na građevinskim objektima odnose se na zamjene prozora, krovišta, centralnog grijanja.

Izdaci za financijsku imovinu i otplata zajma izvršeni su u iznosu od 12.123.316 kn, a čine ih izdaci za otplatu informatičke opreme koja je kupljena na obročnu otplatu, a u prethodnoj godini tu je iskazana zadnja rata otplate kredita Svjetske banke.

Ukupno poslovanje Zavoda prikazano je u tablici 10.

Tablica 10: Pokazatelji financijskog poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2012. godini u kunama

R. br.	Pokazatelji	I. – XII. 2011.	I- XII. 2012.	Indeks	Struktura I. – XII. 2011. 2012.	
PRIHODI – PRIMICI						
1	Prihodi iz proračuna za financiranje redovne djelatnosti	20.065.240.874	19.427.389.950	96,82	92,20	91,13
2	Prihodi po posebnim propisima	1.679.442.167	1.859.461.305	110,72	7,72	8,73
3	Prihodi od financijske imovine	15.125.215	215.863	1,43	0,07	0,00
4	Prihodi od pruženih usluga	1.657.115	720.389	43,47	0,01	0,00
5	Primici od financijske imovine i zaduživanja	118.799	30.308.289		0,00	0,14
Sveukupni prihodi i primici (1 – 5)		21.761.584.170	21.318.095.796	97,96	100,00	100,00
RASHODI – IZDACI						
1	Primarna zdravstvena zaštita	2.917.738.592	2.969.982.492	101,79	13,65	13,14
2	HMP i sanitetski prijevoz	575.275.172	674.194.695	117,20	2,69	2,98
3	Zdravstvena njega u kući	141.519.301	139.818.317	98,80	0,66	0,62
4	Hitna pomoć na državnim cestama	7.065.996	5.877.768	83,18	0,03	0,03
5	Cjepivo	85.207.984	67.232.169	78,90	0,40	0,30

R. br.	Pokazatelji			Indeks	Struktura I. - XII.	
		I. - XII. 2011.	I. - XII. 2012.		2011.	2012.
6	Rano otkrivanje zloćudnih bolesti	16.987.012	14.670.991	86,37	0,08	0,06
7	Lijekovi na recepte	3.029.551.937	3.303.254.909	109,03	14,17	14,61
8	Ortopedski uređaji i pomagala	686.788.622	719.829.092	104,81	3,21	3,18
9	Bolnička zdravstvena zaštita	8.149.913.984	7.913.133.635	97,09	38,13	35,01
10	Posebno skupi lijekovi	528.923.857	566.772.111	107,16	2,48	2,51
11	Eksplantacije u bolnicama	6.566.391	6.568.581	100,03	0,03	0,03
12	Transplantacije u bolnicama	120.178.620	112.022.493	93,21	0,56	0,50
13	Intervencijska kardiologija	22.708.172	23.757.560	104,62	0,11	0,11
14	Intervencijska neurologija	9.422.782	7.561.583	80,25	0,04	0,03
15	Umjetne pužnice	2.640.000	2.633.310	99,75	0,01	0,01
16	Transfuzijska medicina	89.864.851	117.739.099	131,02	0,42	0,52
17	Medicinska oplodnja	33.754.405	41.416.909	122,70	0,16	0,18
18	Spec. - konz. zdr.zašt.	671.901.343	633.202.895	94,24	3,14	2,80
19	Liječenje u inozemstvu	42.536.358	59.445.973	139,75	0,20	0,26
20	Zdr.zašt. INO osig. u RH za vrij. privr. bor. u RH	126.437.276	124.687.227	98,62	0,59	0,55
21	Prevenција ovisnosti	18.886.081	18.913.317	100,14	0,09	0,08
22	Zavod za javno zdravstvo i drugi programi	26.569.674	26.441.765	99,52	0,12	0,12
23	Zdr. zašt. osoba čije prebivalište nije poznato	5.495.696	3.799.932	69,14	0,03	0,02
24	Zdr. zašt. hrv. državljana s preb. u BiH	8.006.172	9.621.840	120,18	0,04	0,04
25	Zdr. zašt. dopunskog osiguranja	986.955.194	1.609.246.586	163,05	4,62	7,12
26	Zdr. zaštita na radu	113.702.154	103.204.749	90,77	0,53	0,46
27	Sanacija zdravstvenih ustanova		465.423.246		0,00	2,06
Ukupna zdravstvena zaštita (1 - 27)		18.424.597.626	19.740.453.244	107,14	86,19	87,33
28	Naknade zbog bolesti i invalidnosti	1.054.643.589	1.044.700.384	99,06	4,93	4,62
29	Rodiljne naknade - obvezni rodiljni dopust	895.935.273	907.596.550	101,30	4,19	4,02
30	Naknade plaća hrvatskim braniteljima	36.798.576	24.652.078	66,99	0,17	0,11
31	Ostale naknade	247.771.830	206.128.219	83,19	1,16	0,91
32	Specijalizacije i pripravnici	115.299.476	100.571.787	87,23	0,54	0,45
33	Nak.za bol. i isplate osig. za ozlj. na radu i prof. ob.	234.859.887	190.913.407	81,29	1,10	0,84
Ukupno naknade (28 - 33)		2.585.308.631	2.474.562.425	95,72	12,09	10,95
34	Rashodi za zaposlene	248.390.830	242.468.845	97,62	1,16	1,08
35	Materijalni izdaci	79.158.613	88.512.501	111,82	0,37	0,39
36	Financijski rashodi	2.415.094	2.540.178	105,18	0,01	0,01
37	Ostali rashodi - naknada štete	8.996.363	9.947.070	110,57	0,04	0,04
38	Rashodi za nabavu nefinancijske imovine	7.501.682	34.311.768	457,39	0,04	0,15
39	Izdaci za financ. imovinu i otplatu zajmova	21.376.248	12.123.316	56,71	0,10	0,05
Ukupno (34 - 39)		367.838.830	389.903.678	106,00	1,72	1,72

Sveukupni rashodi i izdaci	21.377.745.087	22.604.919.347	105,74	100,00	100,00
Višak prihoda i primitaka	383.839.083				
Manjak prihoda i primitaka		1.286.823.551			
Manjak prihoda i primitaka - preneseni	74.560.228				
Višak prihoda i primitaka - preneseni		309.448.504			
Višak prihoda i primitaka raspoloživ u sljedećem razdoblju	309.278.855				
Manjak prihoda i primitaka za pok. u sljedećem razdoblju		977.375.047			
Rashod budućeg razdoblja	4.047.595.597	3.862.141.028			

Tablica 11: Poslovanje dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini

PRIHODI		
Prihodi po posebnim propisima - premija		1.355.915.163
Prihodi od proračuna		554.997.421
Ukupno:		1.910.912.584
Sudjelovanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (10 kn kod posjete liječniku prim. zdrav. zašt. i izdavanju lijeka na recepte)		445.580.210
Korigirani prihodi:		1.465.332.374
RASHODI		
Zdravstvena zaštita		1.609.246.586
Poslovanje stručne službe		33.741.167
Ukupno:		1.642.987.753
Manjak prihoda		177.655.379

U tablici 11 iskazani su prihodi i rashodi dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Prema uputama Ministarstva financija a obzirom na to da se radi o jednoj pravnoj osobi, odnos između dopunskog i obveznog osiguranja knjigovodstveno se ne smije duplirati ni na prihodovnoj ni na rashodnoj strani. Sredstva koja treba osigurati iz police, na ime sudjelovanja osigurane osobe kod posjeta ordinaciji primarne zdravstvene zaštite i izdavanja lijeka na recepte, umanjuju se na poziciji Prihodi po posebnim propisima - premija, i knjigovodstveno se iskazuju kao prihod od sudjelovanja osigurane osobe, te kao rashod kod plaćanja prema zdravstvenoj ustanovi, a to u 2012. godini iznosi 445.580.210 kn.

Zdravstvena zaštita

S obzirom na to da troškovi bolničke zdravstvene zaštite čine 50 % ukupnih troškova zdravstvene zaštite, posebno se prati izvršenje bolnica putem izvješća o naturalnim i financijskim pokazateljima rada bolnica, a izrađuju se i posebna izvješća putem kojih se analizira ispostavljanje DTS računa za akutno bolničko liječenje (dostupna na http://www.cezih.hr/cezih_datoteke/dts/dts_datoteke/rezultati.html).

Primarna zdravstvena zaštita i javno-zdravstvene djelatnosti u RH obuhvaćaju 14 djelatnosti, koje se provode u 434 ustanove, te 3.903 privatne prakse. Izdaci na primarnu zdravstvenu zaštitu iznosili su u 2012. nešto manje od 3 milijarde kuna. U sklopu medicine u 2012. godini za periodične preglede plaćeno je 54.046.740,25 HRK (54 milijuna kuna).

Specijalističko-konzilijarna i bolnička zdravstvena zaštita provode se u 64 bolnice (u Mreži), 22.283 postelje (15.940 akutnih u 17 djelatnosti, 6.443 kroničnih u 6 djelatnosti), 250 ustanova i 195 privatnih praksi. Izdaci za bolničku zdravstvenu zaštitu iznosili su u 2012. više od 8 milijardi kuna.

Broj posjeta ordinacijama primarne zdravstvene zaštite u razdoblju siječanj-prosinac 2012. godine je 41.881.489 posjeta. Najviše posjeta obavljeno je u općoj/obiteljskoj medicini 32.849.022 posjeta, što upućuje na zaključak da je svaki osiguranik u promatranom razdoblju više od sedam puta posjetio ordinaciju opće/obiteljske medicine. Iz prethodne tablice je vidljivo da je broj posjeta ordinacijama primarne zdravstvene zaštite u promatranom razdoblju češći nego u istom razdoblju prethodne godine. Napominje se da se, uz utvrđeni godišnji iznos sredstava za određenu djelatnost (glavarine), dio usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti plaća po dijagnostičko terapijskom postupku (DTP) što se posebno zaračunava Zavodu. Tako je u razdoblju siječanj-prosinac 2012. godine broj izvršenih usluga DTP-a u općoj/obiteljskoj medicini 3.168.027 postupaka i fakturirano je 61.057.645 kn (u 2011. godini 3.199.088 postupaka), u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece 363.805 postupaka, fakturirano je 7.203.866 kn, te u zdravstvenoj zaštiti žena 189.454 dijagnostičko-terapijska postupka, uz fakturirani iznos od 8.489.761 kn. U prethodnoj godini broj izvršenih usluga DTP-a u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece bio je 330.646, a u zdravstvenoj zaštiti žena 178.845 dijagnostičko-terapijska postupaka. Iz prethodnog se može zaključiti da broj postupaka, koji se posebno zaračunavaju Zavodu, raste.

Tako je u 2012. godini ugovoreno 2.343 tima opće/obiteljske medicine, 272 tima zdravstvene zaštite predškolske djece, 272 tima zdravstvene zaštite žena, 1.955 timova polivalentne dentalne zdravstvene zaštite, 155

timova u djelatnosti preventivno-odgojnih mjera školske djece i studenata, 134 tima u djelatnosti primarne laboratorijske dijagnostike, 871 tim patronažne zdravstvene zaštite, 112 timova higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite. Za zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti ugovoreno je 41 tim, za djelatnost javnog zdravstva ugovoreno je 30 timova; djelatnost hitne medicine koja je ugovorena s novo uspostavljenim županijskim zavodima za hitnu medicinu, a ugovara se u skladu s Mrežom hitne medicine (NN 71/2012.); sklopljeni su ugovori s 20 Zavoda. Pružanje usluga za zdravstvenu njegu u kući ugovoreno je s 1.282 sestre. Za djelatnost medicine rada sklopljeni su ugovori sa 149 timova.

U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti usluge liječenja akutnih bolesti plaćaju se prema dijagnostičko-terapijskim skupinama (DTS), odnosno DBL – dani bolničkog liječenja za kronične bolesti.

Usporedimo li broj dana bolničkog liječenja za akutne bolesti s brojem slučajeva, može se zaključiti da prosječno trajanje bolničkog liječenja za akutne bolesti u promatranom razdoblju iznosi 7,49 dana, što je manje nego u istom razdoblju prethodne godine, kada je prosječno trajanje liječenja za akutne bolesti iznosilo 7,63 dana. Broj slučajeva i broj dana bolničkog liječenja za akutne i kronične bolesti u promatranom razdoblju je povećan u odnosu na prošlu godinu. Prosječno trajanje liječenja za kronične bolesti u danima u tekućoj godini iznosi 27,15 dana, a u prethodnoj godini iznosilo je 26,36 dana.

U 2012. godini zaključeni su ugovori sa 64 bolničke zdravstvene ustanove. Ugovoreno je 22.372 postelja, s tim da je ugovoreno 15.940 postelja za akutne bolesti, a 6.432 postelje za kronične bolesti, dugotrajno liječenje i fizikalnu medicinu i rehabilitaciju.

U razdoblju siječanj-prosinac 2012. godine za ukupnu zdravstvenu zaštitu izdvojeno je 19.740.453.244 kn ili 87,33 % ukupnih izdataka, od kojih je za zdravstvenu zaštitu u obveznom zdravstvenom osiguranju (s ozljedama na radu) utrošeno 18.131.206.658 kn, a za zdravstvenu zaštitu dopunskog zdravstvenog osiguranja 1.609.246.586 kn.

U odnosu na izdatke za zdravstvenu zaštitu, u prethodnoj godini, koji su iznosili 18.424.597.626 kn, u promatranom razdoblju utrošeno je 7,14 % više sredstava. Napominje se, da su se sukladno dogovoru Ministarstva zdravlja i Ministarstva financija, te Odluci Upravnog vijeća Zavoda, u 2012. godini na teret pozicije Lijekovi na recepte, platile obveze zdravstvenih ustanova za lijekove i potrošni medicinski materijal, u iznosu od 465.423.246 kn, kako bi se ublažile nestašice i izmirile obveze prema dobavljačima.

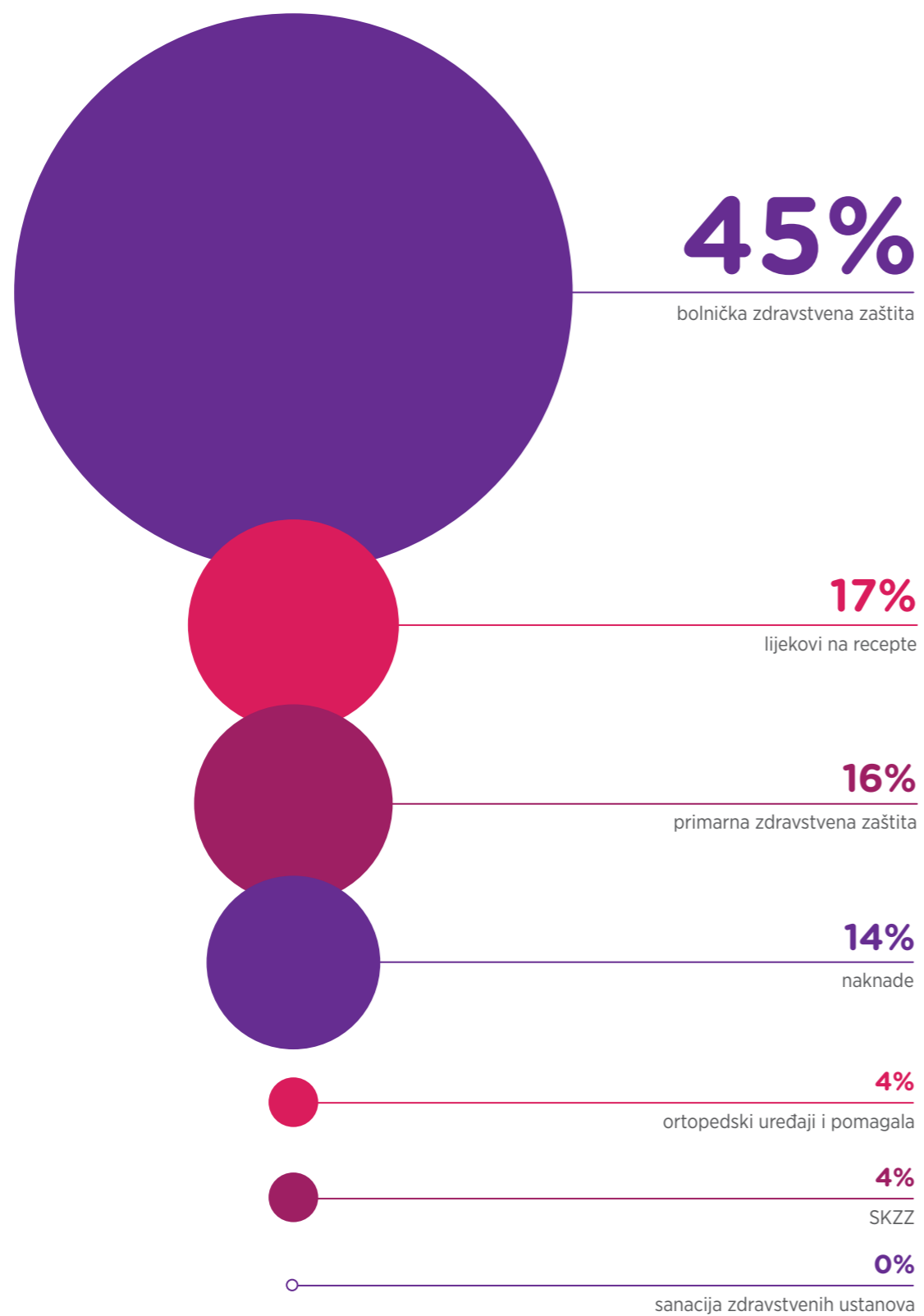
Tablica 12: Rashodi – izdaci za zdravstvenu zaštitu

kn	2011.	2012.	Indeks
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	17.323.940.278	18.028.001.909	104,06
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	986.955.194	1.609.246.586	163,05
Zdravstvena zaštita za ozljede na radu i profesionalne bolesti	113.702.154	103.204.749	90,77
Ukupna zdravstvena zaštita	18.424.597.626	19.740.453.244	107,14

