

Osnove socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva

Stašević, Ina

Authored book / Autorska knjiga

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2017**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:137543>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-22**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)

Ina Stašević

**OSNOVE
SOCIJALNOG I ZDRAVSTVENOG
ZAKONODAVSTVA**

Bjelovar, 2017.

Mr. sc. Ina Stašević, v. pred.

Osnove socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva

Izdavač

Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Za izdavača

Dr. sc. Zrinka Puharić, dr. med.

Tehnički urednik

Marin Kelava

Recenzenti

Prof. dr. sc. Darko Ropac, prim.

Prof. dr. sc. Ivan Zorić, prim.

Lektura

Mirjana Bučar, prof.

Tisak

Croatiagraf d.o.o., www.croatiagraf.hr

Naklada

120 primjeraka

ISBN 978-953-7676-26-1

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu
Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu
pod brojem 000965935.

© Niti jedan dio ove knjige ne smije se preslikavati, umnožavati niti na bilo koji način reproducirati bez prethodne pisane suglasnosti autora.

SADRŽAJ

Predgovor

Uvod 1

Ustavne osnove socijalnih i zdravstvenih zakona 9

Socijalno zakonodavstvo 17

Zakon o socijalnoj skrbi 17

Obiteljski zakon 50

Zakon o ravnopravnosti spolova 59

Zakon o životnom partnerstvu osoba istog spola 63

Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji 68

Zakon o sudovima za mladež 71

Zakon o hrvatskom registru osoba s invaliditetom 74

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama 79

Zdravstveno zakonodavstvo 92

Zakon o zdravstvenoj zaštiti 93

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju 124

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju 141

Zakon o sestrinstvu 144

Etički kodeks medicinskih sestara 156

Zakon o zaštiti prava pacijenata 161

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi 167

Literatura 175

Kazalo pojmova 178

PREDGOVOR

Moguće je da je studentima zdravstvenih studija neobična činjenica da tijekom visokoškolskog obrazovanja moraju slušati kolegij u kojem se govori o temeljnim zakonodavnim odrednicama u području zdravstvene i socijalne djelatnosti. Prije svega, ova dva područja društvene djelatnosti međusobno usko su povezana i ovisna. Razina prava koja imaju pripadnici neke zajednice iz ovih područja pokazuje do kojeg stupnja država vodi brigu o svojoj populaciji. Što je viša razina društvene brige u području zdravstvene i socijalne djelatnosti, to je socijalna osjetljivost društvenog uređenja viša. Mnoge bogate države hvale se svojim demokratskim uređenjem, međutim detaljniji pogled u područje zdravstvenog i socijalnog zakonodavstva pokazat će stvarnu razinu demokracije i jednakih prava u određenoj zajednici. Premda po ukupnom društvenom proizvodu spadamo u zemlje u razvoju, i još smo daleko od kategorije razvijenih zemalja, ipak se možemo pohvaliti visokim stupnjem jednakosti u pravima svih pripadnika naše zajednice u obama ovim područjima. U tom smislu možemo slobodno ustvrditi da smo po razini prava i jednakosti koje imaju svi pripadnici naše društvene zajednice na visokoj razini, čak višoj od pripadnika nekih znatno bogatijih država.

Svako područje ljudske djelatnosti u razvijenoj društvenoj zajednici detaljno je uređeno brojnim zakonskim odredbama. Postoje zakoni koji su usko povezani s određenim područjem ljudske djelatnosti, ali i oni koji međusobno povezuju različite djelatnosti i koji su u međusobnoj ovisnosti. Tako primjerice prava iz područja zdravstvene i socijalne djelatnosti usko ovise o ekonomskom zakonodavstvu neke države. Bez nužnih zakonskih propisa kojima se regulira raspodjela novca iz državnog proračuna nema djelotvornog zakonodavstva u ostalim područjima života neke zajednice. Stoga je zakonodavstvo međusobno snažno povezano i ovisno u svim svojim segmentima, ma koliko se oni na prvi pogled činili različitima.

Možete li zamisliti zdravstvenu i socijalnu djelatnost bez dobro uređenog zakonodavnog okvira? Odgovor se, dakako, nameće sam po sebi. Kako zdravstveni djelatnici svih profila i svih razina stručnosti rade u više-manje uređenom sustavu, sasvim je logično da moraju biti upoznati s temeljnim zakonodavnim odrednicama nekoliko zakona koji neposredno uređuju zdravstvenu i socijalnu djelatnost. S jedne strane zakonodavac određuje prava korisnika zdravstvene i socijalne skrbi, a s druge prava i obaveze djelatnika u tim područjima. U tom su smislu zdravstveni djelatnici obavezni dobro poznavati zakonodavni okvir svoje i ovisnih djelatnosti. Poznavanje zakonskih propisa olakšava im rad i omogućava da djeluju zakonski ispravno te da ne upadnu u zamku zakonske odgovornosti zbog nepoštivanja, zanemarivanja ili nepoznavanja određenih odredbi koje ih obavezuju i čine odgovornima. Ovo postaje razumljivije kad se zna da pogreške u pružanju zdravstvene skrbi mogu završiti narušavanjem zdravlja ili smrtnim ishodom onih koji su im povjereni na skrb. Nepoznavanje zakonskih propisa s mogućim posljedicama za korisnike nikoga neće osloboditi eventualne krivnje, stoga je nužno da studenti zdravstvenih studija dobro prouče ovo područje kako bi bez straha od mogućih ozbiljnih posljedica uspješno obavljali svoju humanu djelatnost.

UVOD

Sustavi su zdravstvene zaštite u svijetu različiti. Razlike među sustavima jesu u načinu na koji su stanovništvu osigurani dostupnost i pokriće troškova zdravstvenih usluga, u uključenosti u sustav solidarnosti, načinu upravljanja, organizaciji i financiranju te raspoloživim resursima. Zdravstveni su sustavi pod stalnim pritiskom očekivanja javnosti, socijalno-demografskih kretanja, promjena u strukturi bolesti i čimbenicima rizika, novih utemeljenih spoznaja i širenja svijesti o potrebi donošenja odluka utemeljenih na dokazima. Za sada ne postoji savršeni zdravstveni sustav, ali postoji težnja zadovoljenju potreba kako pacijenata, tako i zdravstvenih radnika i političara. Problemi funkcioniranja zdravstvenog sustava nažalost ne mogu biti riješeni zauvijek, tako da su sva rješenja privremena i u skladu s trenutnim stanjem društveno-ekonomskog razvoja neke države. Kako se zemlje razvijaju, tako i njihovi sustavi zdravstvene zaštite moraju odgovarati novim izazovima.

U drugoj polovici 19. stoljeća radnički pokret za socijalna prava dovodi do pojave prvih zametaka zdravstvenog osiguranja. U to su doba uvjeti rada i života bili teški, a bolesti i povrede česti. Radnici i njihove obitelji bili su materijalno ugroženi za vrijeme liječenja jer nisu dobivali nadnice u vrijeme odsutnosti s posla, a uz to su, ukoliko su koristili zdravstvenu skrb ili kupovali lijekove, imali povećane. U potrazi za rješenjem, kako bi ugroženi mogli preživjeti, pojavila se najprije individualna štednja u javnim štednim blagajnama. Međutim, taj se sustav nije održao zbog mnogih nedostataka. Kasnije su po zakonu poslodavci postali odgovorni za uzdržavanje radnika u vrijeme njegove nesposobnosti za posao zbog bolesti ili povrede. Tu svoju odgovornost za neke od rizika poslodavci su osiguravali u osiguravajućim društvima. Takvo djelomično osiguranje također nije bilo efikasno te je, u traženju novih rešenja, Njemačka 1883. godine donijela zakon o

zdravstvenom osiguranju radnika u slučaju bolesti, koji predstavlja začetak zdravstvenog osiguranja u obliku koji je i danas prisutan.

