

1. Ministar Kujundžić propustio je proteklih gotovo dvije godine mandata započeti snažniju inicijativu za reformom zdravstvenog sustava.

2. Trebao je „upravljati zdravstvom“ koje počinje makro-planiranjem i analitikom, a nastavlja se zakonskom i podzakonskom regulativom; alokacijom resursa i operativnim menadžmentom, odnosno svakodnevnim aktivnostima u osiguravanju zdravstvene zaštite.

Propustio je u djelatnosti hitne medicine:

3. Provesti zakonske i edukacijske pretpostavke za postupni stručno održivi prijenos dijela posla i odgovornosti s liječnika izvanbolničke hitne medicine na osposobljene medicinske sestre i med.tehničare, te tako imati umjesto transportnog T2 tima hitne medicinske pomoći reanimacijski T2 tim, koji je u međuvremenu mogao spasiti brojne ljudske živote.

4. Osnovati vlastitu hitnu helikoptersku i brzobrodsku medicinsku pomoć, samostalnu civilnu službu s visoko educiranim kadrom s jasno definiranim kompetencijama u skladu s pravilima struke i pravilom zlatnog sata, te međunarodnim obvezama i propisima koje diktira međunarodno pravo i struka. RH se obvezala sve to provesti. Trenutno imamo transportnu službu HV helikopterima, radi povećanja broja radnih sati helikoptera, protivno međunarodnom pravu i obvezama RH, najgore od svega protivno interesima pacijenata. Akcije potraga i spašavanja integrirati u

Helikoptersku hitnu medicinsku službu, HEMS, kao što je to u ostalim zemljama članicama EU, te u skladu s time regulirati pitanje ovlasti i osiguranja tih liječnika, ostalih zdravstvenih radnika i pacijenata, te omogućiti njihove integracije u HEMS. U sklopu navedenog definirati i područje osiguranja i mogućnosti naplate kako bi se sustav približio samoodrživosti. To su kapitalni projekti koji trebaju pomoć za financiranje iz sredstava Europske unije, za koje već postoji izrađen prijedlog. Na koncu i definirati prijelaznu fazu obzirom na zahtjeve Europske unije obzirom da se već sada ne smiju rabiti vojni helikopteri u civilnom zbrinjavanju.

5. Uspostaviti zakonske pretpostavke za unaprjeđenje kvalitete hitne medicinske pomoći integracijom rada izvanbolničkih timova HMP, prethodno izmijenjenih u skladu s točkom 1., s hitnim prijemima bolnica u kojima će brigu o pacijentima dovezenim vozilima HMP voditi dežurni liječnici specijalisti i specijalizanti iz hitne medicine, te ostali bolnički liječnici raspoređeni tog dana na rad u hitnom prijemu.
6. Obvezno provesti zakonske i druge pretpostavke za uspostavu dežurstva obiteljskih liječnika, te pedijataru liječnika domova zdravlja i koncesionara vikendom i blagdanima u dežurnim ordinacijama obiteljske medicine i pedijatrijskim ordinacijama bilo na području lokalnog doma zdravlja (DZ), ispostave hitne medicinske pomoći (HMP), ambulante za akutna nehitna stanja u okviru lokalnih bolnica ili na drugom mjestu, a po volji i zakonskoj obvezi jedinica regionalne uprave i samouprave kako bi i građani u mjestima u kojima danas nema dežurnih liječnika, a postoji potreba za njima mogli ostvariti svoje pravo na zdravstvenu zaštitu.
7. Provesti postupak uvođenja i standardizacije trijaže u bolničkim hitnim prijemima.

8. Ustanoviti specijalizacije iz hitne medicine na suvremen način, ali i organizirati rad hitne medicine kako bi mladi liječnici imali interesa i volje specijalizirati hitnu medicinu, a ne kao danas specijalizirati hitne medicine između ozbiljnih reanimacijskih postupaka vaditi bodlje ježinaca ili krpelja u bolničkom hitnom prijemu, zbog čega je vrlo mali interes za specijalizacije iz hitne medicine za razliku od kolega u inozemstvu.
9. Urediti formalno - pravno pitanje prekvalifikacije odnosno urediti pitanje perspektive struke i mogućnost dodatne edukacije liječnika zaposlenih u jedinicama izvanbolničke hitne medicine jer malo je vjerojatno da većina zainteresiranih liječnika za specijalizaciju iz hitne medicine očekuje da će istu moći obavljati do planiranih 65 ili 67 godina starosti- razmisliti i o potencijalnom beneficiranom radnom stažu za navedenu specijalizaciju
10. Prioritetno ustrojiti ugovorni punkt ljekarničkog dežurstva u jedinicama regionalne uprave i samouprave gdje nedostaju, npr. Ličko-senjskoj županiji na lokalitetu Gospić
11. Razmotriti zakonske modalitete koji će obvezati jedinice regionalne uprave i samouprave na osnivanje i financiranje dodatnih stalnih ili privremenih punktova za cjelodnevna dežurstva ljekarni u turističkim regijama
12. Urediti način organizacije rada turističkih ambulanti gdje bi se iste financirale od strane Ministarstva turizma preko boravišnih pristojbi, zatim dijelom od strane jedinica regionalne uprave i samouprave te za rad timova hitne medicinske službe na autocestama od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Navedeni sustav financiranja omogućio bi redovan rad i pravovremenu pripremu za turističku sezonu.