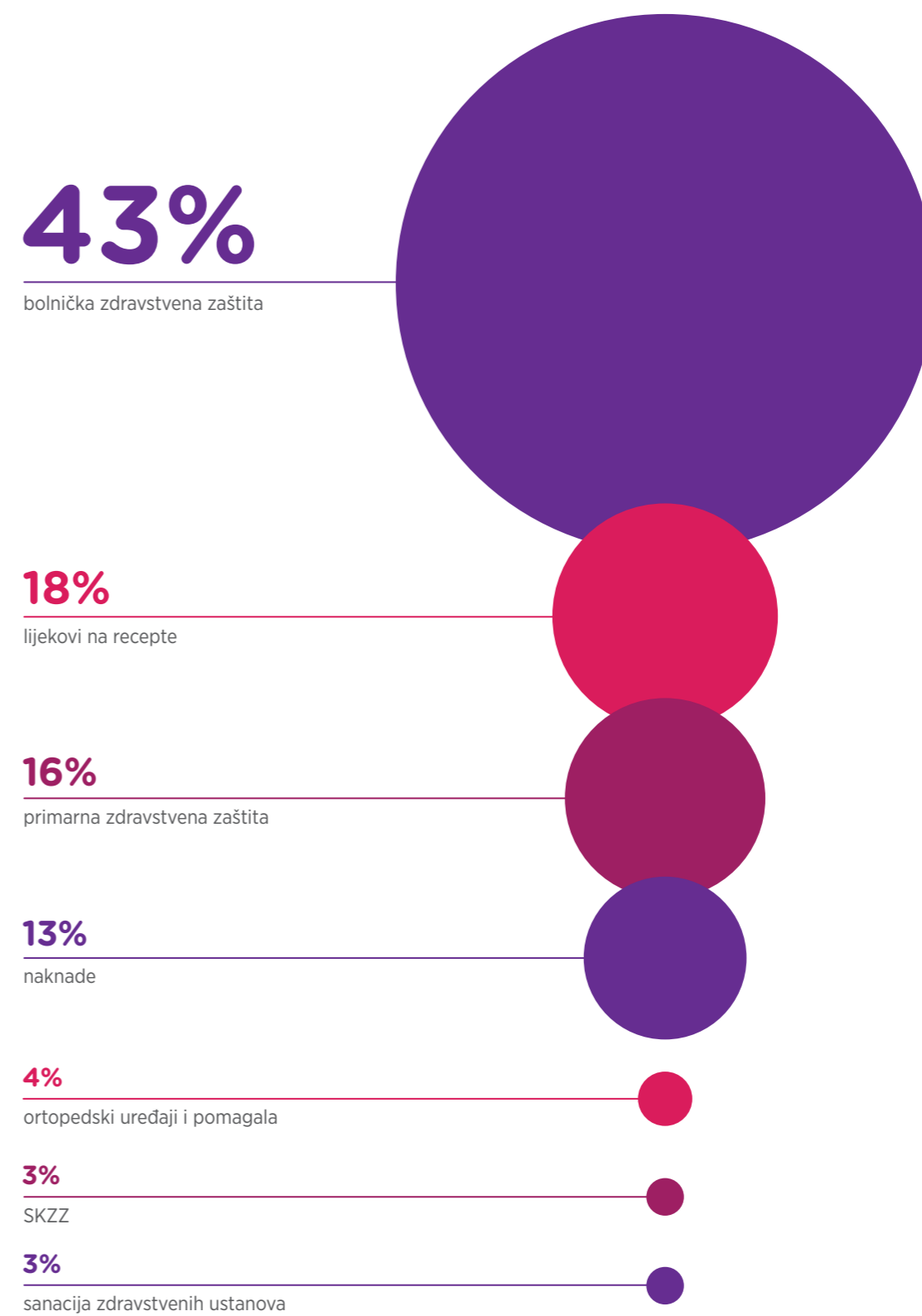
Tablica 13: Rashodi – izdaci u obveznom zdravstvenom osiguranju kao i struktura zdravstvene zaštite u 2012. godini u odnosu na prethodnu godinu

Izdaci za zdravstvenu zaštitu	2011.	2012.	Indeks	2011Struktur	2012.
Primarna zdravstvena zaštita	2.917.738.592	2.969.982.492	101,79	16,73	16,38
Hitna med. pomoć i sanit. prijevoz	575.275.172	674.194.695	117,20	3,30	3,72
Zdravstvena njega u kući	141.519.301	139.818.317	98,80	0,81	0,77
Hitna pomoć na državnim cestama	7.065.996	5.877.768	83,18	0,04	0,03
Cjepivo	85.207.984	67.232.169	78,90	0,49	0,37
Rano otkrivanje zloćudnih bolesti	16.987.012	14.670.991	86,37	0,10	0,08
Lijekovi na recepte	3.029.551.937	3.303.254.909	109,03	17,37	18,22
Ortopedski uređaji i pomagala	686.788.622	719.829.092	104,81	3,94	3,97
Bolnička zdravstvena zaštita	8.149.913.984	7.913.133.635	97,09	46,74	43,64
Posebno skupi lijekovi	528.923.857	566.772.111	107,16	3,03	3,13
Eksplantacije u bolnicama	6.566.391	6.568.581	100,03	0,04	0,04
Transplantacije u bolnicama	120.178.620	112.022.493	93,21	0,69	0,62
Intervencijska kardiologija	22.708.172	23.757.560	104,62	0,13	0,13
Intervencijska neurologija	9.422.782	7.561.583	80,25	0,05	0,04
Umjetne pužnice	2.640.000	2.633.310	99,75	0,02	0,01
Transfuzijska medicina	89.864.851	117.739.099	131,02	0,52	0,65
Medicinska oplodnja	33.754.405	41.416.909	122,70	0,19	0,23
Spec. – konzilijarna zdrav. zaštita	671.901.343	633.202.895	94,24	3,85	3,49
Zdravstvena zaštita u inozemstvu	42.536.358	59.445.973	139,75	0,24	0,33
Troškovi zdravstvene zaštite – INO	126.437.276	124.684.227	98,62	0,73	0,69
Prevenција ovisnosti	18.886.081	18.913.317	100,14	0,11	0,10
Zavod za javno zdravstvo i drugi programi	26.569.674	26.441.765	99,52	0,15	0,15
Zdravstvena zaštita osoba čije je prebivalište nepoznato	5.495.696	3.799.932	69,14	0,03	0,02
Zdravstvena zaštita hrvatskih državljana s prebivalištem u BiH	8.006.172	9.621.840	120,18	0,05	0,05
Sanacija zdravstvenih ustanova	-	465.423.246	-	-	2,57
Ukupno	17.323.940.278	18.028.001.909	104,06	99,35	99,43
Zdrav. zaštita na radu	113.702.154	103.204.749	90,77	0,65	0,57
Zdrav. zaštita obveznog zdr. osig.	17.437.642.432	18.131.206.658	103,98	100,00	100,00

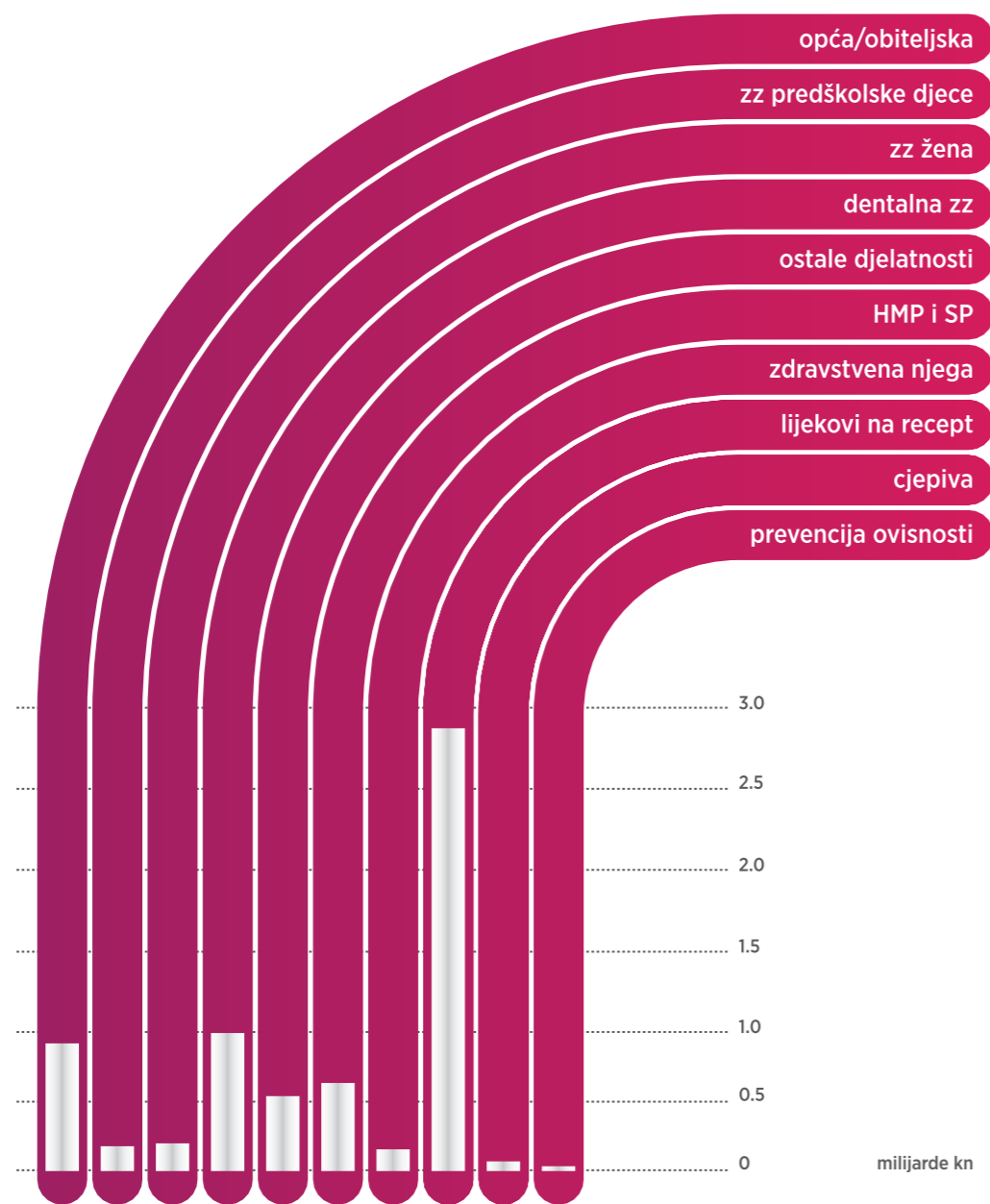
Prikaz 7: Rashodi za 2011. godinu



Prikaz 8: Rashodi za 2012. godinu



Prikaz 9: Primarna razina zdravstvene zaštite Plan 2013. iznosi 6.779.667.634 kn



Za primarnu zdravstvenu zaštitu utrošeno je 2.969.982.492 kn, što je za 1,79 % više nego u istom razdoblju prethodne godine, i čini 16,38 % izdataka za zdravstvenu zaštitu u obveznom zdravstvenom osiguranju.

Za posebno skupe lijekove utrošeno je 566.772.111 kn, što je za 7,16 % više od istih izdataka u 2011. godini, kada su iznosili 528.923.857 kn. Najveći trošak ove pozicije odnosi se na onkološke bolesti. Zbog produženja života i poboljšanja kvalitete života, doživotne terapije, te zbog kontinuiranog povećanja novooboljelih svake godine, povećavaju se i izdaci.

Izdaci za ortopedske uređaje i pomagala iznosili su 719.829.092 kn, veći su za 4,81 % a u strukturi čine 3,97 % izdataka ukupne zdravstvene zaštite.

U promatranom razdoblju izdano je 52.943.026 recepata, što je 12,15 recepata po osiguranoj osobi Zavoda. U 2012. godini sklopljeni su ugovori s 1.094 ljekarne-ljekarničke jedinice.

Analiziramo li broj recepata po područnim uredima u 2012. godini po osiguranoj osobi, tada se zaključuje da je najveći broj recepata po osiguranoj osobi zabilježen u Područnom uredu Krapina, 13,96, zatim u Područnom uredu Sisak, 13,49, a najmanje u Područnom uredu Slavonski Brod 11,17 recepata po osiguraniku.

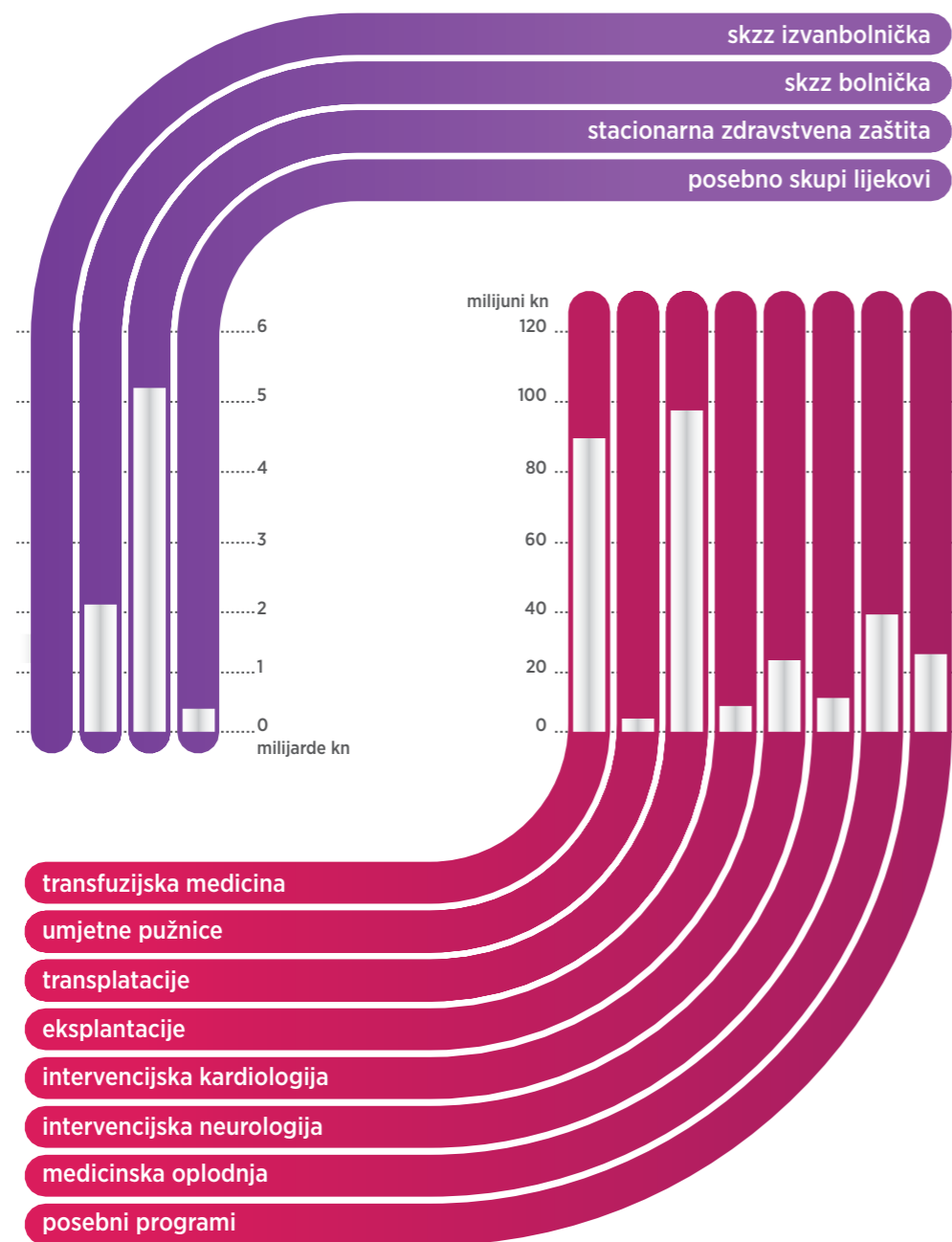
Tablica 14: Lijekovi na recept u 2012. g.