Odmah po završetku Drugog svjetskog rata ukupno stanovništvo država u kojima je osnovan socijalistički sistem bilo je obuhvaćeno pravom na besplatnu zdravstvenu zaštitu po modelu obveznog zdravstvenog osiguranja. Engleska je 1948. godine uvela sustav koji je obuhvatio cjelokupno stanovništvo, a podrazumijevao je pravo na besplatnu zdravstvenu zaštitu. Po njemu, stanovništvo Engleske besplatno koristi određeni broj prava u okviru sustava zdravstvene zaštite. Kasnije su sve države zapadne Europe postupno uvodile sustav zdravstvene zaštite. Danas je u Engleskoj i Italiji cjelokupno stanovništvo obuhvaćeno besplatnom zdravstvenom zaštitom, a taj se sustav financira prikupljanjem poreza.

Obuhvaćenost stanovništva besplatnom zdravstvenom zaštitom nije potpuna i iznosi u Švicarskoj 98 %, Belgiji, Grčkoj, Španjolskoj i Francuskoj 95 % te Njemačkoj 85 %. U tim zemljama financiranje besplatne zdravstvene zaštite vrši se kroz sustav obveznog (ili kombinacijom obaveznog i dobrovoljnog) zdravstvenog osiguranja, koje plaćaju pojedinci i poslodavci.

OSNOVNI MODELI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Zdravstveni se sustavi mogu klasificirati prema različitim kriterijima. Prema Organizaciji za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD), kriteriji za klasifikaciju sustava zdravstvene zaštite jesu: obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, prava iz zdravstvene zaštite, izvori financiranja zdravstvenog sustava i vlasništvo nad infrastrukturom u zdravstvu. S povijesnog aspekta razvoja socijalnog/zdravstvenog osiguranja razlikujemo pet osnovnih modela zdravstvenog sustava: Bismarckov model (1883.) osnovnog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja, Semaškov model (1918.) socijalističkog zdravstvenog osiguranja,

Beveridgeov model (1942.) nacionalne zdravstvene službe, dobrovoljno/privatno tržišno orijentiran model osiguranja (60-ih i 70-ih godina 20. st.) i obavezno otvaranje medicinskih/zdravstvenih štednih računa (Singapur, 1984.).

1. Bismarckov model socijalnog osiguranja najstariji je sustav zdravstvenog osiguranja koji je nastao uspostavom prvog zakonodavstva iz područja zdravstvenog i socijalnog osiguranja u Njemačkoj (Prusiji) 1883. godine. Ovaj je model nazvan po Ottu von Bismarcku, tadašnjem kancelaru Prusije. Osnovne osobitosti ovog modela jesu: financiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda, obuhvat 60 – 80 % stanovništva obaveznim osiguranjem s paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i neprofitna služba, javna kontrola i interna kontrola i različite metode plaćanja zdravstvenih usluga. Obvezno zdravstveno osiguranje počiva na principima *solidarnosti* i *uzajamnosti*, gdje doprinose plaćaju svi, a koriste oni koji su bolesni. Država ima izraženu regulatornu i kontrolnu ulogu u tom sustavu. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Države u kojima se koristi ovaj model jesu: Njemačka, Nizozemska, Francuska, Austrija, Belgija, Irska, Luksemburg, Slovenija, Hrvatska i druge.

2. Sustav socijalističkog zdravstvenog osiguranja (Semaškov model) nastao je u bivšim socijalističkim zemljama. Spominje ga se iz povijesnih razloga, s obzirom na činjenicu da ga praktički više nema. Financiranje zdravstvene zaštite isključivo je iz državnog proračuna. Osnovne su osobine ovog modela sustav obveznog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja i potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom. Društveni se sustav u tim zemljama temeljio na državno-društvenom vlasništvu. Privatna liječnička praksa nije bila moguća. Zdravstvena infrastruktura bila je u javnom vlasništvu, a sve su zdravstvene usluge bile javno dostupne. Odgovornost za planiranje raspodjele financijskih sredstava i upravljanje investicijama snosila je

državna administracija, koja je bila organizirana po razinama: državna, regionalna i lokalna.

Najveći nedostaci tog sustava bili su neprilagođenost zdravstvene službe i zdravstvenih usluga potrebama bolesnika, naglašena uloga bolničkog zbrinjavanja i liječnika specijalista umjesto izvanbolničkih usluga i primarne zdravstvene zaštite, nedovoljan obim zdravstvenih usluga i veliki broj zdravstvenih radnika na broj stanovnika.

3. Sustav nacionalne zdravstvene službe (Beveridgeov liberalni model) pojavio se kao model zdravstvene zaštite početkom 20. stoljeća, a formalno ga je u Engleskoj uspostavio William Beveridge 1942. godine. Osnovne su osobine ovog modela: financiranje iz državnog proračuna, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zdravstvenom infrastrukturom. Država preuzima ulogu vođenja i upravljanja, organizira odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj zdravstvenoj službi (*National Health Service*). U središtu je zdravstvenog sustava liječnik opće prakse. Liječnik je plaćen po broju pacijenata, a dijelom prema broju obavljenih usluga. Također, svi stanovnici države (a ne samo zaposleni) imaju osiguran pristup zdravstvenim uslugama pod jednakim uvjetima. Obim je prava ograničen i stječe se državljanstvom. Ovaj se model koristi u sljedećim zemljama: Velika Britanija, Irska, Kanada, Danska, Finska, Švedska, Italija, Španjolska, Portugal i Grčka. U tim je zemljama ovo osnovni model, što ne znači da ne postoje i drugi oblici plaćanja.

4. Sustav privatnog zdravstvenog osiguranja kao model zdravstvene zaštite postoji u Sjedinjenim Američkim Državama. Osnovne osobitosti ovog modela jesu: tržišni uvjeti financiranja, mali obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem s velikim brojem neosiguranih stanovnika i

dominantno privatno vlasništvo nad infrastrukturom (zgrade i oprema) u zdravstvu. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja svatko plaća za sebe, a visina premije određuje se prema zdravstvenom riziku koji određena osoba nosi. Tako će pušači, pretili i osobe s rizičnim oblicima ponašanja plaćati veće premije od onih koji vode zdrav život.

Troškovi zdravstvenog osiguranja u SAD-u dosegli su 1900 milijardi dolara, što predstavlja 16 % američkog bruto nacionalnog proizvoda. SAD troše više novca po osobi na zdravstveno osiguranje negoli bilo koja druga zemlja na svijetu, oko 5300 dolara godišnje. Radi usporedbe, Švicarska troši 3500 dolara po osobi godišnje, Japan oko 2000, dok Turska troši svega 446 dolara. SAD ima i oblike besplatne zdravstvene zaštite, to su *Medicare*, *Medicaid*, *Children's Health Insurance Program*, kao i *Veterans Health Administration*. Tim se programima omogućuje osnovna zdravstvena zaštita najsiromašnijima i korisnicima državne novčane pomoći (invalidi i dr.). Tek je 2010. godine predsjednik SAD-a Barack Obama uspio u Kongresu progurati zakon o obveznom osnovnom zdravstvenom osiguranju svih državljana, čime je u zdravstveni sustav uključeno čak 45 milijuna osoba (oko 20 % stanovnika) koji su do tada bili zdravstveno neosigurani. Ovakva odluka naišla je na neodobravanje srednjih i viših društvenih slojeva zbog trošenja zdravstvenog novca na one koji ne privređuju. Dolaskom na mjesto predsjednika SAD-a Donald Trump uspio je progurati zakon o izmjenama zdravstvenog osiguranja poznatog kao *Obamacare*. Koje će biti implikacije novih zakonskih rješenja u pogledu zdravstvene zaštite najugroženijih slojeva američkog društva, pokazat će budućnost.