13. Ugovoriti rad splitske barokomore s HZZO-om i tako spasiti desetke života unesrećanih ronilaca i ostalih potrebitih svake godine, a kroz okvire plaćanja troškova na teret osiguranja.

Propustio je u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite:

14. Omogućiti liječnicima obiteljske medicine i drugim liječnicima, ali i drugim zdravstvenim radnicima, kao i istima zaposlenicima domova zdravlja osnivanje privatne prakse temeljem ugovora s osiguravateljima na ekonomski održivoj razini, kako bi građani imali toliko potrebnu dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.
15. Ojačati uloge doma zdravlja na razini primarne zdravstvene zaštite, te osnažiti funkcionalnost sustava primarne zdravstvene zaštite i izvanbolničke specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite uz osiguranje kontinuiteta skrbi za pacijente, pružanje osnovne laboratorijske i radiološke dijagnostike, preventivne i aktivne opće i specijalističke skrbi za pacijente, rehabilitacije te zdravstvene skrbi u kući oboljelih.
16. Uvesti nove sadržaje doma zdravlja kroz usluge specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koje trebaju biti dostupnije i bliže korisnicima, sukladno prioritetnim potrebama stanovništva u okviru doma zdravlja potrebno npr. organizirati djelatnost (kao samostalnu djelatnost ili dispanzer uz funkcionalno povezivanje sa bolničkim ustanovama) za ranu intervenciju i rehabilitaciju kod djece s problemima u neuromotornom razvoju (neurolog, fizioterapeut, radni terapeut, logoped). Također u cilju što ranije rehabilitacije razviti izvanstacionarnu

fizikalnu medicinu i rehabilitaciju pod nadzorom fizijatra te izvanstacionarnu rehabilitaciju poslije infarkta.

17. Osigurati odgovarajući pravni okvir (izmjena zakonskih i podzakonskih propisa, općih akata HZZO-a), sukladno Mreži javne zdravstvene službe i Strateškom planu razvoja palijativne skrbi o ustroju sustava županijskih koordinatora palijativne skrbi koji su predviđeni u domovima zdravlja ili županijskim ustanovama za zdravstvenu njegu, ugovaranje i mobilnog palijativnog tima te organiziranje posudionica i koordiniranja rada volontera, kao i ustroj palijativnih postelja u stacionarima domova zdravlja sukladno Mreži javne zdravstvene službe.
18. Prepoznati potrebu većeg izdvajanja za dugotrajnu zdravstvenu skrb, a zbog ubrzanih demografskih promjena, ponajprije demografskog starenja.
19. Povećati kapacitete bolničkih odjela za palijativnu skrb i produženo liječenje.
20. Osnažiti patronažne službe i njezine uloge u palijativnoj skrbi, te izmijeniti nedostatak zakonodavnog okvira, npr. patronažna služba ima propisano radno vrijeme pet dana u tjednu u jutarnjoj smjeni i nije moguće osigurati dostupnost koordinatora u palijativnoj skrbi 24/7.

Propustio je u djelatnosti preventivne medicine:

21. Uspostaviti učinkovite programe prevencije I rane detekcije kroničnih nezaraznih I mlg bolesti
22. Donijeti Nacionalni plan za borbu protiv raka.