2012.	Broj recepata	Broj pakovanja	Ukupan iznos (lijek+usluga)	Prosječno po receptu	Prosječno po pakovanju
Ukupno	52.494.057	76.288.842	3.713.013.635,38	70,73	48,67

"TOP10" FINANCIJSKI			POTROŠNJA	
Rbr	Trgovački naziv	Oblik	Broj pakovanja	Iznos u KN
1	NovoMix 30 FlexPen	5pen-štrcalj. sa stakl. ulošcima 3 ml (100 i.j./ml)	207.164	53.448.312,00
2	Seretide 500 Diskus	prašak za inhal. 60 doza x(50+500 mcg)	124.867	34.013.770,80
3	Controloc	tbl. 28x40 mg	279.530	29.037.576,40
4	Klavocin bid	film. tbl. 14x1 g(875 mg+125 mg)	443.898	28.462.739,76
5	Zyprexa Velotab	rasp. tbl. za usta 28x10 mg	55.769	25.935.373,45
6	CellCept	caps. 100x250 mg	35.583	23.893.203,24
7	Seretide 250 Diskus	prašak za inhal. 60 doza x(50+250 mcg)	114.658	23.734.206,00
8	Iruzid	tbl. 60x(20 mg+12,5 mg)	208.228	22.738.497,60
9	Arimidex	film tbl. 28x1 mg	34.833	22.495.289,66
10	Iruzid	tbl. 30x(20 mg+12,5 mg)	352.569	22.444.542,54

"TOP10" PAKOVANJA			POTROŠNJA	
Rbr	Trgovačko ime	Oblik	Broj pakovanja	Iznos u KN
1	Ensure Plus	tetrapak220 ml	1.878.585	17.019.980,10
2	Normabel	tbl.30x5 mg	1.614.162	13.558.960,80
3	Fursemid	tbl. 20x40 mg	1.173.626	10.765.625,82
4	Glucerna SR		904.057	8.733.190,62
5	Praxiten 15	tbl. 30x15 mg	729.526	5.033.729,40
6	Zaldiar 37,5 mg/325 mg	film obl. tbl. 30x(37,5 mg+325 mg)	654.809	18.662.056,50
7	Concor COR	tbl. 30x2,5 mg	613.359	10.592.709,93
8	Concor COR	tbl. 20x1,25 mg	600.775	3.124.030,00
9	Prosure	tetrapak 1x240 ml	597.762	15.870.581,10
10	Lacipil	tbl. 28x4 mg	559.744	15.829.560,32

Prikaz 10 i 11: Sekundarna i tercijarna razina Plan 2013. iznosi 8.683.519.092



U 2012. godini ovjereno je 983.938 potvrda za ortopedske uređaje i pomagala, dok je u 2011. godini ovjereno 940.025 potvrda. Prema financijskom izvješću izdaci za taj vid zdravstvene zaštite iznose 719.829.092 kn i veći su za 4,81 % od istih izdataka prethodne godine, kada su iznosili 686.788.622 kn, i čine 3,97 % ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja.

Zbog korištenja zdravstvene zaštite izvan mjesta boravišta, odnosno prebivališta, isplaćuju se putni troškovi.

Stoga je u 2012. godini broj isplaćenih putnih troškova iznosio 900.659 i manji je od broja isplata u prethodnoj godini zbog izmjene Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Pomoć za novorođeno dijete isplaćuje se na teret sredstava Državnog proračuna, te je u promatranj godini isplaćeno 41.534 pomoći za novorođeno dijete, što je za 0,71 % više od prethodne godine, kada je isplaćeno 41.243 pomoći.

Naknade

U razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine ukupni izdaci za naknade i pomoći iznosili su 2.474.562.425 kn, što je za 4,28 % manje u odnosu na izdatke za naknade u 2011. godini, kada su iznosili 2.585.308.631 kn, i čine 10,95 % ukupnih izdataka.

Najveći dio naknada čine naknade zbog bolesti i invalidnosti, koje su iznosile 1.044.700.384 kn, i manje su za 0,94 %, ili za 9.943.205 kn od isplaćenih naknada za bolovanja u prethodnoj godini (1.054.643.589 kn). U strukturi čine 4,62 % ukupnih izdataka.

Tablica 15: Pregled naknada

Naknade	2011.	2012.	Indeks 2/1	Struktura	
				2011.	2012.
Naknade zbog bolesti i invalidnosti	1.054.643.589	1.044.700.384	99,06	40,79	42,22
Rodiljne naknade – obvezni rodiljni dopust	895.935.273	907.596.550	101,30	34,66	36,68
Naknade plaća hrvatskim braniteljima	36.798.576	24.652.078	66,99	1,42	1,00
Ostale naknade	247.771.830	206.128.219	83,19	9,58	8,33
Specijalizacije i pripravnici	115.299.476	100.571.787	87,23	4,46	4,06
Naknade bolovanja i isplate osiguranicima za ozljede na radu i profesionalna oboljenja	234.859.887	190.913.407	81,29	9,09	7,71
Ukupno naknade	2.585.308.631	2.474.562.425	95,72	100,00	100,00

Rodiljne naknade, obvezni rodiljni dopust, iznosile su 907.596.550 kn i veće su za 1,30 % od rodiljnih naknada u 2011. godini, kada su iznosile 895.935.273 kn. Visina naknade za obvezni rodiljni dopust je delimitirana, odnosno isplaćuje se u visini 100 % plaće korisnice rodiljnog dopusta.

Naknade plaća hrvatskim braniteljima iznosile su 24.652.078 kn, dok su u prethodnoj godini iznosile 36.798.576 kn, i smanjene su za 33,01 %. Ovaj vid izdataka bilježi tendenciju smanjenja unatrag nekoliko godina.

Izdaci za ostale naknade iznose 206.128.219 kn, manje su za 16,81 % od istih izdataka u prethodnoj godini, zbog izmjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. Osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zdravstvenu zaštitu koristila u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora privatne prakse ili kod ugovornog isporučitelja pomagala, u mjestu koje je udaljeno više od 30 kilometara (zamijenjeno je 50 kilometara) od mjesta njezina prebivališta, odnosno boravka jer potrebnu zdravstvenu zaštitu nije mogla ostvariti u bližoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno ordinaciji ugovornog doktora, ili

U okviru naknada za bolovanje iskazuju se i komplikacije u trudnoći, za koje je u 2012. godini utrošeno 339.479.231 kn, odnosno za 2,99 % manje nego u 2011. godini, kada su naknade za bolovanje zbog komplikacija u trudnoći iznosile 349.945.919 kn. Slijedom rečenog može se zaključiti da 32,50 % naknada zbog bolesti i invalidnosti čine naknade zbog komplikacija u trudnoći.

kod bližeg ugovornog isporučitelja pomagala. Ostale naknade čine: naknade za putne troškove u iznosu od 203.247.701 kn, te naknade troškova osiguranicima za lijekove u iznosu od 2.880.518 kn.

Izdaci za specijalizacije i pripravnike iznosili su 100.571.787 kn, manji su za 12,77 % u odnosu na iste izdatke u prethodnoj godini, a čine ih izdaci za pripravnike u iznosu od 75.778.965 kn, te izdaci za specijalizacije u iznosu od 24.792.822 kn.

Naknade bolovanja za ozljede na radu i profesionalne bolesti iznose 190.913.407 kn i manje su od istih izdataka u 2011. godini, kada su iznosile 234.859.887 kn.

Kao što je već rečeno, ukupni izdaci za naknade zbog bolesti u 2012. godini iznosili su 1.044.700.384 kn.

Prema podacima s kojima raspolažemo iz evidencija liječnika primarne zdravstvene zaštite, o broju slučajeva i dana bolovanja, te broja aktivnih osiguranih iz baze podataka Zavoda, izračunava se stopa bolovanja do 42 dana, a stopa bolovanja nakon 42 dana izračunava se iz doznaka – zahtjeva za refundaciju bolovanja zaprimljenih u Zavodu u promatranom razdoblju.

Obveze

Na dan 31. 12. 2012. godine ukupne obveze Zavoda iskazane su u iznosu od 5.660.647.429 kn, s tim da dospjele obveze iznose 1.348.093.036 kn, što je 23,82 % ukupnih, a ne dospjele obveze iznose 4.312.554.393 kn ili 76,18 % ukupnih obveza. Obveze koje se iskazuju kao međusobne obveze proračunskih korisnika iznose 158.552.885 kn. Umanjimo li dospjele obveze za taj iznos, dospjele obveze iz obavljanja primarne djelatnosti iznose 1.189.540.151 kn.

Usporedimo li dospjele obveze na kraju 2012. godine s dospjelim obvezama na početku godine, vidjet ćemo da su dospjele obveze povećane za 1.020.959.527 kn.

U strukturi dospjelih obveza od obavljanja primarne djelatnosti, u iznosu od 1.189.540.151 kn, najveći dio čine dospjele obveze za zdravstvenu zaštitu, u iznosu od 991.928.902 kn, što je 83,39 % dospjelih obveza. Obveze za novčane naknade iznose 196.601.619 kn (16,53 %), dospjele obveze zdravstvene zaštite dopunskog zdravstvenog osiguranja iznose 491.172, ili 40,64 %, dospjele obveze stručne službe iznose 518.458 kn.

Međusobne obveze proračunskih korisnika iznose 158.552.885 kn, iskazuju se kao potraživanje Zavoda, te postoji obveza Zavoda da se ta sredstva uplate u Državni proračun (tu se iskazuju potraživanja po regresnim postupcima za prometne nesreće i ozljede na radu, te potraživanja za koje postoji obveza da se uplate u Državni proračun).

Od dospjelih obveza za zdravstvenu zaštitu, u iznosu od 991.928.902 kn, glavninu čine dospjele obveze za lijekove na recepte, u iznosu od 642.722.626 kn; obveze za ortopedske uređaje i pomagala iznose 94.796.175 kn, obveze za posebno skupe lijekove iznose 66.385.014 kn, dospjele obveze u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iznose 61.183.415 kn, obveze za vanbolnički SKZ iznose 54.161.115

kn, dospjele obveze za transfuzijsku medicinu 37.673.126 kn, obveze za transplantacije u bolnicama 25.255.150 kn, obveze za sve druge vidove zdravstvene zaštite 9.752.281 kn. Razlog povećanja dospjelih obveza je činjenica da su u planu 2012. godine osigurana manja sredstva od planiranih u 2011. godini u iznosu od 493.187.318 kn, te da su tijekom godine u dva navrata izvršena plaćanja obveza zdravstvenih ustanova na teret pozicije Lijekovi na recepte, u ukupnom iznosu od 465.423.246 kn.

Na kraju 2012. godine nisu izvršene kompenzacije za bolovanja korisnika Državnog proračuna te su iskazane dospjele obveze za naknade bolovanja prema korisnicima Državnog proračuna, u iznosu od 75.739.266 kn, obveze za naknade braniteljima u iznosu od 4.894.310 kn, a obveze za naknade bolovanja za ozljede na radu i profesionalne bolesti u iznosu od 31.459.106 kn, što je ukupno 112.092.682 kn. Na kraju 2011. godine ostalo je nekompenziranih naknada za bolovanje u iznosu od 22.126.236 kn, i naknade za ozljede na radu i profesionalne bolesti, u iznosu od 14.017.931 kn.

Na kraju 2012. godine dopunsko zdravstveno osiguranje iskazalo je dospjele obveze za zdravstvenu zaštitu u iznosu od 491.172 kn, a na kraju 2011. godine dospjele obveze za zdravstvenu zaštitu iznosile su 62.706.167 kn.

Obveze koje se iskazuju kao međusobne obveze proračunskih korisnika smanjene su u odnosu na prethodnu godinu i iznose 158.552.885 kn.

U ukupnim obvezama iskazane su i obveze za jamčevine za etičko oglašavanje lijekova, koje na kraju 2012. godine iznose 78.177.940 kn, a na kraju 2011. godine su iznosile 92.256.771 kn.

Na kraju 2012. godine Zavod je iskazao naplaćene a ne utrošene prihode u ukupnom iznosu 135.434.254,56 kn, a sredstva se vode u Riznici.

Tablica 16: Pregled dospjelih obveza

Dospjele obveze	1.1.2012.	31.12.2012.	Razlika
Zdravstvena zaštita	51.650.023	991.928.902	+940.278.879
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	62.706.167	491.172	-62.214.995
Novčane naknade	39.518.960	196.601.619	+157.082.659
Stručna služba	415.811	518.458	+102.647
Kapitalni izdaci	4.920	-	-4.920
Međusobne obveze proračunskih korisnika	172.837.628	158.552.885	-14.284.743
Ukupno:	327.133.509	1.348.093.036	+1.020.959.527

Financijski rezultat

Ukupni prihodi i primici Zavoda, prema knjigovodstvenim pokazateljima, u razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine iznosili su 21.318.095.796 kn, izvršeni rashodi-izdaci 22.604.919.347 kn te je ostvaren manjak prihoda i primitaka, u iznosu od 1.286.823.551 kn.

Višak prihoda i primitaka prenesen iz ranijih godina iznosi 309.448.504 kn, a ostvareni manjak prihoda i primitaka na kraju 2012. godine iznosi 1.286.823.551 kn. Ukupan manjak prihoda i primitaka za pokriće u sljedećem razdoblju iznosi 977.375.047 kn. Rashodi budućeg razdoblja iskazani su u iznosu od 3.862.141.028 kn, a u 2011. godini iznosili su 4.047.595.597 kn.

Usporedba financijskog plana s izvršenjem u 2012. godini

Svi prihodi Zavoda uplaćuju se na jedinstveni račun Državne riznice, a planiranje i praćenje izvršenja proračuna vrši se po programima i aktivnostima. U 2012. godini izvršena je jedna izmjena i dopuna državnog proračuna i jedna preraspodjele sredstava Zavoda, a sve u cilju osiguranja optimalnih sredstava za poslovanje. Ukupno planirani prihodi i rashodi za 2012. godinu iznosili su 21.119.925.828 kn.

Prema financijskom izvješću za 2012. godinu ukupni prihodi-primici iznose 21.318.095.796 kn, što je za 2,36 % više od planiranih, a rashodi-izdaci iznose 22.604.919.347 kn, odnosno 7,03 % više od planiranih.

Tablica 17: Usporedba Financijskog plana HZZO-a za 2012. godinu s podacima iz Financijskog izvješća

Red. Br. Pokazatelj	Plan 2012. godina u kn	Izvršenje po financ. izvješću HZZO-a za 2012. g u kn	Indeks 3/2
RASHODI – IZDACI			
1 Primarna zdravstvena zaštita	2.904.200.000	2.969.982.492	102,27
2 HMP i sanitetski prijevoz	671.334.295	674.194.695	100,43
3 Zdravstvena njega u kući	141.700.000	139.818.317	98,67
4 Hitna pomoć na državnim cestama	8.000.000	5.877.768	73,47
5 Cjepivo	70.000.000	67.232.169	96,05
6 Rano otkrivanje zloćudnih bolesti	20.500.000	14.670.991	71,57
7 Lijekovi na recepte	3.129.182.000	3.303.254.909	105,56
8 Ortopedski uređaji i pomagala	626.674.562	719.829.092	114,86
9 Bolnička zdravstvena zaštita	7.860.321.117	7.913.133.635	100,67
10 Posebno skupi lijekovi	500.000.000	566.772.111	113,35
11 Eksplantacije u bolnicama	7.000.000	6.568.581	93,84
12 Transplantacije u bolnicama	100.000.000	112.022.493	112,02
13 Intervencijska kardiologija	25.000.000	23.757.560	95,03
14 Intervencijska neurologija	8.000.000	7.561.583	94,52
15 Umjetne pužnice	2.633.310	2.633.310	100,00
16 Transfuzijska medicina	90.000.000	117.739.099	130,82
17 Medicinska oplodnja	40.000.000	41.416.909	103,54
18 Specij.-konzil. zdrav. zaštita – izvanbolnička	580.000.000	633.202.895	109,17
19 Liječenje u inozemstvu	59.000.000	59.445.973	100,76
20 Troškovi zdrav. zaštite INO osiguranika u RH za vrijeme privr. boravka u RH	140.025.690	124.687.227	89,05
21 Prevencija ovisnosti	18.900.000	18.913.317	100,07
22 Pružanje toksikoloških informacija	200.000	200.000	100,00
23 Dobrovoljno davalatstvo krvi	12.622.000	12.954.396	102,63
24 Programi vezani za unapređenje zdravstvene zaštite	13.000.000	12.522.500	96,33
25 Programi vezani za zdrav. zaštitu djece i mladeži	918.000	764.869	83,32

26 Zdr. zašt. osoba čije prebivalište nije poznato	6.500.000	3.799.932	58,46
27 Zdr. zašt. hrv. državljanina s prebivalištem u BiH	10.000.000	9.621.840	96,22
28 Zdravstvena zaštita dopunskog osiguranja	1.162.020.000	1.609.246.586	138,49
29 Zdravstvena zaštita na radu	170.186.526	103.204.749	60,64
30 Sanacija zdravstvenih ustanova		465.423.246	
Ukupna zdravstvena zaštita (1-30)	18.377.917.500	19.740.453.244	107,41
31 Naknade zbog bolesti i invalidnosti	930.000.000	1.044.700.384	112,33
32 Rodiljne naknade – obvezni rodiljni dopust	900.000.000	907.596.550	100,84
33 Naknade plaća hrvatskim braniteljima	29.000.000	24.652.078	85,01
34 Ostale naknade	195.000.000	206.128.219	105,71
35 Specijalizacije	27.000.000	24.792.822	91,83
36 Pripravnički staž za zdravstvene djelatnike	73.800.000	75.778.965	102,68
37 Naknade bolovanja i isplate osiguranicima – za ozljede na radu i prof. oboljenja	207.000.000	190.913.407	92,23
Ukupno naknade (31-37)	2.361.800.000	2.474.562.425	104,77
38 Rashodi za zaposlene	243.677.628	242.468.845	99,50
39 Materijalni izdaci	99.354.000	88.512.501	89,09
40 Financijski rashodi	3.952.700	2.540.178	64,26
41 Naknada štete – profesionalne bolesti	10.000.000	9.947.070	99,47
42 Rashodi za nabavu nefinancijske imovine	23.224.000	34.311.768	147,74
43 Izdaci za financ. imovinu i otplate zajmova		12.123.316	
Ukupno (38-43)	380.208.328	389.903.678	102,55
Sveukupni rashodi i izdaci	21.119.925.828	22.604.919.347	107,03

Osiguranim sredstvima u proračunu u 2012. godini vršena su plaćanja obveza prema redosljedu dospjeća i ugovorenim rokovima plaćanja, što znači da su se podmirile prenesene obveze iz 2011. godine, te dospjele obveze u 2012. godini, u skladu s raspoloživim sredstvima.