Osnovni je razlog za visoku cijenu američkog zdravstvenog osiguranja to što su medicinske usluge, materijal, tehnologija i lijekovi znatno skuplji negoli u drugim razvijenim zemljama. Također, liječnici primjenjuju veći broj preventivnih i dijagnostičkih procedura kako bi se zaštitili od mogućih tužbi pacijenata za pogrešno liječenje. Osiguranje

koje liječnici plaćaju kako bi se zaštitili od mogućih kazni za pogrešno liječenje sve je skuplje, i to posljedično povećava cijenu zdravstvenih usluga. Upotreba skupih novih tehnologija za bolju i bržu dijagnozu i liječenje bolesti također povećava cijenu zdravstvenog osiguranja. Zemlje u kojima se koristi ovaj model, uz SAD, jesu Švicarska i Turska.

5. Medicinski/zdravstveni štedni računi mogu se definirati kao dobrovoljni (SAD, Južna Afrika) ili obvezni (Singapur, Kina) personalni računi koji se mogu koristiti samo za troškove zdravstvene zaštite i služe da omoguće lakše podnošenje financijskog tereta bolesti tijekom vremena.

Na kraju je potrebno reći da je stav SZO-a da su sve članice obavezne osigurati zdravstveno osiguranje za svoje državljane temeljem solidarnosti i sveopće dostupnosti, što je jasno iskazano u dokumentu *Zdravlje za sve u 21. stoljeću*.

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ

Cilj financiranja sustava zdravstva prvenstveno je osiguravanje sredstva za zdravstvenu zaštitu, kako bi osigurane osobe imale odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj usluzi.

Prema podacima koji su dostupni na internetskim stranicama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), zdravstveni sustav Republike Hrvatske ne funkcionira isključivo prema jednom modelu financiranja. Radi se o kombinaciji modela temeljenog na socijalnom osiguranju, odnosno doprinosima koje građani izdvajaju iz plaće (Bismarckov model), te modela koji izvor financiranja ima u proračunskim sredstvima (Beveridgeov model). Kombinacija je modela

financiranja nužna zbog nedostatnih prihoda po osnovi samo jednog modela financiranja.

Sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se za sve zaposlene osobe i sve poslodavce. Članovi obitelji (ako nemaju vlastito osiguranje) osigurani su preko svojih članova domaćinstva koji ostvaruju prava iz redovnog radnog odnosa. Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje moraju uplaćivati i oni koji se sami zapošljavaju. Ranjive skupine stanovništva, kao što su stariji, umirovljenici i osobe s niskim prihodima, oslobođene su plaćanja doprinosa. Sredstva za financiranje sustava za te skupine uplaćuju se iz državnog proračuna. Najveći dio sredstava HZZO-a dolazi od doprinosa koje uplaćuju radno aktivni stanovnici. Manji dio stanovništva svoje osnovno osiguranje nadopunjava uplatom dodatnog zdravstvenog osiguranja kod ovlaštenih osiguravatelja, koje može biti, ali i ne mora, u ponudi HZZO-a. HZZO, ali i drugi osiguravatelji, nudi pokriće troškova u obliku dopunskog zdravstvenog osiguranja. Iznos dopunskog osiguranja fiksno je utvrđen kroz mjesečnu ratu, neovisno o prihodima pojedinog osiguranika.

Naš sustav u većini slučajeva ne pokriva u potpunosti (100 %) troškove zdravstvenih usluga. Bio bi to prevelik teret za državno zdravstveno osiguranje za većinu zemalja. Kod nas HZZO pokriva troškove zdravstvenih rizika od 80 %. To se uobičajeno naziva *košarica zdravstvenih usluga*. Ona je obuhvaćena obveznim zdravstvenim osiguranjem, koje podrazumijeva pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, korištenje lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu (samo pod određenim uvjetima), stomatološko-protetsku zaštitu i nadomjeske te ortopedska i druga pomagala. Razliku u cijeni usluga (20 %) dužan je platiti sam osiguranik. Novčani iznos koju je dužan uplatiti osiguranik ne smije biti viši od 2000 kuna po bolničkom računu.

Ugovaranje zdravstvene zaštite koju provodi HZZO proces je u kojem se sredstva uložena u pružanje zdravstvene zaštite povezuju s očekivanim rezultatom. Načinom financiranja zdravstvene zaštite utječe se na motivaciju pružatelja zdravstvene zaštite i obrasce njihova ponašanja. U tom procesu postoji stalno nastojanje da se poveća iznos plaćanja usluga, dok se s druge strane nastoje smanjiti troškovi pojedinih zdravstvenih usluga. Zbog svega toga u Hrvatskoj postoji više načina financiranja zdravstvene zaštite. Cijena usluge ovisna je o razini zdravstvene zaštite i djelatnosti. Primarna zdravstvena zaštita plaća se putem iznosa po osiguranoj osobi/stanovniku (odabrani liječnik sa svojim timom), putem standardnog tima (npr. epidemiološki tim i sl.) te putem dijagnostičko-terapijskih postupaka (različito za određeni dijagnostički/terapijski zahvat). U općoj medicini i primarnoj dentalnoj zaštiti mogu se ostvariti i dodatna sredstva. To je moguće sudjelovanjem u radu centra opće/dentalne medicine i kroz realizaciju preventivnih programa ugovorenih s domom zdravlja. Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita plaća se temeljem priznatih postupaka opisanih u Plavoj knjizi te 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. Ovaj oblik zaštite ostvaruje prihode i putem usluga opisanih u Plavoj knjizi te putem već spomenutih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu.

USTAVNE OSNOVE SOCIJALNIH I ZDRAVSTVENIH ZAKONA

USTAV RH

Ustav Republike Hrvatske jedinstveni je opći pravni akt s najvišom pravnom snagom u Republici Hrvatskoj u kojem je sadržan pretežit broj ustavnopravnih normi. Donio ga je Hrvatski sabor 22. prosinca 1990., pa ga se naziva Božićnim Ustavom. Sadrži 152 članka u X dijelova, te prema tome i prema duljini teksta spada u kraće ustave. Izmijenjen je 1997., 2000., 2001. i 2013. godine.

TEMELJNE ODREDBE

Republika Hrvatska je određena kao jedinstvena, nedjeljiva, demokratska i socijalna država, u kojoj vlast proizlazi iz naroda i pripada narodu kao zajednici slobodnih i ravnopravnih državljana. Iz ove odredbe proizlazi da je Hrvatska utemeljena kao socijalna država. Ova činjenica ima najveći utjecaj u pogledu donošenja zakonodavnog okvira socijalne djelatnosti.

Utvrđene su najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske i temelj su za tumačenje Ustava. To su: *sloboda, jednakost, nacionalna ravnopravnost i ravnopravnost spolova, mirotvorstvo, socijalna pravda, poštivanje prava čovjeka, nepovredivost vlasništva, očuvanje prirode i čovjekova okoliša, vladavina prava i demokratski višestranački sustav.*

ZAŠTITA LJUDSKIH PRAVA I TEMELJNIH SLOBODA

Ustavom je zajamčena jednakost u Republici Hrvatskoj jer *svatko ima prava i slobode, neovisno o njegovoj rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu,*

imovini, rođenju, naobrazbi, društvenom položaju ili drugim osobinama. Svi su pred zakonom jednaki.