Propustio je na području edukacije zdravstvenih radnika:

23. Razriješiti nedovoljno definiranu politiku sestrinskog obrazovanja. Ministar je propustio u suradnji s Ministarstvom znanosti, obrazovanja i sporta, Agencijom za znanost i visoko obrazovanje, predstavnicima visokih učilišta, predstavnicima srednjoškolskog obrazovanja, Hrvatskom komorom medicinskih sestara i predstavnicima već osnovane Radne skupine koja je izradila „Zajednički obvezni dio preddiplomskog sveučilišnog i preddiplomskog stručnog studijskog programa sestrinstva“, konačno definirati temeljno obrazovanje medicinskih sestara.
24. Propisati potreban pripravnički staž i stručni ispit nakon završenog studija medicine, jer Direktiva EU ne priječi državu da ima pripravnički staž i stručni ispit, a nekoliko istraživanja potvrdilo je zahtjeve većine studenata i diplomanata studija medicine o potrebi održavanja pripravničkog staža u suvremenom stručno prihvatljivom modelu
25. Potaknuti povećanje upisnih kvota na zdravstvenim učilištima i med. Fakultetima
26. Planirati pripravnički staž, specijalizacije i uže specijalizacije u okviru prijedloga Hrvatske liječničke komore, dakle prijenos organizacije, provedbe i nadzora edukacije zdravstvenih djelatnika (pripravnički staž, specijalizacija, uža specijalizacija, trajno usavršavanje) iz nadležnosti Ministarstva zdravstva među javne ovlasti nadležnih komora u zdravstvu uz zadržavanje nadzora Ministarstva u skladu sa Zakonom, naime postoji apsolutna pravna nesigurnost oko pripravničkog staza za liječnike. Studenti kojima za koji tjedan počinje šesta

godina medicine jos ne znaju hoće li imati obvezan pripravnički staž ili eventualno u zamjenu tzv sekundarijat te koliko će on vremenski trajati i hoće li biti strukturiran u smislu obveznog sadržaja ili ne. A Pravilnik o specijalističkom usavršavanju čije određene odredbe je ukinuo Ustavni sud, a ministar nije na vrijeme omogućio predmetnu zakonsku regulativu niti ju je nadomjestio naputkom zdravstvenim ustanovama. Zbog toga je ostavio svojevrsni pravni vakuum u ugovornim odnosima specijalizanata i ustanova. Na taj se način omogućava nastavak prakse tzv robovlasničkih ugovora te mlade liječnike posljedično potiče na odlazak u inozemstvo.

Propustio je na području financiranja i organizacije zdravstva:

27. Postići financijsku cjelovitost javnog zdravstva zahtijevajući dosljednu i vjerodostojnu provedbu zakona koji obvezuju državu na isplatu zdravstvene zaštite posebno ranjivim skupinama građana, a teret čega danas snose svi građani obveznici doprinosa za zdravstveno osiguranje.
28. Održati i unaprijediti postupke javne nabave.
29. Osigurati objedinjenu ili decentraliziranu javnu nabavu temeljem novog ugovora o javnoj nabavi (javna nabava mora pratiti kategorizaciju bolnica, ne smije se događati da se nabavljaju skupi uređaji bez odgovarajuće stručne potpore djelatnika koji na njima trebaju raditi)

30. Provesti Standardizaciju i katalogizaciju roba i usluga

31. Provoditi Ispitivanje poslovne korektnosti postupka nabave

32. Reorganizirati HZZO i načina plaćanja usluge učiniti ekonomski održivim.
Primjerenijom organizacijom, planiranjem i upravljanjem javnim zdravstvom moguće je racionalizirati troškove bez rizika po zdravlje bolesnika, što su neke bolnice postigle.

33. Donositi propise u suglasnosti sa svim bitnim čimbenicima zdr.sust. U sve segmente i na sve razine uključiti sve relevantne faktore u zdravstvenom sustavu – Komore, poslodavci, sindikati, udruge za zaštitu i promicanje prava pacijenata u suradnji s zdravstvenom administracijom čija uloga u kreiranju zdravstvene politike mora biti savjetodavna, logistička i administrativna.

34. Prioritetne liste - projekt koji nije dobro razrađen, a još lošije je implementiran. Nije donio očekivano povećanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite na području cijele države. Smanjiti realno liste čekanja redovitim informatičkim nadzorom, osnivanjem jedinica centralnog naručivanja, jedinstvenim pregledom svih lista, racionalizacijom indikacija za pojedine radiološke i ine pretrage, završavanjem projekta e naručivanja radi sprječavanja dupliciranja naručivanja, uključivanjem raspoloživih sredstava u znavljanje i nabavku uređaja, uključivanjem postojećih kapaciteta privatnih zdravstvenih ustanova za dg. gdje su liste čekanja dulje od EU standarda po cijenama javnozdravstvenih usluga, mogućnošću rada u dvije smjene ukoliko za to ima raspoloživih ljudskih kapaciteta u skladu s radnim propisima RH, te dio pretraga provesti na razini PZZ pri DZ ili skupnim praksama liječnika obiteljske medicine.