U prethodnoj tablici iskazana su planirana sredstva, u usporedbi s rashodima-izdacima po financijskom izvješću.

Ukupna sredstva, po financijskom izvješću, za zdravstvenu zaštitu veća su za 7,41 % od planiranih sredstava. Ukupne naknade veće su za 4,77 % od planiranih, a najveće odstupanje je na naknadama plaća zbog bolesti, koje su planirane u iznosu od 930.000.000 kn, a izvršene u iznosu od 1.044.700.384 kn. Ostali izdaci veći su

za 2,55 % od planiranih, zbog knjigovodstvenog načina iskazivanja nabavljene informatičke opreme.

Rashodi za zaposlene, materijalni izdaci i financijski rashodi po financijskom izvješću manji su od planiranih.

U okviru zdravstvene zaštite izvršenje određenih pozicija je veće od plana, a razlog tome je što se izvor financiranja Posebni propisi, gdje se iskazuje i dopunsko zdravstveno osiguranje, može trošiti iznad planiranih sredstava, odnosno u visini naplaćenih.

Usporedimo li planirana sredstva za 2012. godinu, u iznosu od 21.119.925.828 kn s izvršenjem istih iz Državnog proračuna (novčani tijek), koja su iznosila 21.342.882.980 kn, može se zaključiti da su utrošena sredstva za 1,06 % veća od planiranih, a po izvorima financiranja izvršenje je prikazano u tablici 18.

Tablica 18.

Izvor financiranja	Plan	izvršenja	Indeks 2/1
Doprinosi	16.258.060.895	16.166.336.957	99,44
Proračun	3.283.264.933	3.261.052.993	99,32
Posebni propisi	1.577.000.000	1.914.908.499	121,43
Vlastiti prihodi	1.600.000	584.531	36,53
Ukupno	21.119.925.828	21.342.882.980	101,06

Na izvoru financiranja Doprinosi i proračun izvršenje je gotovo jednako planiranim sredstvima. Kod izvora financiranja Posebni propisi, izvršenje je veće od plana i to prvenstveno kod dopunskog zdravstvenog osigu-

ranja, gdje su izvršena sredstva veća od planiranih. Kod izvora financiranja Posebni propisi izvršenje može biti veće od plana, ali u okviru naplaćenih sredstava.

13. Naturalni pokazatelji

Uz podatke o rashodima – izdacima za zdravstvenu zaštitu, prate se i naturalni pokazatelji potrošnje. To je vidljivo u tablici 19.

Tablica 19: Naturalni pokazatelji

Djelatnosti / Naturalni pokazatelji	2011.	2012.	Indeks 2012./2011.
Broj posjeta ordinaciji primarne zdravstvene zaštite			
• opća/obiteljska medicina	32.133.096	32.849.022	102,23
• stomatološka zdrav. zaštita – bez protetike	4.930.185	4.630.417	93,92
• stomatološka zdrav. zaštita – protetika	136.240	191.373	140,47
• zdravstvena zaštita predškolske djece	2.513.657	2.512.803	99,97
• zdravstvena zaštita žena	1.575.291	1.697.874	107,78
Broj recepata	50.239.062	52.943.026	105,38
Broj posjeta u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti	40.480.020	44.589.314	110,15
<i>Slučajevi bolničkog liječenja:</i>			
• akutni	545.558	628.712	115,24
• kronični (subakutni, kronični, fizikalna)	68.313	69.288	101,43
<i>Dani bolničkog liječenja:</i>			
• akutni	4.163.515	4.707.744	113,07
• kronični (subakutni, kronični, fizikalna)	1.801.039	1.880.929	104,44
Prosječno trajanje liječenja u danima za akutne bolesti	7,63	7,49	98,17
Broj ovjerenih potvrda za ortopedске uređaje i pomagala	940.025	983.938	104,67
Broj isplaćenih pomoći za novorođeno dijete	41.243	41.534	100,71
Broj isplaćenih putnih troškova	1.242.940	900.659	72,46

Analiziramo li osnovne pokazatelje bolovanja preko 42 dana, čija se naknada isplaćuje na teret Zavoda, proizlazi da je za ukupno 177.546 slučajeva, te za 7.876.288 dana bolovanja, prosječno trajanje bolovanja iznosilo 44,36 dana. To predstavlja povećanje za 1,88 % u odnosu na isto razdoblje 2011. godine, kada je prosječno trajanje bolovanja u danima na teret Zavoda iznosilo 43,54 dana.

Prosječno trajanje bolovanja u danima na teret poslodavaca je smanjeno, tako da u 2012. godini iznosi 7,83 dana, a u prethodnoj godini je iznosilo 7,91 dan, odnosno manje je za 1,01 %.

Od ukupnih dana bolovanja na teret Zavoda (7.876.288 dana) na bolest, izolaciju, pratnju i njegu

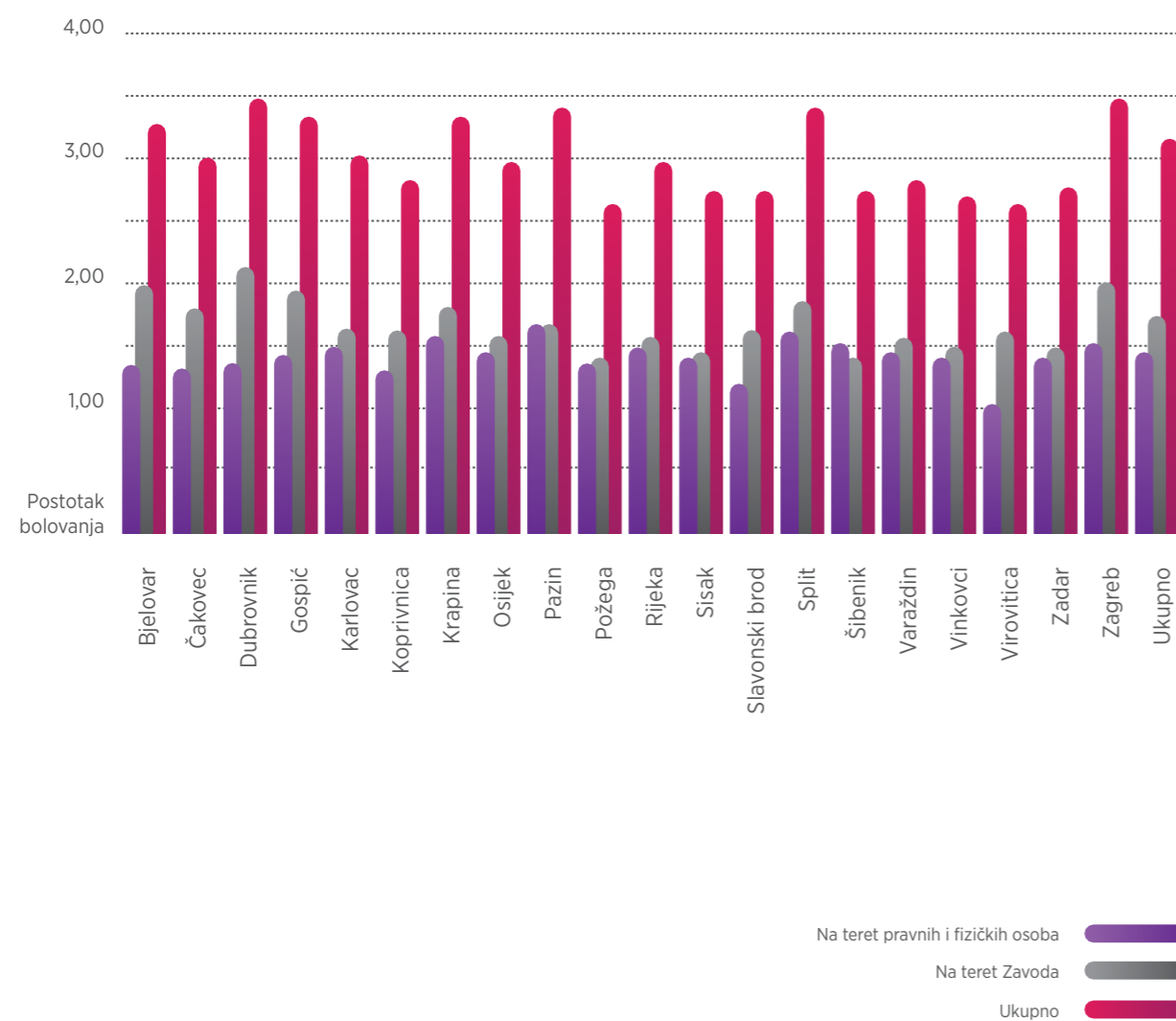
otpada 5.585.491 dana ili 70,92 %, dok dani vezani za komplikacije u trudnoći iznose 2.290.797 dana.

Nadalje, od 25.163 dnevno bolesnih osoba na teret Zavoda, zbog bolesti izostaje 17.744 osoba, a zbog komplikacija u trudnoći 7.319 osoba. U 2012. godini broj slučajeva komplikacija u trudnoći iznosio je 27.485, a prosječno trajanje bolovanja iznosio je 83,35 dana.

Na teret poslodavca, zbog bolesti dnevno s posla izostaju 20.572 osobe, što je manje u odnosu na prethodnu godinu, kada je izostajalo 22.667 osoba.

Ukupni prosječno dnevni izostanak zbog bolovanja iznosi 45.735 zaposlenika, što je 3,11 % ukupno aktivnih osiguranika.

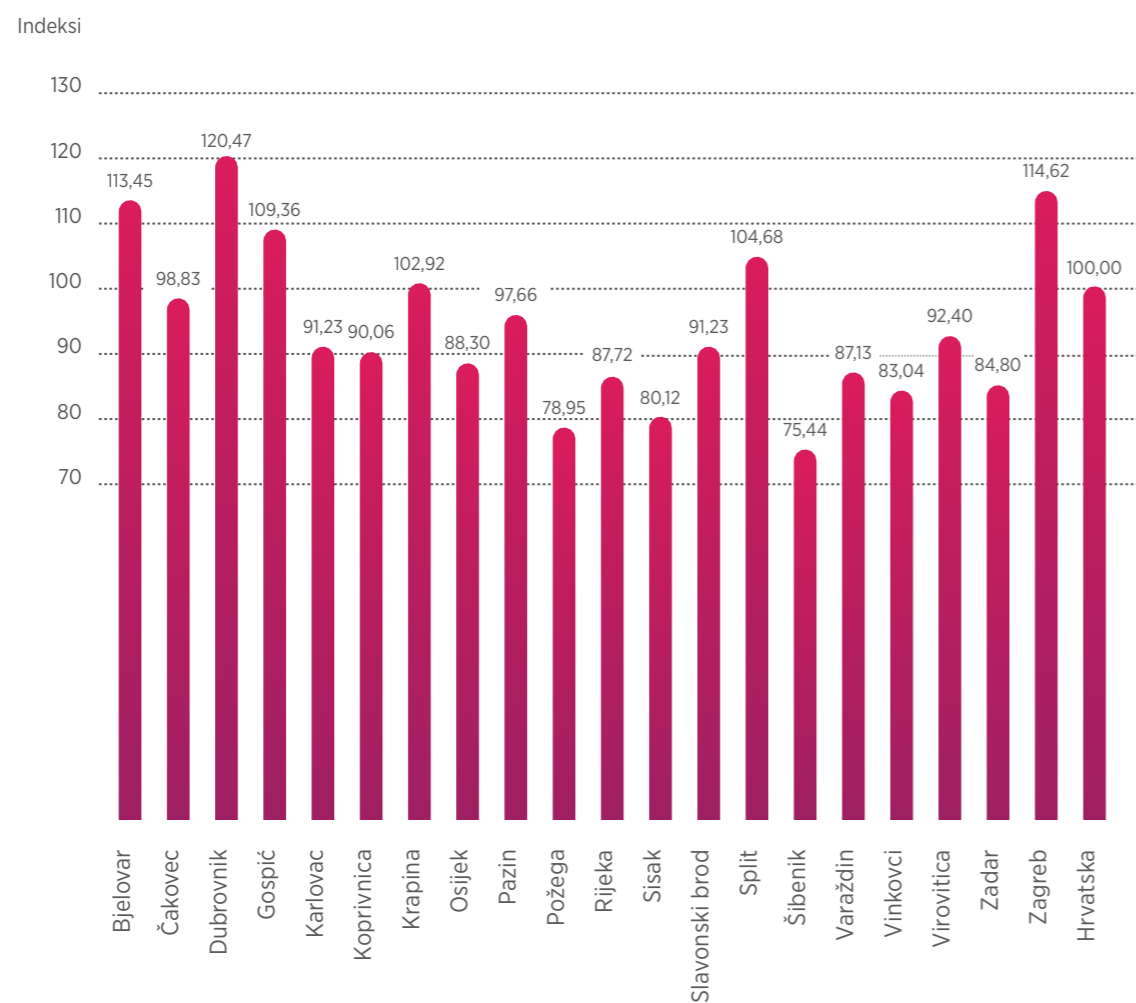
Prikaz 12: Stopa bolovanja za razdoblje siječanj – prosinac 2012.



Tablica 20. Stopa bolovanja za razdoblje siječanj – prosinac 2012.

	2011.	I. -XII. 2012.	Indeks 2/3
Stopa bolovanja			
• ukupno	3,23	3,11	96,28
• na teret poslodavca	1,53	1,40	91,50
• na teret Zavoda	1,70	1,71	100,59
Dani bolovanja			
• ukupno	15.001.353	14.315.198	95,43
• na teret poslodavca	7.094.842	6.438.910	90,75
• na teret Zavoda	7.906.511	7.876.288	99,62
Prosjeck trajanja bolovanja u danima			
• ukupno	14,61	15,08	103,22
• na teret poslodavca	7,91	7,83	98,99
• na teret Zavoda	43,54	44,36	101,88
Zaposlenici na bolovanju (dnevni prosjek)			
• ukupno	47.927	45.735	95,43
• na teret poslodavca	22.667	20.572	90,75
• na teret Zavoda	25.260	25.163	99,62

Prikaz 13: Indeksi odnosa % bolovanja na teret Zavoda između područnih ureda i Republike Hrvatske (RH=100) za razdoblje siječanj – prosinac 2012.



U 2012. godini broj dana bolovanja na teret poslodavca iznosio je 6.438.910 dana, a na teret Zavoda 7.876.288 dana (ukupno 14.315.198 dana), što je za 686.155 dana manje u odnosu na prethodnu godinu, s tim da je na

teret poslodavca 655.932 dana manje, a na teret Zavoda 30.223 dana manje.

Prema uzroku izostanka s posla na teret Zavoda evidentirani su u tablici 21.

Tablica 21: Uzroci izostanka s posla

Uzrok izostanka s posla	Dnevno bolesni		Indeks	Učešće	
	2011.	2012.		2011.	2012.
Bolesti	16.146	16.300	100,95	63,92	64,78
Komplikacije u trudnoći	7.520	7.319	97,33	29,77	29,09
Izolacija i pratnja	64	59	92,19	0,25	0,23
Njega člana obitelji	1.530	1.485	97,06	6,06	5,90
Ukupno	25.260	25.163	99,62	100,00	100,00

Od ukupno 25.163 prosječno dnevno bolesne osobe na teret Zavoda, muškarci čine 38,95 % ili 9.800 osoba, a 15.363 ili 61,05 % čine žene.

Dani bolovanja zbog ozljeda na radu i profesionalnih bolesti iznose 897.920 dana, dnevno u prosjeku izostaje 2.869 zaposlenika i stopa bolovanja iznosi 0,20 %. U 2011. godini dani bolovanja su iznosili 986.520 dana, prosječno je dnevno izostajalo 3.152 zaposlenika a stopa bolovanja je iznosila 0,21 %.

Ukupna stopa bolovanja za 2012. godinu iznosi 3,11 %, te ako promatramo stopu bolovanja po područnim uredima, može se zaključiti da je najniža stopa bolovanja u Područnom uredu Virovitica 2,56 % a najviša u Područnom uredu Zagreb 3,40 %.

U trinaest područnih ureda stopa bolovanja je niža od prosjeka na razini Hrvatske, a u sedam područnih ureda je iznad prosjeka Hrvatske (Bjelovar, Dubrovnik, Gospić, Krapina, Pazin, Split i Zagreb).