Ipak treba imati na umu da se *slobode i prava mogu ograničiti, ali samo zakonom, da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje.* U ovoj odredbi uočljivo je istaknuto zdravlje kao kategorija koja ne smije biti narušena i zbog čijeg očuvanja tuđe slobode i prava mogu biti ograničene. Svako ograničenje slobode ili prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.

U doba ratnog stanja ili neposredne ugroženosti neovisnosti i jedinstvenosti države, te velikih prirodnih nepogoda pojedine slobode i prava zajamčena Ustavom mogu se ograničiti. O tome odlučuje Hrvatski sabor dvotrećinskom većinom svih zastupnika. Niti u slučaju neposredne opasnosti za opstanak države ne može se ograničiti primjena odredbi Ustava o pravu na život, zabrani mučenja, surovog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, o pravnoj određenosti kažnjivih djela i kazni, te o slobodi misli, savjesti i vjeroispovijedi. Evidentno je da se slobode i prava pojedinaca mogu ograničiti, ali jedino u okolnostima koje navodi Ustav, a koje predstavljaju neposrednu ugrozu za čitavu državu (ratno stanje, velike prirodne nepogode). Bez obzira na izvanredne okolnosti u kojima se ograničavaju prava i slobode, nije dopušteno mučenje te surovo ili ponižavajuće postupanje. *Tko se ogriješi o odredbe Ustava o ljudskim pravima i temeljnim slobodama, osobno je odgovoran i ne može se opravdati višim nalogom.*

OSOBNE I POLITIČKE SLOBODE I PRAVA

Kakav je odnos Ustava prema pravu na život? Eksplicitno je istaknuto da *svako ljudsko biće ima pravo na život.* U tom smislu u *Republici Hrvatskoj nema smrtne kazne.*

Čovjekova je sloboda i osobnost nepovrediva. Nikomu se ne smije oduzeti ili ograničiti sloboda, osim kada je to određeno zakonom, o čemu odlučuje sud.

Nitko ne smije biti podvrgnut bilo kakvu obliku zlostavljanja ili, bez svoje privole, liječničkim ili znanstvenim pokusima. Ova ustavna odredba izuzetno je značajna za područje zdravstvene djelatnosti jer zabranjuje bilo kakve pokuse na ljudima, dakako, bez njihove suglasnosti. Zabranjen je prisilni i obvezatni rad.

Svakom se jamči sigurnost i tajnost osobnih podataka. Bez privole ispitanika osobni se podaci mogu prikupljati, obrađivati i koristiti samo uz uvjete određene zakonom. Zdravstveni djelatnici u svom svakodnevnom radu dolaze u doticaj s brojnim osobnim podacima svojih pacijenata. Tajnost tih podataka zajamčena je Ustavom, zbog čega je kršenje ove odredbe zakonski kažnjivo.

Zakonom se uređuje zaštita podataka te nadzor nad djelovanjem informatičkih sustava u državi. Zabranjena je uporaba osobnih podataka suprotna utvrđenoj svrsi njihova prikupljanja. Ova odredba postaje sve značajnija u situaciji kada se sustavi sve više informatiziraju pa se postavlja pitanje sigurnosti osobnih podataka pacijenata i korisnika socijalne skrbi.

GOSPODARSKA, SOCIJALNA I KULTURNA PRAVA

Temelji socijalne i zdravstvene skrbi leže u odredbama Ustava Republike Hrvatske. U njima se eksplicitno iskazuje odluka države da osigurava socijalnu sigurnost svojim građanima. *Pravo zaposlenih i članova njihovih obitelji na socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje uređuje se zakonom i kolektivnim ugovorom. Problem depopulacije stanovništva toliko je izražen da je u Ustavu iskazana odlučnost štiti materinstvo i njegu djece. Prava u svezi s porođajem, materinstvom i njegom djece uređuju se zakonom.*

Jednako se to odnosi i na zaštitu najugroženijih skupina društva, stoga ne čudi ustavna odredba o zaštiti upravo tih građana. *Slabim,*

nemoćnima i drugim, zbog nezaposlenosti ili nesposobnosti za rad, nezbrinutim osobama država osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potreba.

U tu skupinu uvrštene su i invalidne osobe koje čine velik udio u našem društvu. *Posebnu skrb država posvećuje zaštiti invalidnih osoba i njihovu uključivanju u društveni život.* Kroz nedavnu prošlost i Domovinski rat bili smo svjedoci potrebe za humanitarnom pomoći koja nam je pristizala iz čitavog svijeta, osobito od članova naše dijaspore. Istaknut je ustavni kriterij o dopuštenosti takve pomoći, što treba promatrati u kontekstu činjenice da neke države ne dopuštaju takav oblik pomoći. U Ustavu se stoga navodi: *Ne može se zabraniti primanje humanitarne pomoći iz inozemstva.*

Ono što je od izuzetnog značaja za područje zdravstvene djelatnosti jest ustavna odredba po kojoj se *svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom.* To znači da svi državljani Republike Hrvatske imaju pravo na zdravstvenu zaštitu. Opseg zdravstvene zaštite određen je zakonskim propisima kojima se posebno regulira ovo područje. Osobito je značajan za socijalnu politiku neke zemlje odnos prema obitelji. Ustavom je istaknuto da je obitelj pod osobitom zaštitom države. *Brak i pravni odnosi u braku, izvanbračnoj zajednici i obitelji uređuju se zakonom.* Posljednja izmjena Ustava iz 2013. godine odnosi se upravo na brak, a njome je određeno da je brak životna zajednica muškarca i žene. Do te je dopune došlo nakon provedenog referenduma, a temeljem inicijative udruge *U ime obitelji.* Ustavom se ističe da *država štiti materinstvo, djecu i mladež te stvara socijalne, kulturne, odgojne, materijalne i druge uvjete kojima se promiče ostvarivanje prava na dostojan život. Država osobitu skrb posvećuje maloljetnicima bez roditelja i onima za koje se ne brinu roditelji.*

Ustav jasno određuje ulogu roditelja. *Roditelji su dužni odgajati, uzdržavati i školovati djecu te imaju pravo i slobodu da samostalno odlučuju o odgoju djece. Roditelji su odgovorni osigurati pravo djetetu*

na potpun i skladan razvoj njegove osobnosti. Tjelesno i duševno oštećeno i socijalno zapušteno dijete ima pravo na osobitu njegu, obrazovanje i skrb. S druge strane određena je obaveza djece koja su dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje.

Osobit interes Ustav poklanja zaštiti djece i nemoćnih osoba. Ističe se da je *dužnost svih da štite djecu i nemoćne osobe. Djeca ne mogu biti primljena na rad prije zakonom određene dobi niti smiju biti prisiljavana na rad koji štetno utječe na njihovo zdravlje ili ćudoređe, niti im se takav rad smije dopustiti. Mladež, majke i invalidne osobe imaju pravo na osobitu zaštitu na radu.*

Zdravlje je ustavna kategorija jer *svatko ima pravo na zdrav život. Kako zdravlje ne bi bilo ugroženo, država osigurava uvjete za zdrav okoliš. Premda je briga o zdravlju povjerena prvenstveno zdravstvenim djelatnicima, Ustav ističe da je svatko dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša.*

O USTROJU HRVATSKOG SABORA

Hrvatski sabor predstavničko je tijelo građana i nositelj zakonodavne vlasti u Republici Hrvatskoj. Hrvatski sabor ima najmanje 100, a najviše 160 zastupnika koji se, na temelju općeg i jednakoga biračkog prava, biraju neposredno tajnim glasovanjem. Zastupnici se u Hrvatski sabor biraju na vrijeme od četiri godine. Zastupnici u Hrvatskom saboru imaju imunitet. Zastupnik ne može biti pozvan na kaznenu odgovornost, pritvoren ili kažnjen za izraženo mišljenje ili glasovanje u Hrvatskom saboru.