35. Kategorizirati i akreditirati zdravstvene ustanove
36. Održivo i suvremeno razvijati informatizaciju zdravstva
37. Isplatiti neisplaćeni dodatak za posebne uvjete rada u prekovremenom radu svima koji na to imaju pravo temeljem Kolektivnog ugovora u zdravstvu od 1. prosinca 2013., ali i temeljem novog Kolektivnog ugovora kojim su prava jednako određena.
38. Pokušao utjecati na sudbenu vlast kroz skandalozni dopis ministru pravosuđu u kojem se problematizira aktualna različita sudska praksa u radnim sporovima zdravstvenih djelatnika i njihovih ustanova vezanih uz vrednovanja prekovremenog rada, umjesto da se fokusira na ispravljanje pogrešnog obračuna plaća zaposlenika u zdravstvenom sustavu koji može u konačnici, ako izostane nagodba predstavljati novo značajno financijsko opterećenje za proračun.
39. Integrirati mogućnosti privatnog zdravstva i potrebe hrvatskih pacijenata na građanima prihvatljiv način, odgovorno iskoristiti ili davati u koncesiju korištenje bolničke opreme i prostora izvan redovitog radnog vremena kako bi se maksimalno iskoristili kapaciteti opreme te stvorile mogućnosti dodatne zarade.
40. Donijeti i provesti poticajne mjere ostanka zdravstvenih radnika u Hrvatskoj poput omogućavanja nagrađivanja zdravstvenih radnika istaknutih većim radnim doprinosom, zauzimanja u Vladi RH za materijalna i nematerijalna prava zdravstvenih radnika: stan, jaslice, vrtić, škola, stipendije pripravnicima,

NEZAVISNIH LISTA

specijalizantima, novčana potpora zdravstvenim radnicima za rad u manje razvijenim područjima RH, uređivanje uvjeta za beneficiran radni staž u skladu s propisima EU, pripreme i provedbe rješenja temeljem kojeg cjelokupan rad kod poslodavca ulazi u mirovinski staž, a ne samo redovni rad kao danas.

41. Potaknuti Izmjenu Zakona o reprezentativnosti
42. Omogućiti Strukovno kolektivno pregovaranje liječnicima, te Potpisivanje strukovnog kolektivnog ugovora za liječnike, uključivanje liječnika u pregovaranje o uvjetima svoga rada.
43. Omogućiti mobilnost unutar javnog zdravstvenog sustava
44. Dokinuti robovlasničke (i pravno ništavne solemnizirane ugovore) zdravstvenih radnika
45. Donijeti vremensko- kadrovske normative u pružanju zdravstvene zaštite
46. Omogućiti provedbu stručnog i profesionalnog usavršavanja te jasnijih mjerila napredovanja u struci
47. Uvesti središnje planiranje potreba za ljudskim resursima u zdravstvu
48. Riješiti pitanje osiguranja od liječničke odgovornosti, organizirati Državni fond za isplatu odštete te osnovati povjerenstvo i napraviti Pravilnik temeljem kojeg će se takve isplate na razini Ministarstva isplaćivati

49. Osnovati „Središnji registar medicinske opreme“ (vrste, godišta, broj obavljenih procedura, raspodijeljenost).
50. Kvalitetno aplicirati za Europsku agenciju za lijekove, bez obzira na ishod, a ne poslati nepotpunu prijavu i tako eliminirati Hrvatsku iz uže konkurencije.
51. Potaknuti suradnju Hrvatskog liječničkog zbora i osiguravatelja u donošenju i redovitom ažuriranju, te digitalizaciji kliničkih smjernica.

Propustio je na području bolničkog zdravstvenog sustava:

52. Donijeti novi Nacionalni plan razvoja bolnica u RH. Ranije donešen (Masterplan bolnica) nije zaživio i traži hitnu reviziju s jasnim smjericama u smislu udruživanja primarno funkcionalnih djelatnosti, a po potrebi i bolnica, uz jasnu analizu financijske održivosti.
 53. Ministar nije "legalizirao" prekovremeni rad zdravstvenih radnika, u prvom redu liječnika nego je njihov prekovremeni rad > 180/250 sati godišnje i dalje u aferi ilegalnog te predstavlja podlogu za sudsko procesuiranje čemu smo svjedočili zadnjih dvije godine u RH. Više od polovice liječnika koji dežuraju tj imaju prekovremene sate spadaju u tu kategoriju.
52. Izgraditi novu dječju bolnicu

Ines Strenja Linić, Ivan Bekavac, 20. kolovoza 2018.