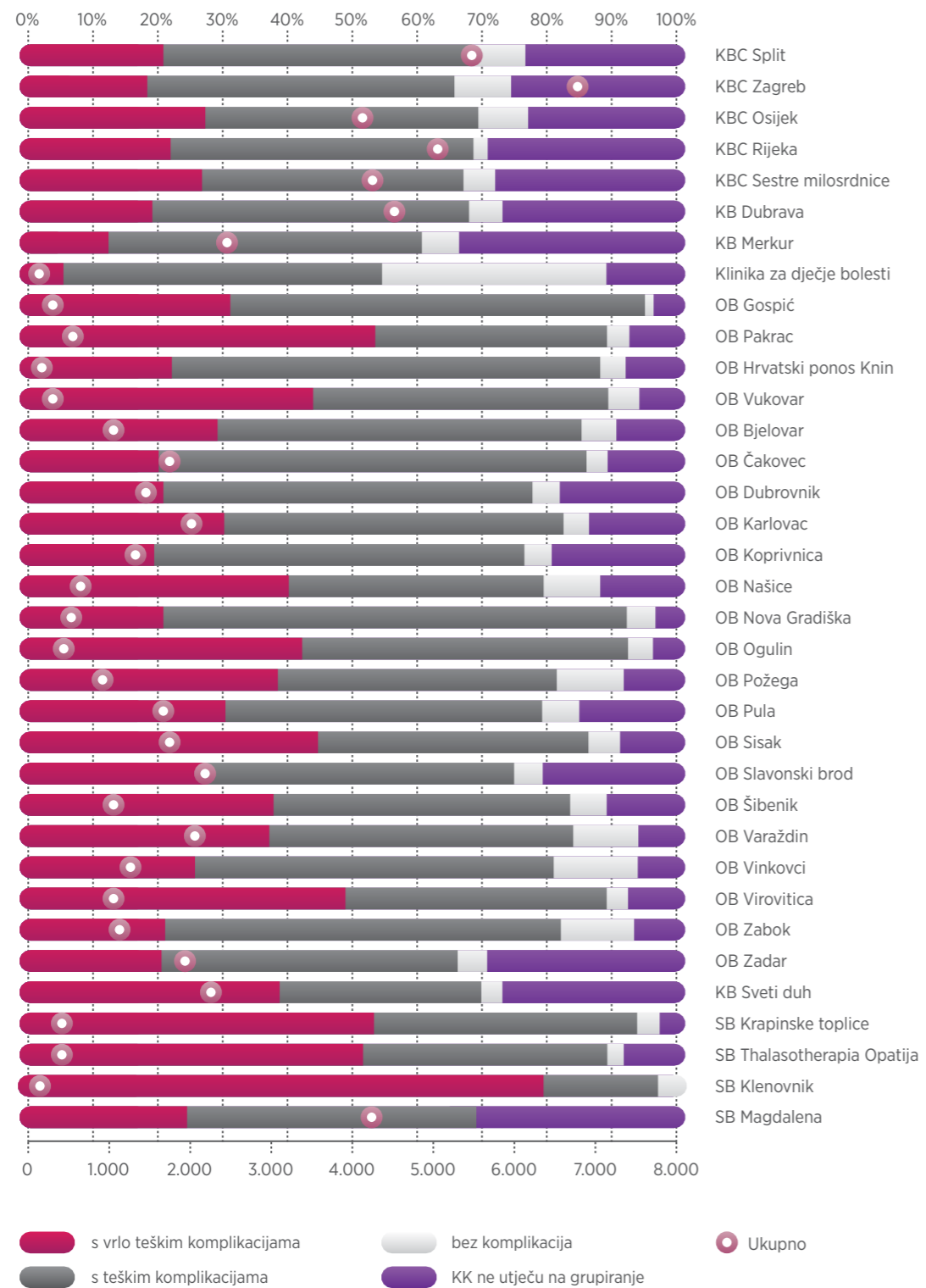
Sagledaju li se dani bolovanja po aktivnom osiguraniku, može se zaključiti da je svaki zaposlenik na razini Hrvatske tijekom 2012. godine u prosjeku bolovao 9,73 dana, dok je u 2011. godini prosječno bolovao 10,10 dana.

Od 1. siječnja 2008. godine u upotrebi je nova Nacionalna klasifikacija djelatnosti (NKD), ali za statističke i analitičke potrebe službene statistike Republike Hrvatske, u prijelaznom razdoblju do 31. prosinca 2009. godine, istodobno se koristila i Odluka o Nacionalnoj klasifikaciji djelatnosti iz 2002. godine. Najveća stopa bolovanja na teret Zavoda iskazana je u djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi 2,22 %, slijedi trgovina na veliko i malo, popravak motornih vozila 1,92 %, prerađivačka industrija 1,89 %, poljoprivreda, šumarstvo i ribarstvo 1,88 %, poslovanje nekretninama 1,84 %. Uz stopu bolovanja po djelatnostima potrebno je razmotriti i broj zaposlenih po pojedinoj djelatnosti, kao i broj osoba koje su dnevno bolesne.

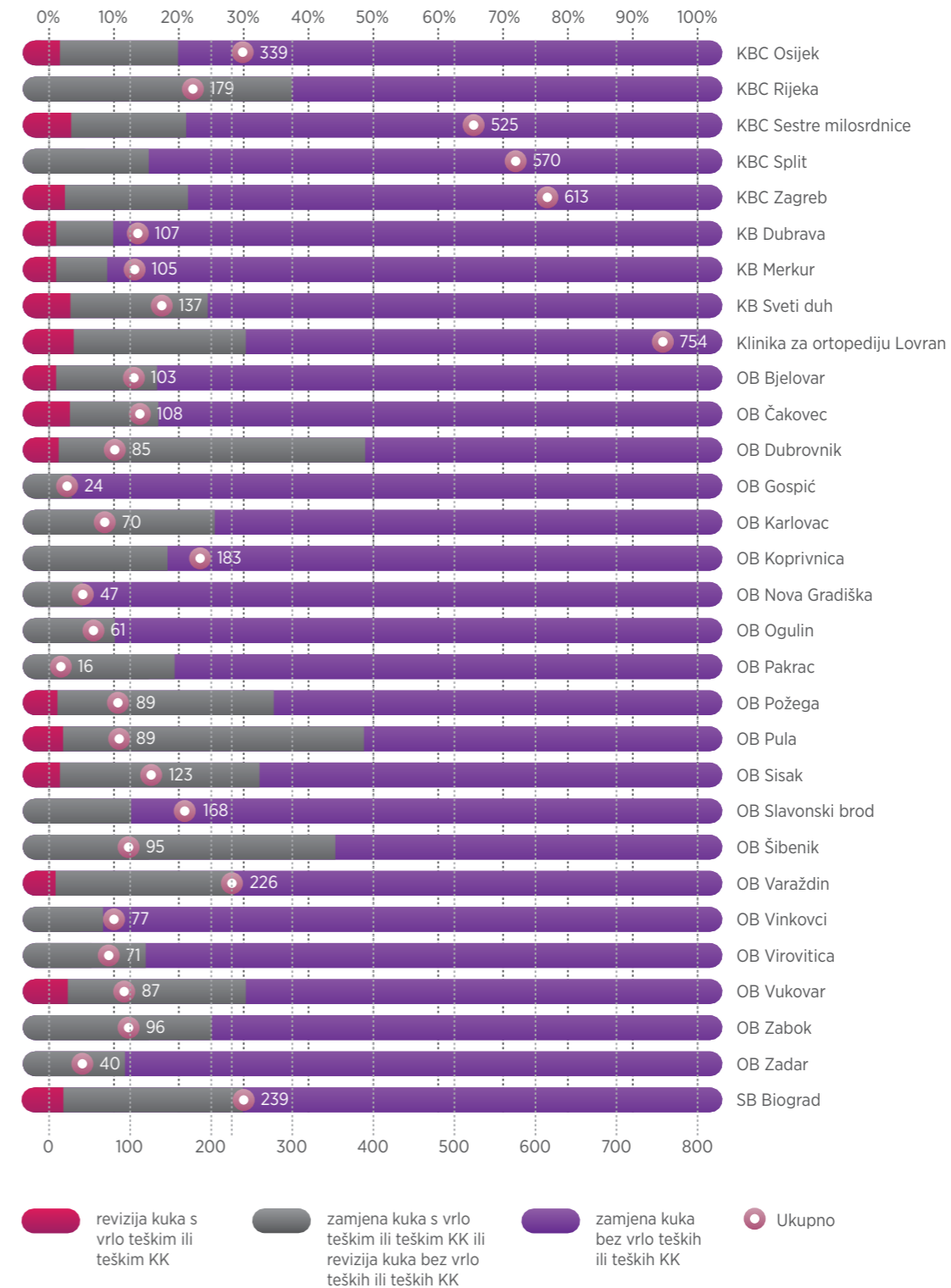
U djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, gdje je stopa bolovanja 2,22 %, zaposleno je 86.023 aktivnih osiguranika, prosječno izostaje 1.906 zaposlenika, uz 596.725 dana bolovanja.

U djelatnosti poslovanja nekretninama, iskazana je stopa bolovanja od 1,84 %, zaposleno je 17.300 aktivnih osiguranika, prosječno zbog bolesti izostaje 319 zaposlenika, uz 99.700 dana bolovanja.

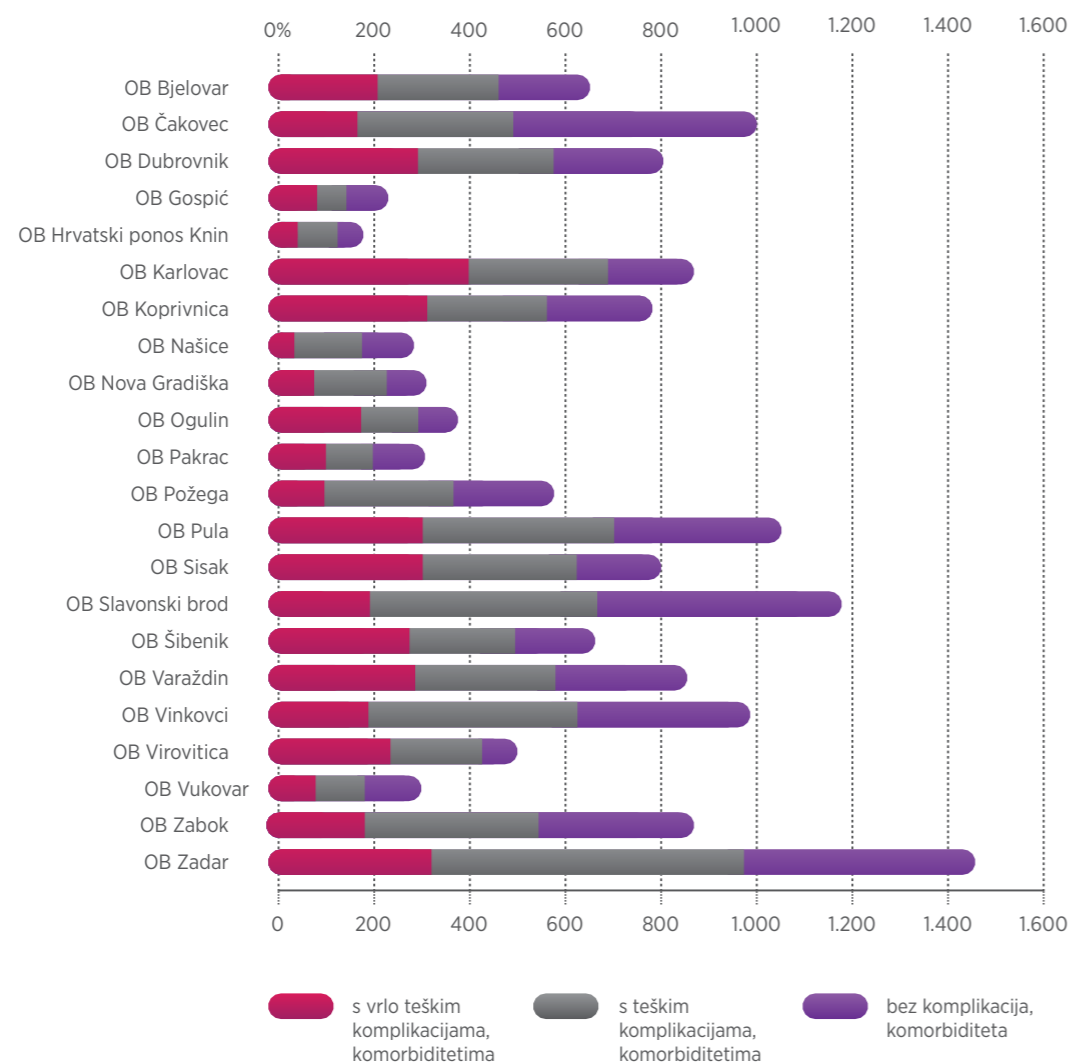
Prikaz 14: Složenost slučajeva, kardiovaskularne bolesti



Prikaz 15: Složenost slučajeva, zamjena kuka



Prikaz 16: Složenost slučajeva – respiratorne bolesti, opće bolnice



14. Zaključak

U poslovanju Zavoda za obvezno i dopunsko zdravstveno osiguranje, u razdoblju siječanj–prosinac 2012. godine, ostvareni su ukupni prihodi-primici u iznosu od 21.318.095.796 kn, a izvršeni rashodi-izdaci u iznosu od 22.604.919.347 kn. Rashodi-izdaci nisu pokriveni prihodima i ostvaren je negativan financijski rezultat u iznosu od 1.286.823.551 kn.

Za zdravstvenu zaštitu utrošeno je 19.740.453.244 kn, što je 87,33 % ukupnih rashoda-izdataka, za naknade je utrošeno 2.474.562.425 kn ili 10,95 % ukupnih, dok izdaci za plaće, materijalne izdatke i ostali izdaci vezani za poslovanje iznose 389.903.676 kn, što je 1,72 % ukupnih rashoda-izdataka.

Tablica 22: Rashodi	I.-XII. 2012.	Struktura
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	18.131.206.658	80,21
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.609.246.586	7,12
Naknade	2.474.562.425	10,95
Ostali rashodi	389.903.678	1,72
Ukupni rashodi	22.604.919.347	100,00

- od 1. svibnja 2012. godine smanjena je stopa doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, s 15 % na 13 %, kao i stopa koju uplaćuju osiguravajuća društva- obvezno osiguranje od automobilske odgovornosti, stopa je smanjena sa 7 % na 4 %,
 - povećani su prihodi od INO osiguranja, te prihodi dopunskog zdravstvenog osiguranja,
 - u poslovanju stručne službe smanjeni su rashodi za zaposlene za 2,38 %,
 - broj zaposlenika na kraju 2012. godine se smanjio za 44 zaposlena,
 - rashodi – izdaci za zdravstvenu zaštitu veći su za 7,14 %, a najveće povećanje bilježe stavke zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja, zbog knjigovodstvenog načina iskazivanja i zbog naplate većih prihoda, te liječenje u inozemstvu, zbog povećanih troškova za posebno složene slučajeve liječenja. U zdravstvenoj zaštiti iskazana su i sredstva u iznosu od 465.423.246 kn, kojima su plaćene obveze zdravstvenih ustanova za lijekove i potrošni medicinski materijal, kako bi se ublažile nestašice istih,
- izdaci za bolovanje u 2012. godini manji su za 9.943.205 kn, ili za 0,94 % od istih izdataka prethodne godine. Stopa bolovanja na teret Zavoda u promatranom razdoblju iznosi 1,71 %, a u istom razdoblju prethodne godine iznosila je 1,70 %. Smanjena je stopa bolovanja na teret poslodavca, tako da u 2012. godini iznosi 1,40 %, a u 2011. godini iznosila je 1,53 %. Ukupna stopa bolovanja smanjena je za 3,72 %. U promatranom godini iznosi 3,11 %, a u prethodnoj godini je iznosila 3,23 %,
 - broj dana bolovanja na teret Zavoda manji je za 30.223 dana, ili za 0,38 %, a prosječno trajanje bolovanja na teret Zavoda povećano je s 43,54 dana u prethodnoj godini na 44,36 dana u promatranom godini,
 - prosjek trajanja bolovanja na teret poslodavca smanjen je i to sa 7,91 dana u razdoblju siječanj – prosinac 2011. godine na 7,83 dana u razdoblju siječanj – prosinac 2012. godine, odnosno za 1,01 %,
 - dnevno na teret Zavoda zbog bolesti prosječno izostaje 25.163 zaposlenika, što je za 0,38 % manje nego u prethodnoj godini kad je u prosjeku dnevno izostajalo 25.260 zaposlenika,
 - dospjele obveze na kraju 2012. godine veće su od dospjelih obveza na početku godine. Napominje se, da su za 2012. godinu u planu Zavoda osigurana znatno manja sredstva nego za 2011. godinu, i to za 493.187.318 kn, te da su iz sredstava Zavoda plaćene obveze zdravstvenih ustanova u iznosu od 465.423.246 kn,
 - u 2012. godini provedena su dva javna natječaja za financiranje pripravničkog staža zdravstvenih radnika, čime je osigurano plaćanje pripravničkog staža za 752 pripravnika i to: 481 doktora medicine, 160 doktora dentalne medicine, 93 magistra farmacije i 18 magistara medicinske biokemije,
 - u 2012. godini financiraju se troškovi specijalističkog usavršavanja zdravstvenih radnika, započeti ranijih godina. Osim toga u 2012. godini započelo je 45 specijalizacija iz opće/obiteljske medicine zaposlenika domova zdravlja odnosno privatnih zdravstvenih radnika ugovorenih u djelatnosti opće/obiteljske

medicine; 2 specijalizacije iz ginekologije i opstetricije; 4 specijalizacije iz pedijatrije; 1 specijalizacija medicine rada i sporta, a sve u skladu s Mrežom ugovornih subjekata za doktore medicine. Također je započelo 12 specijalizacija za potrebe sekundarne razine zdravstvene zaštite i jedna specijalizacija iz epidemiologije u skladu sa zdravstvenim standardima za doktore medicine,

- od ukupnog financijskog poslovanja Zavoda financijsko poslovanje Dopunskog zdravstvenog osiguranja u 2012. godini pokazuju sljedeći podaci:
 - ukupno ostvareni prihodi iznosili su 1.910.912,584,00 kn a korigirani za iznos participacije za lijekove po receptu i posjete liječniku primarne zdravstvene

zaštite (10,00 kn po receptu i pregledu), u iznosu od 445.580.210,00 kn prenesenih obveznom zdravstvenom osiguranju iznosili su 1.465.332.374,00 kn,

- ukupno izvršeni rashodi iznosili su 1.642.987.753,00 kn, od čega na štete, odnosno zdravstvenu zaštitu otpada iznos od 1.609.246.586,00 kn, a na troškove stručne službe iznos od 33.741.167,00 kn,
- financijski rezultat je višak rashoda nad prihodima, u iznosu od 177.655.379,00 kn,
- osnovni razlog takvog financijskog rezultata je uključivanje odgođenih rashoda iz poslovanja 2011. godine u redovne rashode 2012. godine u iznosu 367.448.980,00 kn. U suprotnom bi poslovanje te godine bilo pozitivno a ne s gubitkom.