Zastupnik ne može biti pritvoren niti se protiv njega može pokrenuti kazneni postupak bez odobrenja Hrvatskoga sabora.

Zastupnik može biti pritvoren bez odobrenja Hrvatskoga sabora samo ako je zatečen da vrši kažnjivo djelo za koje je propisana kazna zatvora

u trajanju dužem od pet godina. O takvom se slučaju izvješćuje predsjednika Hrvatskoga sabora.

Ako Hrvatski sabor nije na okupu, odobrenje da se zastupnik liši slobode ili da se protiv njega nastavi kazneni postupak daje i o njegovu pravu na imunitet odlučuje Mandatno-imunitetno povjerenstvo, s time što njegovu odluku mora naknadno potvrditi Hrvatski sabor.

Hrvatski sabor redovito zasjeda dva puta godišnje: prvi put, između 15. siječnja i 15. srpnja i drugi put, između 15. rujna i 15. prosinca.

Hrvatski sabor zasjeda izvanredno na zahtjev Predsjednika Republike, Vlade ili većine zastupnika. Predsjednik Hrvatskoga sabora može, uz prethodno pribavljeno mišljenje klubova zastupnika parlamentarnih stranaka, sazvati Hrvatski sabor na izvanredno zasjedanje.

Hrvatski sabor ima predsjednika i jednog ili više potpredsjednika.

Unutarnje ustrojstvo i način rada Hrvatskoga sabora uređuje se poslovníkom. Poslovník se donosi većinom glasova svih zastupnika.

Hrvatski sabor:

- odlučuje o donošenju i promjeni Ustava,*
- donosi zakone,*
- donosi državni proračun,*
- odlučuje o ratu i miru,*
- donosi akte kojima izražava politiku Hrvatskoga sabora,*
- donosi Strategiju nacionalne sigurnosti i Strategiju obrane Republike Hrvatske,*
- ostvaruje građanski nadzor nad oružanim snagama i službama sigurnosti Republike Hrvatske,*
- odlučuje o promjeni granica Republike Hrvatske,*
- raspisuje referendum,*
- obavlja izbore, imenovanja i razrješenja, u skladu s Ustavom i zakonom,*
- nadzire rad Vlade Republike Hrvatske i drugih nositelja javnih dužnosti odgovornih Hrvatskom saboru, u skladu s Ustavom i zakonom,*
- daje amnestiju za kaznena djela,*

– obavlja druge poslove utvrđene Ustavom.

Ako Ustavom nije drugačije određeno, Hrvatski sabor donosi odluke većinom glasova ukoliko je na sjednici nazočna većina zastupnika.

PREDSJEDNIK REPUBLIKE HRVATSKE

Predsjednik Republike Hrvatske predstavlja i zastupa Republiku Hrvatsku u zemlji i inozemstvu. Predsjednik Republike brine se za redovito i usklađeno djelovanje te za stabilnost državne vlasti.

Predsjednik Republike odgovara za obranu neovisnosti i teritorijalne cjelovitosti Republike Hrvatske.

VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

Vladu Republike Hrvatske čine predsjednik, jedan ili više potpredsjednika i ministri. Bez odobrenja Vlade predsjednik i članovi Vlade ne mogu obavljati nijednu drugu javnu ili profesionalnu dužnost.

ZADATAK USTAVNOG SUDA

Ustavna je obveza Ustavnog suda zaštita ustavnih prava podnositelja ustavnih tužbi u slučajevima kad su ta prava povrijeđena presudom suda ili drugim pojedinačnim aktom nadležnog tijela državne ili javne vlasti. Ustaljeno je stajalište Ustavnog suda da je zadaća u prvom redu nadležnih tijela državne i javne vlasti da tumače i primjenjuju pravo. Uloga Ustavnog suda ograničena je na ispitivanje jesu li učinci takva tumačenja, odnosno primjene prava, suglasni s Ustavom i jesu li u konkretnom slučaju doveli do povrede ustavnih prava podnositelja ustavne tužbe. U postupcima pokrenutim ustavnom tužbom Ustavni sud se, u pravilu, ne upušta u ispitivanje činjenica jer njegova zadaća nije bavljenje pogreškama o činjenicama ili o pravu, osim ako te pogreške mogu povrijediti ljudska prava i temeljene slobode zajamčene Ustavom. Ustavni sud, u tom smislu, svoje odluke zasniva na

činjenicama utvrđenim u sudskom postupku, osim ako podnositelj ustavne tužbe ne iznese ozbiljnije, relevantne i dostatne razloge zbog kojih je od tog pravila potrebno odstupiti.

PROMJENA USTAVA

Pravo da predloži promjenu Ustava Republike Hrvatske ima najmanje jedna petina zastupnika u Hrvatskom saboru, Predsjednik Republike i Vlada Republike Hrvatske.

PRIMJER KRŠENJA TEMELJNIH LJUDSKIH PRAVA

Kako bi se bolje razumjele odredbe Ustava Republike Hrvatske u pogledu temeljnih ljudskih prava, prikazan je jedan takav slučaj. U *Međimurskom listu* objavljen je članak pod naslovom *Romkinja 42 dana bila prisiljavana na seks*. U članku je kao senzacija prikazana jedna mlada žena, majka dvoje djece, pripadnica manjinskog naroda, još k tome žrtva, pri čemu su navedeni svi njezini osobni podaci i fotografija na krajnje neprimjeren način. Ovdje je javno iznesen njezin jad i strahote kojima je bila izložena, sa svim detaljima (i fotografijom), tako da joj je nanesena sramota u sredini u kojoj se više-manje svi poznaju. Dodatno, isticanje nacionalne pripadnosti u naslovu krajnje je neprimjereno.

Za osudu je takvo postupanje prema osobi koja se ne može braniti na odgovarajući način – podnošenjem tužbe pred redovnim sudom – jer je očito da se radi o neukoju, traumatiziranu i siromašnu Romkinju. Osim toga, taj se čin ne može opravdati javnim interesom.

Skreće se pozornost da su ovim člankom povrijeđene odredbe više propisa kojima se štite osobni i obiteljski život, dostojanstvo, ugled i čast osobe: Ustava Republike Hrvatske, Zakona o medijima, Zakona o obveznim odnosima, a također i Kodeksa novinarske etike. Slijedom navedenog, predlaže se Novinarskom vijeću časti Hrvatskoga

novinarskog društva pokretanje postupka utvrđivanja odgovornosti autorice navedenog članka i odgovornog urednika *Međimurskog lista*.

SOCIJALNO ZAKONODAVSTVO

Zadnjih stotinjak godina u ekonomski razvijenim zemljama počinju se stvarati društveni odnosi u kojima država preuzima dio odgovornosti za socijalni položaj svojih stanovnika. Počinju se graditi stanovi za socijalno ugrožene kategorije stanovništva, otvaraju se kuhinje u kojima se hrane siromašni, država počinje izdvajati određena novčana sredstva za pomoć najugroženijima i tome slično. Što je socijalna osjetljivost nekog društva veća, to je viša razina socijalne uređenosti tog društva. Čvršće temelje u tom području moguće je osigurati jedino zakonima. Kako je Republika Hrvatska svojim Ustavom deklarirana kao socijalna država, posve je normalno da je područje socijalne brige za njezine stanovnike normirano brojnim zakonskim odredbama. Zdravstveni djelatnici u svojem radu dolaze u dodir i sa socijalno ugroženim kategorijama stanovništva, stoga je nužno da se u svojoj naobrazbi upoznaju s temeljnim zakonima u području socijalne skrbi. Ukoliko je zdravstveni djelatnik zaposlen u nekoj od ustanova socijalne skrbi, nužno je da dobro prouči sve relevantne zakone koji uređuju tu djelatnost. U ovom je poglavlju obrađeno nekoliko bitnih socijalnih zakona.

ZAKON O SOCIJALNOJ SKRBI (NN 73/97, 103/2003, 32/2012, 157/2013, 152/14, 99/15; 52/16 i 16/17)

Temeljni zakon u području socijalnog zakonodavstva upravo je Zakon o socijalnoj skrbi. Iz brojnih izmjena i dopuna vidljivo je do koje je mjere ovo područje podložno neprekidnim promjenama. One su uvjetovane brojnim čimbenicima, od kojih ključnu ulogu ima

financijski aspekt funkcioniranja čitavog sustava. Posve je razumljivo da će u društvenim okolnostima u kojima je više novca u državnom proračunu ukupna izdvajanja za socijalnu skrb biti veća. Nažalost, novca u državnom proračunu nikada dovoljno za potrebe raznih korisnika tih sredstava. U takvim okolnostima nastoje se smanjiti davanja, što osobito pogađa korisnike socijalne skrbi. Kako bi se novac usmjerio prema onima kojima je najpotrebniji, dakle prema najugroženijima, nužna je dobra zakonodavna regulativa. Njome se nastoji sustav urediti tako da ne dolazi do gubitka/trošenja novca na one koji imaju druge izvore financiranja svojih potreba. Najnovijim zakonodavnim rješenjima nastoji se uvesti više reda u području ostvarivanja prava iz socijalne skrbi. Time se donekle poboljšava položaj najugroženijih i najranjivijih skupina u društvu, dok se smanjuju prava onim osobama koje djelomično ili potpuno osiguravaju svoje egzistencijalne potrebe iz drugih izvora. U osnovi je nastojanje države da se suzbije „siva ekonomija“ koja donosi najviše koristi nesavjesnim poslodavcima, dok zaposlenici i društvo gube znatna sredstva. Uvođenje više reda u cjelovitu zakonodavnu regulativu u području rada te u području ostvarivanja određenih prava donosi dobitak najugroženijima.

OPĆE ODREDBE

- 1) *Ovim se Zakonom uređuje djelatnost socijalne skrbi, načela socijalne skrbi, financiranje socijalne skrbi, prava i socijalne usluge u sustavu socijalne skrbi i postupci za njihovo ostvarivanje, korisnici, sadržaj i način obavljanja djelatnosti socijalne skrbi, stručni radnici u socijalnoj skrbi, uloga strukovnih komora, zbirke podataka i nadzor te druga pitanja značajna za djelatnost socijalne skrbi.*
- 2) *Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na bračnu zajednicu primjenjuju se i na izvanbračnu zajednicu.*
- 3) *Izrazi koji se koriste u ovom Zakonu, a imaju rodno značenje koriste se neutralno i odnose se jednako na muški i ženski spol.*

Značenje pojedinih izraza u ovom Zakonu

U svakodnevnom životu, ali i radu, zdravstvenih djelatnika koriste se brojni nazivi koji se mogu tumačiti posve različito. Kako bi se u komunikaciji posve razumjeli, nužno je savladati definicije niže navedenih pojmova.

1. **Samac** je osoba koja živi sama.
2. **Kućanstvo** je obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno žive i podmiruju troškove života bez obzira na srodstvo.
3. **Obitelj** je zajednica koju čine bračni ili izvanbračni drugovi, djeca i drugi srodnici koji zajedno žive, privređuju, ostvaruju prihod na drugi način i troše ga zajedno. Članom obitelji smatra se i dijete koje ne živi u obitelji, a nalazi se na školovanju, do završetka redovitog školovanja, a najkasnije do navršene 29. godine života.
4. **Samohrani roditelj** je roditelj koji sam skrbi za svoje dijete i uzdržava ga.
5. **Jednoroditeljska obitelj** je obitelj koju čine dijete, odnosno djeca i jedan roditelj.
6. **Dijete** je osoba do navršenih osamnaest godina života.
7. **Izvanbračna zajednica** je životna zajednica neudane žene i neoženjenog muškarca, koja ispunjava uvjete propisane posebnim zakonom kojim se uređuju obiteljski odnosi.
8. **Mlađa punoljetna osoba** je osoba koja je navršila osamnaest, a nije navršila dvadeset i jednu godinu života.
9. **Osoba s invaliditetom** je osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s osobama bez invaliditeta.
10. **Dijete s teškoćama u razvoju** je dijete koje zbog tjelesnih, senzoričkih, komunikacijskih, govorno-jezičnih ili intelektualnih teškoća treba dodatnu podršku za učenje i razvoj, kako bi ostvarilo najbolji mogući razvojni ishod i socijalnu uključenost.
11. **Starija osoba** je osoba u dobi od 65 i više godina života.

*12. **Osoba potpuno nesposobna za rad** je osoba starija od 65 godina života, dijete do navršene 15. godine života i osoba čija je nesposobnost za rad utvrđena prema posebnim propisima, ako ovim Zakonom nije drukčije određeno.*

*13. **Beskućnik** je osoba koja nema gdje stanovati, boravi na javnom ili drugom mjestu koje nije namijenjeno za stanovanje i nema sredstava kojima bi mogla podmiriti potrebu stanovanja.*

*14. **Osnovne životne potrebe** su: prehrana, smještaj, odjeća i druge stvari za osobne potrebe. Osnovne životne potrebe djece i mladeži obuhvaćaju i potrebe koje proizlaze iz njihovog razvoja i odrastanja te odgoja i obrazovanja. Osnovne životne potrebe djece s teškoćama u razvoju i odraslih osoba s invaliditetom obuhvaćaju i dodatne potrebe koje proizlaze iz njihovog oštećenja zdravlja, odnosno invaliditeta.*

*15. **Individualni plan** je plan promjena životne situacije odnosno ponašanja korisnika izrađen na temelju sveobuhvatne procjene potreba, poteškoća i resursa, u dogovoru s korisnikom i članovima obitelji, u svrhu prevladavanja nepovoljnih životnih okolnosti.*

*16. **Primatelj usluge** je korisnik prava na socijalne usluge te druga fizička osoba, obitelj ili kućanstvo kojem se pružaju socijalne usluge izvan mreže.*

*17. **Imovinsko stanje** čine prihod i imovina samca ili članova kućanstva.*

*18. **Prihodom** se smatraju sva novčana sredstva ostvarena po osnovi rada, mirovine, primitaka od imovine ili na neki drugi način (primjerice primitak od udjela u kapitalu, kamate od štednje i sl.) ostvarena u tuzemstvu i u inozemstvu sukladno propisima o oporezivanju dohotka, a umanjeni za iznos uplaćenog poreza i prireza.*

*19. **Imovinom** se smatraju pokretnine, nekretnine, imovinska prava, iznos gotovine u domaćoj i stranoj valuti, štednja odnosno novčana sredstva na osobnim računima ili štednim knjižicama, vrijednosni papiri, dionice, poslovni udjeli, stambena štednja, životno osiguranje i ostala imovina u tuzemstvu i u inozemstvu. Imovinom se ne smatraju dionice u Fondu hrvatskih branitelja koje potječu po osnovi statusa*

hrvatskog ratnog vojnog invalida iz Domovinskog rata i statusa člana obitelji smrtno stradalog hrvatskog branitelja.