Epilog



Završna riječ

Mala skupina promišljenih ljudi može promijeniti svijet. Uistinu, oni su jedini kojima je to uspjelo.

MARGARET MEAD

Svjesni činjenice da se efikasnost sustava temelji kako na djelovanju na okolinu, tako i na internim promjenama, Zavod i njegovi zaposlenici aktivno rade na unutrašnjem preustroju organizacije. Kako bi se na početku navedeni, ali i ostali, manji strateški projekti mogli ostvariti, potrebno je ljudske i financijske resurse postaviti u nove okvire. Problemi poput naslijeđene tromosti sustava, nepovezanosti i nekoordiniranosti unutrašnjih poslovnih cjelina traže reorganizaciju Zavoda, koja je već uspješno započeta putem psihološke edukacije i treninga viših struktura managementa. Zavod sa stručnjacima radi na poboljšanju razumijevanja upravljanja promjenama u organizaciji, razumijevanja osnovnih elemenata i aspekata promjena, te ključnih utjecaja na promjene. Sudionici se educiraju, kako bi usvojeno znanje i vještine primjenili na zajedničko donošenje odluka i vođenje svojih suradnika. Također, velika važnost pridaje se razumijevanju i komuniciranju uslijed međusobnih različitosti te usklađivanju tima prema potrebama organizacije i opsega posla. Cilj edukacije je naučiti više strukture managementa kako da međusobnu komunikaciju učine protočnijom, kvalitetnijom i efikasnijom te je potom prenesu na svoje suradnike. Naime, jedino sinergijom unutar organizacije može se očekivati da će aktivnosti usmjerene na van, dakle poboljšanje zdravstvene zaštite općenito, dati željeni ishod. Prvenstveno unutarnjim

razvojem i poboljšanjem kvalitete radne atmosfere doprinijet ćemo boljim rezultatima rada i kvalitetnijoj usluzi za osiguranike.

Ovakvim izvješćem novog formata željeli smo i vizualno pokazati kako je Zavod *okrenuo novi list* u svom poslovanju, te se nadamo da je ovo početak jedne nove ere za hrvatsko zdravstvo, ne samo na papiru već i u praksi.

Na samom kraju, želim još jednom zahvaliti svim kolegama i djelatnicima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koji su svojim predanim radom, znanjem i trudom omogućili našim osiguranim osobama dobru, a sutra još i bolju kvalitetu zdravstvene usluge.

O HRVATSKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Republika Hrvatska smještena je u središnjoj i jugoistočnoj Europi, a graniči sa Slovenijom, Mađarskom, Bosnom i Hercegovinom, Srbijom i Crnom Gorom. Hrvatska ima 4,4 milijuna stanovnika.

Od stjecanja neovisnosti, 1992. godine, Hrvatska se razvila u državu s rastućom ekonomijom i jakom turističkom djelatnošću. Uz pripreme za očekivano pristupanje Europskoj uniji (EU), Hrvatska i nadalje provodi ključne strukturne reforme, što uključuje zdravstveni i mirovinski sustav, sustav državnih potpora, te privatizaciju državnog vlasništva. Ulazak u EU trebao bi ujedno rezultirati ubrzanjem fiskalnih i ostalih strukturnih reformi.

Standard zdravstvene zaštite u Hrvatskoj općenito je zadovoljavajući, uz očekivano bolju dostupnost zdravstvenih ustanova u većim gradovima i mjestima. Opseg zdravstvenih usluga koje se pružaju u udaljenim i rubnim područjima te na otocima je manji, ali je još uvijek prihvatljiv. Zbog uobičajenog rasta troškova zdravstvene zaštite, osobito potrošnje na lijekove, sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj prati manjak proračunskih sredstava za zdravstvenu zaštitu. Ipak, taj manjak do sada nije utjecao na opskrbu lijekovima u javnim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj.

Ministarstvo zdravlja (MZ) u Hrvatskoj ima ulogu upravljača sustavom zdravstvene zaštite sa širokim ovlastima. To uključuje upravljanje zakonodavstvom iz područja zdravstvene zaštite, predlaganje proračunskih rashoda, nadziranje zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba stanovništva, edukaciju zdravstvenih djelatnika i nadgledanje procesa reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Kao dio upravljačke uloge, Ministarstvo je dobilo zadatak izrade i provedbe Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012–2020. Naglasak zdravstvene reforme je na zajedničkim vrijednostima i principima smanjivanja nejednakosti među građanima RH. Strateški razvojni pravci zdravstvenog sustava su poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja zdravlja.

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj financira se iz različitih izvora. Doprinosi za zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj su obvezni za sve zaposlene građane, odnosno njihove poslodavce. Uzdržavanim članovima radno aktivnih članova obitelji, zdravstvene usluge u Hrvatskoj pokrivene su doprinosima koje plaćaju poslodavci za radno aktivne članove obitelji. Samozaposleni radnici u Hrvatskoj također su obvezni plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje. Hrvatski građani, koji su svrstani u socijalno osjetljivu kategoriju, oslobođeni su plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje; skupine kao što su umirovljenici i osobe s niskim primanjima osigurane su i imaju pristup ugovornim subjektima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Hrvatski građani imaju mogućnost obavljanja privatnih zdravstvenih usluga, bilo neposrednim plaćanjem u neugovornim ustanovama, bilo kroz pokriće cijene zdravstvenih usluga putem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Hrvatski građani obvezni su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, osim određenih kategorija osiguranih osoba (npr. djeca do 18 godina), ili osiguranih osoba oboljelih od određenih bolesti, kada zdravstvenu zaštitu provode radi tih bolesti (npr. maligne bolesti i kronične duševne bolesti). Neke zdravstvene usluge, kao što su estetske operacije, osigurane osobe obvezne su platiti u cijelosti, odnosno njihov trošak ne pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

Liječnik primarne zdravstvene zaštite upućuje pacijenta na liječenje u sekundarnu ili tercijarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj ako im je potrebna. To pacijentu omogućuje slobodan pristup bolnicama i poliklinikama koje imaju sklopljen ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (ugovorne ustanove).

Usluge na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, odnosno specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite u većim gradovima i mjestima većinom pružaju bolnice. Bolnice se ugrubo dijele na kliničke, opće i specijalne. Opće bolnice imaju organizirane djelatnosti ginekologije i opstetricije, interne medicine, kirurgije i bolničke pedijatrijske skrbi.

Kada 1. srpnja 2013. godine Hrvatska postane članica EU, moći će kroz projekte povući dio sredstava europskih strukturnih fondova i za razvoj zdravstvenog sustava.

Očekuje se da će tako hrvatski zdravstveni sustav dobiti financijsku potporu, s dodatnim kapitalom za poboljšanje zdravstvenog sektora i za pružanje zdravstvenih usluga hrvatskim građanima.

Hrvatski zdravstveni sustav u procesu je reforme, no zdravstvene usluge u skladu su s općim europskim standardima. Izvan glavnih gradova i većih mjesta, djelomično je smanjena dostupnost zdravstvene zaštite, no to se uglavnom odnosi na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, dok su primarna zdravstvena zaštita i hitna medicina dostupne u svim krajevima Hrvatske.

Hrvatsko zavod za zdravstveno osiguranje štiti osobne podatke i privatnost svih građana RH.

Ako je prilikom traženja obavijesti zatražena tajnost podataka, ti podaci će tako biti i tretirani. Kod traženja podataka putem elektroničke pošte, kontakt podaci su klasificirani i koriste ih samo ovlaštene osobe zbog direktnog kontakta i pružanja traženih informacija.

Final word

Never doubt that a small group of thoughtful, committed citizens can change the world; indeed, it's the only thing that ever has.

MARGARET MEAD

Aware of the fact that system efficiency is based not only on activities performed on the environment, but also on the internal changes, we as Croatian institute for health insurance are actively working on internal reorganization. In order to achieve the envisaged strategic projects, both human and financial resources need to be set in a new framework. Problems such as inherited inertia of the system, poor coordination among business units seek internal reorganization of the CHIF, which has already successfully begun through coaching programs for the top and middle management. CHIF is working closely with professionals in order to improve understanding of the change management within the organization, key elements and aspects of change, as well as key influences on changes. Participants are being educated in a way so they can apply the acquired know-how in joint decision-making process. Also, high importance is placed on understanding and communicating mutual differences as well as harmonizing the team according to the scope of work. The main aim of the coaching process is to convey to the top management the most efficient tools for achieving better, more instantaneous communication, while in the same time passing on the acquired knowledge to their co-workers. Namely, only through synergy within the

organization can one expect that the activities aimed at the population, i.e. improving the health care in general, will result in desired outcome. Internal evolution and deployment will surely lead towards better work efficiency and better quality of services rendered.

This new form of annual report was created in order to prove that the CHIF has not only declaratively turned over a new leaf, but is also hoping to make this a first step towards a new era for the Croatian health care system.

Finally, I would like to thank all my current colleagues and employees of the CHIF who have supported my work over the past year and a half, helping our insured persons to get the optimal level of health care and quality service.

CROATIAN HEALTH CARE SYSTEM

Croatia is situated between central and southeastern Europe, bordering Slovenia, Hungary, Bosnia and Herzegovina, Serbia and Montenegro. The country has 4,4 million inhabitants.

Since it gained independence in 1992, Croatia has faced emerging economy and strong tourist activity. With Croatia's EU accession preparations, key structural reforms are being monitored and performed in fields such as health and pension system, system of state aid, and privatization of state property. EU accession should at the same time result in accelerating fiscal and other structural reforms.

Health care standard in Croatia is mainly satisfactory, with better accessibility to health care facilities in major cities. Range of health services rendered in remote areas and islands is less, but still within acceptable.

Due to commonly rising costs of health care, especially expenditure on drugs, Croatia health care system is accompanied by lack of budget funds for health care, which so far has not affected drug supply within public health care institutions in Croatia.

Croatian Ministry of health plays the role of the controller of the system with wide scope of authority. This entails managing the health care legislation, proposing budgetary expenditures, monitoring health condition and health needs of the population, education of health care workers and supervision of the reform of health care system in Croatia. As a part of its management role, the Ministry was assigned to create and carry out the National Health Care Strategy 2012 – 2020. Health care reform underlies common values and principles, reducing inequality among the Croatian citizens. Strategic development directions of the health care system entail improved interconnectivity and continuum of

health care, standardization of health care quality, improving efficiency and performance of the system, increasing the availability of health care and improving health indicators.

The Croatian health care system is being financed through several different sources. Health care contributions in Croatia are mandatory for all employed citizens, i.e. their employers. The dependents obtain their health care coverage through contributions paid by working members of their families. Self-employed workers in Croatia are also obliged to pay health care contributions. Croatian citizens who belong to a particularly vulnerable category are exempt from paying health care contributions; retired people and persons with low income are insured and have access to health care facilities – contractual partners – of the Croatian Health Insurance Fund (CHIF).

Croatian citizens have the option to obtain health services within private health care providers which are not CHIF contracted partners, either through direct payment or through supplemental insurance which is covering the payment.

Croatian citizens are required to participate in health care expenditures, except for certain categories of insured persons (e.g. children under age of 18) or insured persons suffering from certain diseases, when health care services are being rendered due to complications caused by those diseases (e.g. malignant diseases or chronic mental illnesses). Some health care services, such as plastic surgery, insured persons are obliged to pay on their own, i.e. the cost is not being covered by mandatory health insurance.

Family doctor (GP) suggests patient's further treatment in secondary or tertiary health care service if needed, which enables the patient free access to hospital and polyclinics which have signed contracts for rendering health care services from mandatory health insurance (contractual partners).

Health care services on secondary and tertiary level in major cities are mainly rendered in hospitals. Hospitals can be classified as clinical, general and special hospitals. General hospitals have organized activities that include OBGYN, internal medicine, surgery and pediatrics.

After joining the EU on July 1st 2013, Croatia will be able to withdraw funds from the EU structural funds for development of the health care sector. This is supposed to financially strengthen the Croatian health care system by extra funding intended for improvement of the health care sector and rendering health services to Croatian citizens.

Although in the middle of the reform, the Croatian health care system is rendering health care services in accordance with European standards. Access to health care outside major cities is fairly reduced, but this mainly concerns outpatient-conciliar health care, while primary health care and emergency medicine are available in all parts of the state.

CHIF protects personal data of all the Croatian citizens. In case personal data security is requested upon provision of certain information, the data will be treated as confidential. When requesting data via e-mail, contact information are classified and utilized only by authorized persons for direct contact and provision of the requested information.

Schlusswort

Bezweifeln nie, dass die kleine Gruppe der nachdenklichen, ergebenen Bürger die Welt ändern kann: wirklich es ist die einzige Sache, die irgendwann hat.

MARGARET MEAD

Wir sind bewusst, dass die Systemeffizienz sowie auf dem Umgebungseinfluss als auch auf innerlichen Veränderungen basiert, und deshalb arbeitet die kroatische Krankenkasse hart an der innerlichen Reorganisation. Damit das oben gennante aber auch weitere strategische Projekte verwirklicht sein können, das Humankapital und die Geldmittel sollen in neue Rahmen gesetzt werden. Die Probleme wie Hindernisse des geerbten langsamen Systems, keine Verbindung und Koordinierung der innerlichen Geschäftsbereiche verlangen eine Reorganisation der Krankenkasse, die schon erfolgreich angefangen hat und zwar durch die Ausbildung der höheren Führungsstrukturen. Die Krankenkasse arbeitet mit Experten an der Verbesserung der Einigung im Bezug auf Veränderungsverwaltung in der Organisation, auf Grundelemente und Aspekte der Veränderungen und entscheidende Einflüsse auf Veränderungen. Den Teilnehmern wird beigebracht, wie die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten effizient auf gemeinsames Entscheiden und Leiten ihrer Mitarbeiter anzuwenden. Große Bedeutung wird auch dem Verständnis und Kommunizieren bei verschiedenen Einstellungen und der Koordination des Teams nach Bedürfnissen der Organisation und dem Arbeitsumfang. Das Ziel der Ausbildung ist den höheren Führungsstrukturen dass beizubringen, wie die

gegenseitige Kommunikation einfacher, mit mehr Qualität und Effizienz zu machen und dann das weiter ihren Mitarbeitern beizubringen. Nur durch die Synergie innerhalb der Organisation ist es möglich, dass die nach außen orientierten Tätigkeiten (Verbesserung der medizinischen Fürsorge im Allgemeinen) die gewünschten Ergebnisse erzielen werden. Vor allem durch Innenentwicklung und Qualitätsverbesserung des Arbeitsklima werden wir die besseren Arbeitsergebnisse und höhere Dienstleistungsqualität für die Versicherten erzielen.

Durch diesen Bericht des neuen Formats wollten wir auch visuell zeigen, dass die Krankenkasse ein neues Kapitel in ihrer Geschäftsführung aufgeschlagen hat, und dass wir hoffen, dass das ein neuer Anfang für kroatisches Gesundheitswesen, nicht nur theoretisch, sondern auch in Praxis.

Schließlich wollen wir uns noch einmal bei allen Kollegen und Mitarbeitern der kroatischen Krankenkasse bedanken, da sie mit ihrer fleißiger Arbeit, Kenntnissen und Bemühungen erzielten, dass unsere Versicherten die optimale Qualität der Dienstleistungen im Gesundheitswesen bekommen.

ÜBER KROATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Republik Kroatien befindet sich in Mittel- und Südosteuropa und teilt ihre Grenze mit Slowenien, Ungarn, Bosnien-Herzegowina, Serbien und Montenegro. Kroatien hat 4,4 Millionen Bewohner.

Seit des Erwerbs der Unabhängigkeit im Jahr 1992 entwickelte sich Kroatien als ein Land mit wachsender Wirtschaft und starkem Tourismus.

Mit Vorbereitungen für den erwarteten Eintritt in die EU führt Kroatien weiter die entscheidenden Strukturreformen durch, die das Gesundheitswesen und Altersversicherungssystem, Staatshilfesystem und Privatisierung des Volkseigentums einschließen.

Der Eintritt in die EU sollte auch dass erzielen, dass die Finanz- und andere Struktur-reformen vereinfacht werden.

Das Standard der medizinischen Fürsorge in Kroatien ist befriedigend im Allgemeinen mit erwartet besserer Erhältlichkeit der Krankenanstalten in größeren Städten und Orten. Die Gesundheitsfürsorge in weit entfernten und Randgebieten ist weniger er-

hältlich, aber noch immer akzeptabel. Wegen normalerweise wachsender Kosten der Gesundheitsfürsorge, besonders der Arzneikosten, das Gesundheitswesen in Kroatien passt auf den Mangel der Haushaltsmittel für Gesundheitsfürsorge, der bisher aber nicht die Versorgung mit Arzneimitteln in öffentlichen Krankenanstalten in Kroatien beeinflusste.

Das Gesundheitsministerium in Kroatien spielt die Rolle des Verwalters des Gesundheitswesens mit breiten Befugnissen. Das schließt die Verwaltung der Gesetzgebung aus dem Bereich des Gesundheitswesens, Vorschlägen der Haushaltsausgaben, Überwachen der Gesundheit und Gesundheitsbedürfnisse der Einwohner, Ausbildung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Überwachen des Reformprozesses des Gesundheitswesens in Kroatien. Als Teil seiner Verwaltung, das Ministerium wurde auch beauftragt, die Nationale Strategie des Gesundheitswesens 2012-2020 vorzubereiten und durchzuführen.

Die Betonung der Gesundheitsreform ist auf gegenseitigen Werten und Prinzipien, damit die Disparität zwischen den Bürgern der Republik Kroatiens verringert wird. Die strategischen Entwicklungsrichtungen des Gesundheitswesens sind, die Verbindung und Kontinuität im Gesundheitswesen zu verbessern, die Qualität der Gesundheitsfürsorge zu vereinheitlichen und zu verbessern, die Effizienz und Wirkung des Gesundheitswesens zu vergrößern, die Erhältlichkeit der Gesundheitsfürsorge zu vergrößern und die Gesundheitsindikatoren zu verbessern.

Das Gesundheitswesen in Republik Kroatien wird aus verschiedenen Quellen finanziert. Die Beiträge für die Krankenkasse in Kroatien sind für alle arbeitstätige Bürger, d.h. ihre Arbeitgeber, obligatorisch.

Die Gesundheitsdienste der abhängigen Familienangehörigen der arbeitstätigen Familienmitglieder sind mit Beiträgen gedeckt, die von Arbeitgebern für die arbeitstätigen Familienmitglieder bezahlt werden.

Die selbständigen Mitarbeiter in Kroatien sind auch verpflichtet, die Beiträge für die Krankenkasse zu zahlen. Die kroatischen Bürger die niedrigen Sozialklassen gehören, sind von den Beiträgen für die Krankenkasse befreit; die Gruppen wie Rentner und die Personen mit niedrigen Einkommen sind versichert und haben den Zugang den Diensten der kroatischen Krankenkasse (HZZO). Die kroatischen Bürger haben die Möglichkeit, die private Gesundheitsfürsorge zu bekommen, entweder durch direktes Zahlen in nicht verträglichen Anstalten, oder durch die Gesundheitsdienste die mit freiwilliger Krankenkasse gedeckt weden.

Die kroatischen Bürger sind verpflichtet, an den Kosten der Krankenkasse teilzunehmen, außer bestimmter Kategorien der versicherten Personen (z.B. die Kinder bis 18 Jahren), oder versicherten Personen die an bestimmten Krankheiten leiden, wenn sie Gesundheitsdienste wegen dieser Krankheiten nutzen (z.B. maligne Krankheiten oder chronische Geistesstörungen). Ein Teil der Gesundheitsdienste (wie ästhetische Chirurgie) müssen die versicherten Personen völlig bezahlen, d.h. ihre Kosten werden nicht von der obligatorischen Krankenkasse gedeckt.

Der Allgemeinarzt sendet den Patienten zum Heilen in die sekundäre oder tertiäre Gesundheitsfürsorge, wenn sie es brauchen, was dem Patienten den freien Zugang den Krankenhäusern und Polikliniken gibt, die einen Vertrag über Gesundheitsfürsorge aus der obligatorischen Krankenkasse haben (Vertragsanstalten).

Die Dienste auf dem Niveau der sekundären oder tertiären Gesundheitsfürsorge, d.h. spezialistische Beratungsdienste und Gesundheitsdienste werden in größeren Städten meistens von Krankenhäusern gegeben. Die Krankenhäuser werden meistens in klinische, allgemeine und spezialistische eingeteilt. Die allgemeinen Krankenhäuser haben organisierte Tätigkeiten der Gynäkologie und Obstetrik, interne Medizin, Chirurgie und Pädiatrie.

Kroatisches Gesundheitswesen hatte in letztem Jahrhundert eine Vergrößerung der Zahl der verträglichen Polikliniken. Patienten brauchen eine Verschreibung vom Allgemeinarzt, damit sie die Gesundheitsfürsorge in der veträglichen Poliklinik bekommen.

Wenn Kroatien am 1. Juli 2013 zum EU Mitglied wird, wird es durch Projekte ein Teil der Mittel aus europäischen Strukturfonds nehmen können und zwar für die Entwicklung des Gesundheitswesens.

Es wird hervorgesehen, dass kroatisches Gesundheitswesen dadurch die finanzielle Unterstützung bekommt, mit zusätzlichem Kapital für die Verbesserung des Gesundheitswesens und Gesundheitsdienste für kroatische Bürger.

Kroatisches Gesundheitswesen ist im Prozess der Reform, aber Gesundheitsdienste sind gemäß den allgemeinen europäischen Standarden.

Außer größerer Städte und Orte die Erhältlichkeit des Gesundheitswesens ist teilweise verringert, aber das bezieht sich meistens auf spezialistische Beratungsdienste, während die primäre medizinische Fürsorge und Notfallmedizin in allen Teilen Kroatiens zugänglich sind.

Die kroatische Krankenkasse respektiert den Datenschutz und Privatbereich aller Bürger Kroatiens.

Wenn während einer Informationsbeschaffung der Datenschutz gefragt wurde, diese Daten werden auch so behandelt werden. Bei den Daten durch E-Mail sind die Angaben klassifiziert und werden nur von bevollmächtigten Personen genutzt und zwar wegen direkten Kontakts und Versorgung der gewünschten Auskünfte.

Discorso di chiusura

Non dubitare mai che un piccolo gruppo di cittadini accorti e impegnati possa cambiare il mondo, poichè questo accade da sempre.

MARGARET MEAD

Consapevoli del fatto che l'efficienza del sistema si basa sull'attività in ambiente quanto anche sui cambiamenti interni, il Fondo agisce attivamente su ristrutturazione interna dell'organizzazione. Affinchè si possano realizzare tutti i progetti strategici menzionati, insieme a quelli minori, è necessario mettere nei nuovi limiti le risorse umane e finanziarie. I problemi degli ostacoli ereditati dalla passività del sistema, dell'incoerenza e della disorganizzazione delle parti interne d'affari richiedono la riorganizzazione del Fondo, la quale è già cominciata con successo mediante la formazione delle strutture superiori del management. Con i suoi specialisti il Fondo si impegna a comprendere meglio la gestione dei cambiamenti nell'organizzazione, a intendere gli elementi e gli aspetti fondamentali dei cambiamenti, insieme alle influenze di base sui cambiamenti. I partecipanti si istruiscono di mettere in prassi efficientemente tutto l'appreso e tutte le abilità nel comune prendere decisioni e nel dirigere i loro collaboratori. Una grande importanza è data alla comprensione e alla comunicazione all'interno del gruppo tenendo conto delle diversità e del coordinamento conforme ai bisogni dell'organizzazione e del volume d'affari. Lo scopo della formazione è insegnare alle strutture superiori del management come far diventare la comunicazione

reciproca più scorrevole, di maggiore qualità e più efficaci per poterla trasmettere poi ai loro collaboratori. Insomma, soltanto con sinergia nell'ambito dell'organizzazione si può aspettare che le attività indirizzate verso l'esterno, cioè verso il miglioramento della difesa sanitaria in genere, può dare il risultato desiderato. Prima di tutto, con lo sviluppo interno e con il miglioramento della qualità dell'atmosfera di lavoro daremo contributo ai migliori risultati del lavoro e alla maggiore qualità per gli assicurati.

Con la relazione del nuovo formato volevamo dimostrare, anche visualmente, che il Fondo ha aperto una nuova pagina nella sua gestione d'affari sperando che questo sia l'inizio di una nuova epoca per il sistema sanitario croato e non soltanto in teoria, ma anche in prassi.

Alla fine, vorrei ancora una volta ringraziare tutti i colleghi e tutti i dipendenti del Fondo Croato per l'Assicurazione Sanitaria i quali, con il loro lavoro solerte, con la conoscenza e con gli sforzi hanno permesso di offrire ai nostri assicurati una qualità ottimale del servizio sanitario.

SUL SISTEMA SANITARIO CROATO

La Repubblica di Croazia è situata nell'Europa centrale e sudorientale. Confina con la Slovenia, con l'Ungheria, con la Bosnia ed Erzegovina, con la Serbia e con il Montenegro. La Croazia ha 4,4 milioni di abitanti.

Dall'indipendenza nel 1992 la Croazia si è sviluppata come il paese con l'economia crescente e un'intensa attività turistica. Preparandosi per diventare la parte dell'Unione Europea (UE), la Croazia continua a condurre le riforme di struttura di base che comprendono anche il sistema sanitario e il sistema di pensione, il sistema dei sostegni statali, come anche la privatizzazione della proprietà statale. L'entrata nell'Unione Europea dovrebbe risultare con la sollecitazione delle riforme fiscali ed anche con quelle strutturali.

Lo standard della difesa sanitaria in Croazia è in genere soddisfacente, con una migliore raggiungibilità delle istituzioni sanitarie nelle città e nei centri minori. Il volume dei servizi sanitari che sono offerti nelle zone distanti e marginali, come anche nelle isole è sempre minore, ma ancora accettabile. A causa dei costi della difesa sanitaria ordinari, ma sempre in aumento, specialmente dei consumi dei farmaci, il sistema della

difesa sanitaria in Croazia registra il deficit dei mezzi di bilancio per la difesa sanitaria che invece, fino ad adesso non ha influenzato il fornimento dei farmaci nelle istituzioni sanitarie pubbliche in Croazia.

Il Ministero della Salute in Croazia ha il ruolo della direzione del sistema della difesa sanitaria con una vasta gamma di autorizzazioni. Questo comprende anche la gestione di legislazione nel settore della difesa sanitaria, il proporre delle spese di budget, la sorveglianza sulla situazione sanitaria e sui bisogni sanitari dei cittadini, l'istruzione dei lavoratori sanitari e la sorveglianza sui processi di riforma del sistema sanitario in Croazia. Come una parte del ruolo di direzione, il Ministero ha il compito di elaborare e di realizzare la Strategia nazionale di sviluppo del sistema sanitario dal 2012-2020. Il riforma sanitario mette in risalto i valori e i principi comuni diminuendo la disuguaglianza tra i cittadini della Repubblica di Croazia. Il miglioramento della connessione e della continuità nel sistema sanitario, l'equalizzazione e il miglioramento della qualità della difesa sanitaria, l'incremento di efficienza e di produttività del sistema sanitario, l'incremento di raggiungibilità della difesa sanitaria e il miglioramento dei indicatori sanitari sono l'orientamento strategico di sviluppo del sistema sanitario.

Il sistema sanitario nella Repubblica di Croazia è finanziato da diverse fonti. I contributi per l'assicurazione sanitaria in Croazia sono obbligatori per tutti i cittadini con occupazione, cioè per i loro datori di lavoro. Per i figli e le persone a carico nella famiglia tutti i servizi sanitari in Croazia sono coperti dai contributi pagati dai datori di lavoro per i loro familiari in attività di lavoro. I cittadini con un'attività indipendente sono obbligati a pagare i contributi per l'assicurazione sanitaria. I cittadini croati che fanno parte della categoria socialmente debole sono esenti dal pagamento dei contributi per l'assicurazione sanitaria; i gruppi come i pensionati e le persone a basso reddito hanno assicurazione e possono rivolgersi ai soggetti contrattuali del Fondo Croato per l'Assicurazione Sanitaria (HZZO). I cittadini croati hanno la possibilità di effettuazione dei servizi sanitari privati, sia per mezzo del pagamento immediato nelle istituzioni non contrattuali, sia per mezzo del pagamento dei prezzi dei servizi sanitari con l'assicurazione sanitaria privata.

I cittadini croati sono obbligati a partecipare nelle spese per la difesa sanitaria, tranne alcune categorie ben precise delle persone assicurate (p.e. bambini fino ai 18 anni) o le persone assicurate malate da alcune malattie, quando la difesa sanitaria si svolge per quelle malattie (p.e. malattie maligne o malattie psichiatriche croniche). Con la partecipazione, una parte dei servizi sanitari, come per esempio gli interventi della chirurgia estetica, le persone assicurate devono pagarli in totale cioè il loro costo non viene appagato e coperto dall'assicurazione sanitaria obbligatoria.

I medici della difesa sanitaria primaria, se è necessario, mandano il paziente a fare le cure nei posti della difesa sanitaria secondaria e terziaria in Croazia permettendo al paziente un'entrata libera agli ospedali e ai policlinici che hanno stipulato il contratto di attuazione della difesa sanitaria dall'assicurazione sanitaria obbligatoria (istituzioni contrattuali).

Gli ospedali nelle grandi città e nei piccoli centri offrono i servizi al livello della difesa sanitaria secondaria e terziaria, cioè quelle specialistico-consiliari ed ospedalieri. Approssimativamente gli ospedali si dividono in quelli clinici, generali e specializzati. Gli ospedali generali hanno i reparti di ginecologia ed ostetrica, medicina interna, chirurgia e pediatria.

Il settore sanitario croato, negli ultimi dieci anni ha visto incremento dei policlinici contrattuali. I pazienti devono essere in possesso di un'impegnativa rilasciata dal medico della difesa sanitaria primaria affinché possano effettuare la difesa sanitaria presso il policlinico contrattuale.

Quando il 1 luglio 2013 la Croazia diventerà il membro dell'UE, potrà, per mezzo di progetti, ricevere una parte dei mezzi dai fondi strutturali europei anche per lo sviluppo del sistema sanitario.

Si aspetta che in quel modo il sistema sanitario riceverà un sostegno finanziario con il capitale aggiuntivo per il miglioramento del settore sanitario e per offrire migliori servizi sanitari ai cittadini croati.

Il sistema sanitario croato sta passando le riforme, ma nonostante ciò i servizi sanitari sono conformi allo standard generale europeo. Fuori dalle grandi città e dai centri minori, è diminuita parzialmente la raggiungibilità della difesa sanitaria, ma ciò si riferisce particolarmente alla difesa sanitaria specialistico-consiliare, mentre la difesa sanitaria primaria e il pronto soccorso sono raggiungibili in tutte le parti della Croazia.

Il Fondo Croato per l'Assicurazione Sanitaria protegge i dati personali e la privacy di tutti i cittadini della Repubblica di Croazia.

Se nel caso della richiesta di informazioni, la segretezza dei dati è stata domandata, quelli dati saranno trattati nel modo desiderato. Nel caso della richiesta di informazioni tramite posta elettronica, i dati di contatto sono classificati e vengono usati soltanto dalle persone autorizzate per il contatto diretto e per fornire le informazioni richieste.

Conclusion

Ne mettez jamais en doute le fait qu'un petit groupe de citoyens réfléchis puisse changer le monde, justement, ils sont le seule agent de changement.

MARGARET MEAD

Conscient du fait que l'efficacité du système repose, à la fois, sur l'impact de l'environnement, ainsi que sur les changements internes, la Caisse d'assurance maladie croate participe activement à la restructuration interne de l'organisation. Pour atteindre les objectifs stratégiques, les ressources humaines et financières doivent être mises en nouveaux cadres. Les problèmes de lenteur de l'ancien système, le manque de coordination entre les unités d'affaires internes cherchent la réorganisation, qui a déjà commencé avec le coaching du top management. Les coachs professionnels mènent l'entraînement pour mieux comprendre les changements dans l'organisation, les éléments clés et les aspects du changement. Les participants sont préparés pour transmettre le savoir-faire et la connaissance à leurs collègues. En outre, une grande importance est donnée à la compréhension et à la communication due à mutuelles différences et à la coordination de l'équipe aux besoins de l'organisation et à la portée du travail. Le but d'éducation est de enseigner aux top management à améliorer la communication mutuelle et la mettre sur leurs collègues. En fait, seulement la synergie de l'organisation peut contribuer à une meilleure qualité des opérations et des résultats généraux de la santé, pour donner le résultat souhaité pour les assurés.

Avec ce rapport de nouveau format nous avons voulu montrer visuellement que notre Caisse a tourné une nouvelle page dans l'entreprise, et nous espérons que c'est le début d'une nouvelle ère pour les soins de santé croate.

À tout le moins, je tiens à remercier tous les collègues et le personnel de la Caisse d'assurance maladie croate qui ont fait leur engagement et des efforts permettant nos assurés une qualité de service optimale.

LE SYSTÈME DE SANTÉ CROATE

La république de Croatie se trouve au centre et sud-est de l'Europe et a les frontières avec la Slovénie, la Hongrie, la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et Monténégro. La Croatie compte 4,4 million d'habitants.

Depuis son indépendance en 1992, la Croatie s'est développée comme un état à économie croissante et forte d'activité touristique. En attente à l'entrée dans l'Union européenne (l'UE) la Croatie continue à exécuter les structures clés des réformes qui incluent le système de santé et de retraite, système d'aides d'État et la privatisation des biens de l'état. L'entrée dans l'UE devrait accélérer réformes structurelles, fiscales et autres.

Le standard de la protection de santé en Croatie est généralement satisfaisant, avec une meilleure accessibilité dans les grandes villes. L'accessibilité des services de santé dans les milieux limitrophes et difficiles à atteindre (comme les îles) est moins satisfaisante mais encore acceptable.

A cause des frais élevés de la protection de santé, concernant surtout les médicaments, le système de santé en Croatie est accompagnée d'un déficit budgétaire, mais qui n'a pas jusqu'à présent influencé le provisionnement en médicaments dans les établissements publics de santé.

Le Ministère de santé en Croatie a un rôle gestionnaire dans le système de santé avec un large éventail de pouvoirs qui incluent la législation dans le domaine des soins de santé, des propositions des frais budgétaires, le contrôle de l'état de santé de la population, l'entraînement du personnel de santé et le contrôle de réforme du système de santé en Croatie. Le Ministère a eu le tâche de créer et faire passer la stratégie nationale de l'évolution de Santé 2012 – 2020.

L'accent de réarme est posé sur les valeurs communes et la diminution des différences, ce qui finalement apporte à une amélioration du secteur sanitaire en Croatie.