*20. **Decentralizirani domovi** su domovi socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe za koje je osnivačka prava Republika Hrvatska prenijela na jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb.*

*21. **Licencirani supervizor** je osoba koja je završila izobrazbu za supervizora po odgovarajućim europskim standardima izobrazbe.*

ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA OPSEG PRUŽANJA SOCIJALNE SKRBI

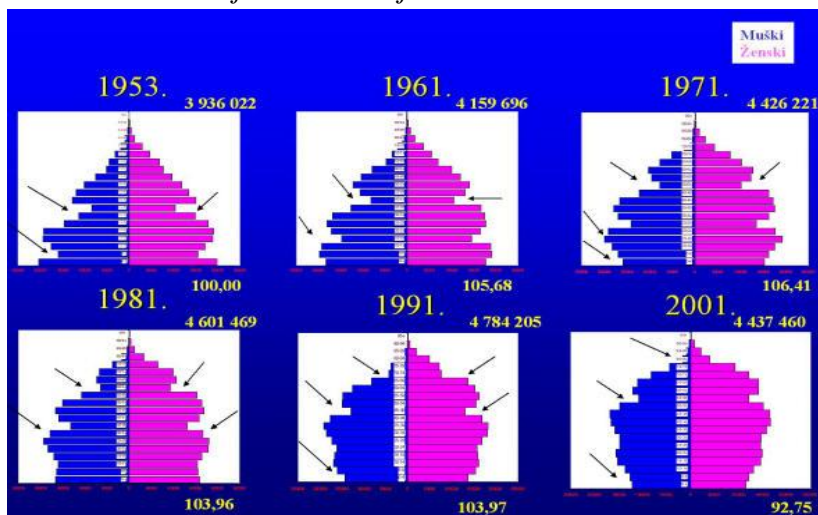
Kako bi se bolje razumjele odredbe socijalnog zakonodavstva, nužno je upoznati se s nekim činjenicama koje se odnose na stanje u Hrvatskoj:

- populacijskim kretanjima u Hrvatskoj
- siromašnima
- pokazateljima troškova života
- beskućnicima
- alkoholizmu
- uporabi droge.

POPULACIJSKA KRETANJA U HRVATSKOJ

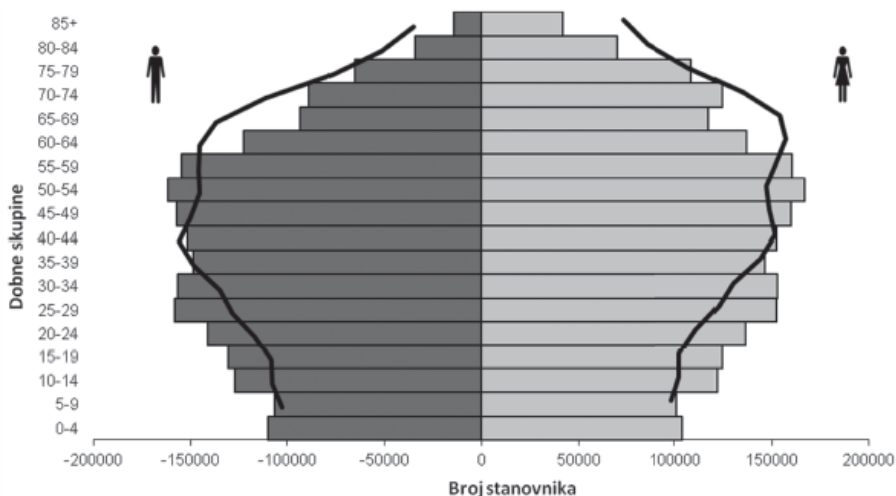
Za sam početak potrebno je bolje se upoznati s promjenama u strukturi stanovništva. Od prvog poslijeratnog popisa iz 1953. godine pa do posljednjeg iz 2011. godine lako je uočiti promjene u dobnoj strukturi stanovništva. U prvom prikazanom popisu vidljivo je da se radilo o pretežito mladoj populaciji, s relativno malim udjelom starijeg stanovništva. Kroz idućih pola stoljeća raste udio starijih osoba, dok je udio mlađih u neprekidnom padu. To se jasno vidi na Grafikonu 1 i 2.

Grafikon 1. Promjene u dobnoj strukturi stanovništva Hrvatske



Izvor: Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2001., Stanovništvo prema spolu i dobi. Zagreb: Državni zavod za statistiku, 2003.

Grafikon 2. Dobna struktura stanovništva Hrvatske za 2010. i projekcija za 2020. (crna linija)



Izvor: Državni zavod za statistiku, 2013. i Nacionalna strategija razvoja zdravstva, 2012. – 2020.

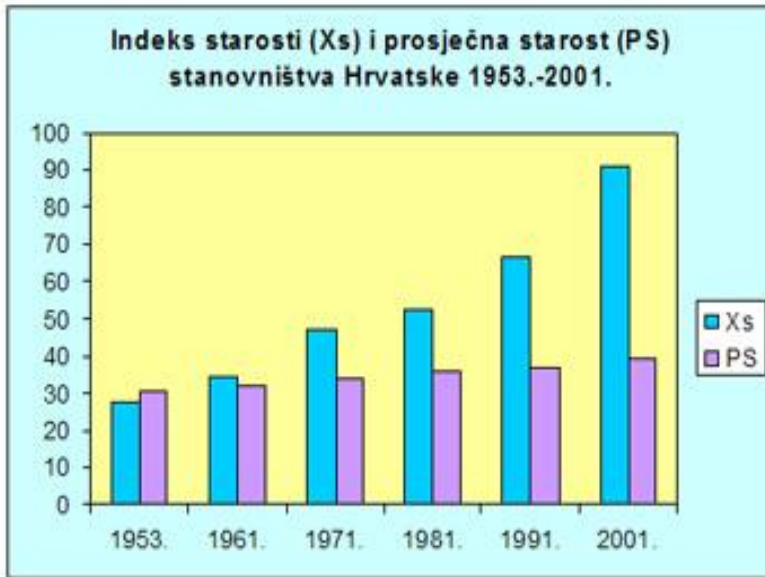
Za analizu stanovništva Hrvatske uzeta su u obzir tri pokazatelja. Prvi pokazatelj je *prirodno kretanje* (prirodni prirast). Prema projekcijama koje su rađene za Hrvatsku, broj stanovnika nastavit će se smanjivati. Iz godine u godinu depopulacija će biti sve snažnija. Hrvatska će uslijed prirodne depopulacije prosječno godišnje gubiti 25.244 stanovnika, to je primjerice grad veličine Bjelovara. Po onom što prikazuje projekcija, Hrvatska će se 2031. godine vratiti na stanje kakvo je bilo 1928. godine. Ono što je ozbiljan problem u Hrvatskoj jest ujednačeno visok broj umrlih uz stalni pad broja živorođenih, što dovodi do sve izraženijeg negativnog prirodnog kretanja. Stopa mortaliteta gotovo je konstantna i kreće se između 11,4 (1991.) i 11,8 (2010.), dok je stopa nataliteta u padu od 10,8 (1991.) na 9,8 (2010.). Zbog toga i prirodno kretanje ima negativan predznak (opada), tako da se prirodni prirast stanovništva kretao od -0,6 (1991.) do -2,0 (2010.). Očito se Hrvatska zadnjih dvadeset godina nalazi u depopulacijskoj fazi prirodnog kretanja stanovništva.