Le système de santé en Croatie se finance des différentes sources. Les contributions d'Assurance Maladie en Croatie sont obligatoire pour tous les salariés c'est à dire leurs

employeurs. La prise en charge des membres de famille des citoyens actifs est payée par leurs employeurs. Les professions libres sont également obligées de payer les contributions de santé. La population sociale est libérée de toutes contributions de paiement d'assurance de santé; les retraités et les personnes à rémunération basse ont droit à l'assurance de santé fournie par la Caisse d'assurance maladie croate.

Si nécessaire, le médecin de famille dirige ses patients vers différents spatiaux et polycliniques, pour différents examens spécialisés, qui ont un contrat avec l'Institut.

Lors du 1er juillet 2013 la Croatie adhère à l'UE, les projets fourniront un financement des fonds structurels européens pour le développement du système de santé.

Il est prévu que le système de santé Croate va obtenir une aide financière, avec des capitaux supplémentaires pour améliorer le secteur de la santé et la prestation des services de santé aux citoyens.

Les réformes de système croate sont en cours, mais le standard de la provision des services médicaux est en ligne avec des standards européennes.

La Caisse protège les données personnelles et la vie privée de tous les assurés de la République de Croatie.

Si les énoncés prospectifs exigent la confidentialité, les données seront également traitées. Lorsque vous demandez des informations par e-mail, informations de contact ne sont utilisées que par des personnes autorisées de fournir les informations demandées.



Godišnje izvješće HZZO-a je tiskano na recikliranom papiru Munken Polar. Munken Polar standardizirani proizvodi su dostupni u obliku FSC™ - zaštićenog znaka za odgovorno pošumljavanje. www.fsc.org. FSC-C022692 te PEFC certificirani.

Državni dužnosnici i službenici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje svjesni su svog utjecaja na okoliš, te poduzimaju sve potrebne aktivnosti kako bi taj utjecaj bio u prihvatljivim granicama. Kao jednu od mjera zaštite okoliša, molimo ukoliko ne želite čuvati ovo izdanje, da papir svakako reciklirate.

ISSN 1333-3496



Što je HZZO napravio u 2012. godini?

Nakon obrađenih podataka, u svim aspektima poslovanja i rada HZZO-a, pripremili smo kratki pregled s glavnim informacijama o tome što smo napravili i izmijenili u prošloj godini, uzevši u obzir zatečeno stanje, te smo sve podatke prikazali u obliku infografike – grafičkog prikaza poslovanja, koju Vam šaljemo u prilogu.

1. Nadzor i kontrola

HZZO tijekom cijele godine obavlja nadzor i kontrolu te na taj način prati izvršavanje ugovornih obveza zdravstvenih ustanova i zdravstvenih radnika privatne prakse, odnosno isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, koji s HZZO-om imaju sklopljene ugovore.

HZZO je u 2012. proveo 4.414 kontrola ugovornih obveza i izrekao 1.063 mjere, od toga 498 opomena, 455 opomena s naplatom štete, 83 opomene s novčanom kaznom, 12 opomena s novčanom kaznom i naplatom štete, 11 opomena pred raskid ugovora, a pokrenuta su i 4 postupka raskida ugovora.

Isto tako, provedena je i 4.591 kontrola bolovanja na zahtjev poslodavca, te dvije velike akcije izvanrednih kontrola bolovanja. U prvoj akcija su kontrolirana dugotrajna bolovanja, pregledano je 2.713 osiguranih te su zaključena 663 bolovanja ili 24,5 % svih kontroliranih bolovanja. U drugoj akciji obavljen je nadzor bolovanja u 861 ordinaciji opće/obiteljske medicine, revidirano 12.917 bolovanja i zaključeno 580 bolovanja.

Na temelju unutarnjeg nadzora izradit će se detaljni akcijski plan za racionalizaciju šalterskog poslovanja, kojim se automatiziraju određeni poslovni procesi i time

bitno smanjuje potreba dolaska osiguranih osoba na šaltere HZZO-a.

2. Zdravstvena zaštita

HZZO je uveo potpuno novi način ugovaranja zdravstvene zaštite i način financiranja primarne zdravstvene zaštite. Novi način potiče liječnike na pružanje učinkovite i kvalitetne zdravstvene zaštite. Novi model, osim sredstava za fiksne troškove (*hladni pogon*), glavarine i plaćanja po izvršenom postupku, uključuje i stimulatивно financiranje prema utvrđenim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite, kao i financiranje za dodatne mogućnosti (udruživanje u skupnu praksu, pružanje preventivnih programa, savjetovani rad). U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti planira se utvrđivanje sredstava po kategorijama i djelatnostima bolnica, uz praćenje pokazatelja učinkovitosti i kvalitete. U obiteljskoj medicini HZZO je zabilježio 32.849.022 posjeta pacijenata, u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti 4.821.790 posjeta, zdravstvenoj zaštiti predškolske djece 2.512.803 posjeta, te u zdravstvenoj zaštiti žena 1.697.874 posjeta. U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, provedeno je ukupno 698.000 hospitalizacija i ostvareno ukupno 6.588.673 dana bolničkog liječenja. Zbog povećanja transparentnosti ugovori sklopljeni sa svim ugovornim subjektima na razini specijalističko-konzilijarne zdrav-

stvene zaštite, javno su objavljeni na web stranicama HZZO-a, te se mogu vidjeti kroz tražilicu ugovornih subjekata. Ugovoreno je provođenje preventivnih programa sa 260 ordinacija opće medicine.

Lijekovi: Služba za lijekove i medicinske proizvode HZZO-a provodi politiku lijekova i medicinskih pomagala te pruža stručnu potporu radu Povjerenstva za lijekove i Povjerenstva za ortopedska i druga pomagala, koja donose odluke o uvrštavanju pojedinog lijeka (kao i pomagala) na liste lijekova HZZO-a odnosno na Popis pomagala. Tijekom 2012. godine na listu lijekova stavljeno je ukupno 179 oblika lijekova, od toga na osnovnu listu lijekova 162 oblika, a na dopunsku listu lijekova 17 oblika. Uglavnom se radilo o generičkim paralelama već prisutnih lijekova. U navedeni broj oblika uključeno je i 6 novih lijekova (3 na Osnovnu listu, 3 na Dopunsku listu) i 11 oblika. Uvršten je i 1 novi magistralni pripravak. U Popis pomagala uvrštena su istovrsna pomagala različitih proizvođača, te je na taj način snižena cijena istih za 10 % ili više. To, osim uštede koju donosi, liječnicima i pacijentima omogućava veći izbor onih pomagala koja pacijentu najbolje odgovaraju. Na zamolbu udruga pacijenata, izmijenjene su smjernice za pojedina pomagala (invalidska kolica, perike), koje su omogućile nadoplatu za pomagalo koje odgovara pacijentu.

3. Ekonomski poslovi

Najznačajnija promjena u aspektu ekonomskog poslovanja u prošloj godini svakako je provođenje postupka objedinjene javne nabave u sektorima interneta, telekomunikacija i električne energije za HZZO i 28 bolnica u Republici Hrvatskoj s ciljem ušteda i racionalizacije poslovanja. Za troškove provođenja kompletne zdravstvene zaštite, lijekova i ortopedskih pomagala HZZO je utrošio ukupno 21.119.925.828 kuna. Služba za financije i računovodstvo obradila je 29.864.919 ulaznih računa za provođenje zdravstvene zaštite, za lijekove, ortopedska pomagala i ostale troškove, dok je evidentirano 581.839 refundacija korisnicima za putne i ostale troškove, 173.638 refundacija poslodavcima za bolovanja, te 363 računa za inozemno liječenje.

4. Zaštita zdravlja na radu

Zbog racionalnijeg korištenja sredstava utvrđena je nova cijena preventivnih pregleda radno aktivnih osiguranih osoba, te je cijena postupka sa 320 kuna snižena na 225 kuna.

Isto tako, uvedeni se novi preventivni postupci vezani uz obilazak radnog mjesta radnika u cilju postizanja standarda *zdravog radnog mjesta*. Definiran je godišnji maksimalni iznos novčanih sredstava po timu medicine rada (520 tisuća kuna godišnje), po prvi put utvrđen je posebni standard za medicinu rada, a uspostavljena je kvalitetna komunikacija s ugovornim subjektima, uvođenjem skupne e-mail adrese: medicina.rada@hzzo.hr. Dovođen je projekt *Zdravlje i zaštita na radu* financiran kroz program EU IPA 2007. HZZO je odradio sve preuzete obveze, čime je ostvaren preduvjet za razmjenu podataka s drugim institucijama i EU. Uvedena je mogućnost podnošenja prijave o ozljedi na radu i prijave o profesionalnoj bolesti elektroničkim putem ePrijava o ozljedi na radu i ePrijava o profesionalnoj bolesti.

5. Odnosi s javnošću

Odjel HZZO-a za odnose s javnošću svakodnevno komunicira s medijima i građanima. U prošloj godini je građanima odgovorio na 2807 upita, što je čak 82 % više nego prethodne, 2011. godine. O novostima u poslovanju HZZO-a mediji su od odjela za

odnose s javnošću dobili 30 priopćenja i odgovore na 385 pitanja.

6. Dobrovoljno zdr. osiguranje

U sektoru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u prošloj godini broj osiguranika je povećan na 2.500.177. Ugovorena premija povećana je za 17,7 milijuna kuna, dok je naplata premije povećana za 166,3 milijuna kuna ili za 9,66 %. Isto tako možemo reći da je znatno poboljšana komunikacija s osiguranicima, što pokazuje 73 % zadovoljnih anketiranih osiguranika. S ciljem promoviranja zdravijeg načina življenja dodijeljeno je 50 besplatnih polica bivšim pušačima.

7. Međunarodna suradnja

Na području međunarodne suradnje HZZO je aktivno sudjelovao u Twinning projektu *Jačanje administrativnih kapaciteta nadležnih tijela i provedbenih ustanova na području koordinacije sustava socijalne sigurnosti* (IPA 2009), u okviru kojeg su održani seminari, studijska putovanja, okrugli stolovi, i sl., a sve u cilju edukacije radnika HZZO-a, kako bi u potpunosti bili spremni primjenjivati europske pravne propise u trenutku pristupanja EU te o tome pružati informacije osiguranim osobama HZZO-a. Provodile su se intenzivne pripreme za postupanje sukladno Uredbama EU o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, te je HZZO sudjelovao u radnim skupinama i povjerenstvima za izradu zakona, zbog usklađenja s Direktivama i drugim propisima EU.

Predstavnici HZZO-a sudjelovali su i na sastancima tijela EU za koordinaciju sustava socijalne sigurnosti, a kako bi se 1. 7. 2013. nesmetano i aktivno mogli uključiti u njihov rad.

Također, HZZO se učlanio u međunarodne organizacije AIM i ESIP, koje se bave područjem socijalnog osiguranja, a u cilju unapređenja poslovanja kroz korištenje i razmjenu iskustava s nositeljima zdravstvenog osiguranja drugih država.

8. Pravni i kadrovski poslovi

U prošloj godini je izmijenjen Statut HZZO-a te su uvedena četiri regionalna ureda, i to: Regionalni ured Zagreb, Regionalni ured Split, Regionalni ured Rijeka i Regi-

onalni ured Osijek, čime se nastoji postići učinkovitije upravljanje sustavom zdravstvenog osiguranja. U cilju provedbe Antikorupcijskog programa Vlade RH prihvaćen je Antikorupcijski program HZZO-a, temeljem kojeg su radnici dragovoljno potpisali antikorupcijsku izjavu. Osnovano je Antikorupcijsko vijeće, kao savjetodavno tijelo sastavljeno od predstavnika udruga, novinara, javnih znanstvenih i stručnih radnika, te 2 predstavnika HZZO-a različitih struka.

Na razini područnih službi HZZO-a riješeno je 114.000 raznih prvostupajskih upravnih predmeta po zahtjevima osiguranika, te je u Direkciji HZZO-a provedeno 5439 žalbenih postupaka. Nakon provedenog upravnog postupka i medicinskog vještačenja, na liječenje u inozemstvo upućeno je 529 osoba. HZZO je u 2012. godini nastavio s financiranjem pripravnčkog staža za 1302 zdravstvena radnika sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem i sa završenim stručnim studijem, koji su uvršteni u Listu prvenstva pripravnika u 2011., te je započeo s financiranjem pripravnčkog staža za 752 zdravstvena radnika sa završenim preddiplomskim i diplomskim sveučilišnim studijem, koji su uvršteni u Listu prvenstva pripravnika u 2012. godini.

Isto tako, HZZO je u 2012. godini nastavio s financiranjem specijalističkog usavršavanja 274 zdravstvena radnika, koje je započeto ranijih godina, te je odobrio 80 novih specijalizacija.

9. Inf.-kom. tehnologija

eListe čekanja i eNaručivanje: Prvi dio nacionalnog projekta eListe čekanja i eNaručivanje uspješno je završen te su uključene sve bolnice, njih 64. Projekt se razvija po planu te se završetak istog očekuje u lipnju 2013.

epSOS: Uvođenje *Pametnih otvorenih usluga za europske pacijente* (Smart Open Services for European Patients – epSOS), što će u budućnosti u praktičnom smislu donijeti prekograničnu zdravstvenu zaštitu za europske građane koji putuju Europom (turisti, poslovni ljudi, dnevni migranti, studenti na međunarodnoj razmjeni, itd.). Usluge koje će se izmjenjivati s liječnicima europskih zemalja obuhvaćaju sažetak o pacijentu (Patient Summary), te eReceipt (ePrescription), odnosno ePropisivanje lijeka (ePrescribing) pomoću program-

ske aplikacije u ordinaciji liječnika opće prakse, i elzdavanje lijeka (eDispensing) pacijentu, na temelju prosljeđenog eRecepta, uz davanje povratne informacije o izdanom lijeku.

WHO: Od početka 2013. godine zamjenika ravnatelja HZZO-a Tatjana Prena Tru-

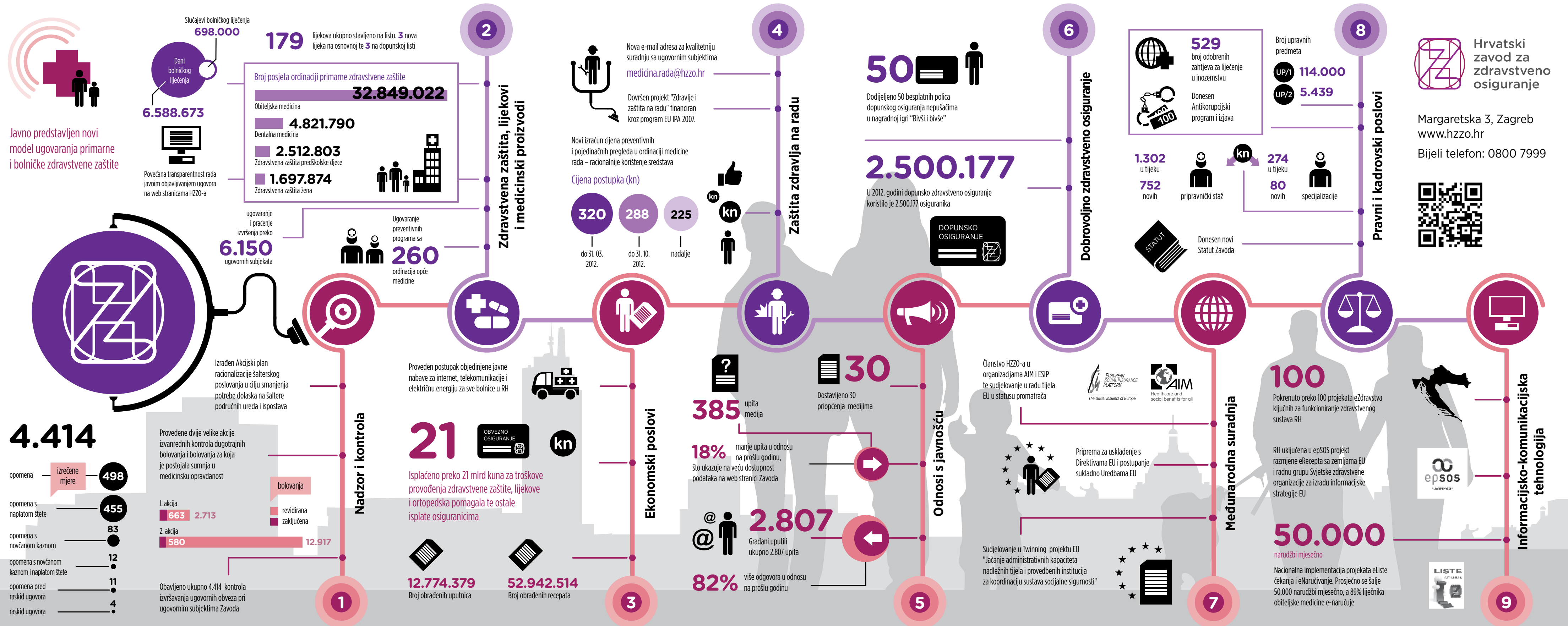
pec, mag.ing.el., članica je ad-hoc radne grupe Svjetske zdravstvene organizacije za razvoj Europske strategije informacione sigurnosti u zdravstvu, čija je glavna zadaća izrada informacijske strategije EU.

Projekti u eZdravstvu: Pokrenuto je preko 100 projekata eZdravstva, ključnih

za funkcioniranje zdravstvenog sustava RH. Dio njih uključuje unapređenje informacijskog sustava HZZO-a, s ciljem automatizacije komunikacije i smanjenja administrativnog opterećenja ugovornih zdravstvenih ustanova i građana, te povećanja kontrole, kako bi se podigla kvaliteta i učinkovitost te ostvarile uštede.

Što je HZZO napravio u 2012. godini

Aktivno sudjelovanje u izradi Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.



ISSN 1333-3496



9 771333 349005