Prosječna starost ili *prosječna životna dob* kao srednja vrijednost drugi je pokazatelj. Radi se o srednjim godinama života stanovništva u nekoj popisnoj godini. Dogovorno je određeno da proces starenja počinje kad prosječna starost stanovništva iznosi 30 godina. Već 1953. godine naša je populacija ušla u spomenuti proces jer je prema popisu prosječna starost bila 30,7 godina. Kroz iduće popise prosječna se starost povećavala, tako da je 1961. iznosila 32,0 godine; 1971. – 34,0; 1981. – 35,6; 1991. – 37,1, 2001. – 39,3 a u zadnjem popisu 2011. prosječna je starost bila 41,7 (pri tome za žene – 43,4; a za muškarce – 39,9).

Treći pokazatelj odnosi se na omjer broja starijih od 60 godina i mlađih od 19 godina (*indeks starosti – Xs*). Ovaj se indeks izračunava prema formuli $Xs = \frac{P_{60+}}{P_{0-19}} \times 100$. Smatra se da je kritična vrijednost indeksa starosti 40 %. Kakva je situacija u stanovništvu Hrvatske prema ovom pokazatelju? U popisu iz 1953. godine Hrvatska je bila u povoljnijoj situaciji s indeksom 27,9. Iz popisa u popis indeks starosti neprekidno raste. Najkritičnije je stanje u popisu iz 2011. gdje je indeks starosti čak 115! Time je proces starenja stanovništva Hrvatske

premašio graničnu vrijednosti od 100. Pri toj vrijednosti na svakog starog stanovnika dolazi jedan mladi. Ovi su pokazatelji prikazani na Grafikonu 3.

Grafikon 3. *Kretanje indeksa starosti i prosječne starosti*

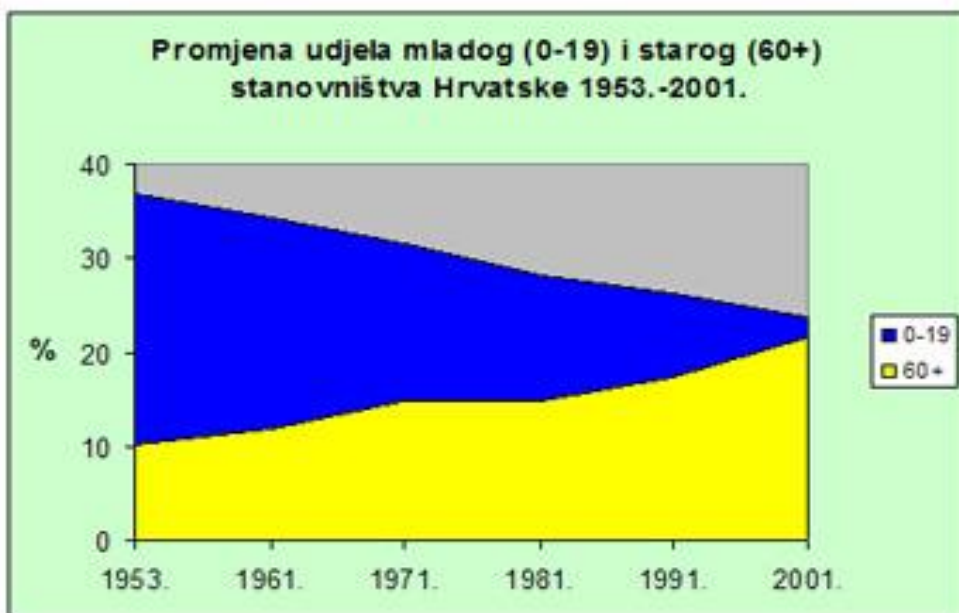


Izvor: *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2001., Stanovništvo prema spolu i dobi. Zagreb: Državni zavod za statistiku, 2003.*

Iz prikazanih podataka moguće je zaključiti da se istovremeno odvijao proces apsolutnog i relativnog smanjenja, odnosno povećanje udjela starog stanovništva u ukupnom stanovništvu Hrvatske, što je vidljivo u Grafikonu 4 i Tablici 1. Smatra se da je neka populacija stara ako u njezinoj strukturi ima više od 16 % stanovnika starije dobi. Dakle, Hrvatska se može ubrojiti u zemlje sa starom populacijom. Visok udio starijih osoba u strukturi stanovništva vrlo je nepovoljan s ekonomskog, zdravstvenog i socijalnog aspekta. Osobe starije životne dobi nisu više u reproduktivnoj fazi života, nisu radno produktivne, povećana je njihova potreba za skupljim oblicima zdravstvene zaštite i u konačnici češće su korisnici različitih oblika socijalne skrbi. Mali je broj zemalja

u Europi koje imaju stariju populaciju od Hrvatske (Italija, Njemačka, Švedska, Portugal, Grčka i dr.).

Grafikon 4. *Promjena udjela mladog i starog stanovništva Hrvatske*



Izvor: *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2001., Stanovništvo prema spolu i dobi.* Zagreb: Državni zavod za statistiku, 2003.

Tablica 1. *Promjene u dobnjoj strukturi stanovništva Hrvatske*

Godina popisa	Broj stanovnika RH	Broj mladih 0-14 g.	Postotak mladih	Broj starijih 65 i više	Postotak starijih
1953.	3,936.022	1,062.726	27,0	275.522	7,0
2001.	4,437.460	758.806	17,1	696.681	15,7
2011.	4,284.889	599.884	14,0	758.425	17,7

Izvor: Državni zavod za statistiku, 2012.

I na kraju treba zaključiti da populaciju Hrvatske karakteriziraju procesi starenja, što se ogleda u proporcionalno većoj zastupljenosti osoba starijih od 65 godina u odnosu na one mlađe od 14 godina te znatnom porastu prosječne starosti stanovništva. Od prvog popisa stanovništva iz 1953. do zadnjeg iz 2011. godine udio mladih snižen je sa 27 na 14 %, dok je u istom razdoblju udio starih narastao sa 7 na 17,7 %. Uz to, prosječna životna dob stanovnika porasla je od 30,7 na 41,7 godina. Očekivano trajanje života, kao važan pokazatelj zdravlja populacije, naraslo je u prosjeku od 71 godine u 2001. na 76,6 godina u 2010. godini. Trend dužeg životnog vijeka za žene i dalje je prisutan, uz povećanje te razlike u odnosu na muškarce sa šest na deset godina.

SIROMAŠTVO

Pojam siromaštva

Siromaštvo se definira kao nedostatak novca ili dovoljno novca te posjedovanje malo ili nedovoljno imovine. Pri tom trebamo znati da se ovaj kriterij ne može jednako primjenjivati u različitim zemljama. Zbog tih razlika uobičajeno se smatra da ljudi žive u siromaštvu ukoliko

njihovi prihodi i resursi nisu dostatni za životni standard koji je u njihovu društvu uobičajen.

Siromaštvo je povezano s drugim ugrozama poput nezaposlenosti, niskih prihoda, loših uvjeta stanovanja, neodgovarajuće zdravstvene zaštite, nedostupnosti cjeloživotnog učenja, kulturnih, sportskih i rekreacijskih aktivnosti.

Osim činjenice da su te osobe isključene i marginalizirane u uobičajenim društvenim procesima (gospodarskim, društvenim i kulturnim), može im biti ograničen i pristup temeljnim pravima. Stopa rizika od siromaštva u 2014. u Republici Hrvatskoj iznosi 19,4 %. Prag rizika od siromaštva u 2014. za jednočlano kućanstvo iznosi 23.760 kuna na godinu, dok za kućanstvo s dvije odrasle osobe i dvoje djece iznosi 49.896 kuna na godinu.

Udio osoba koje su u riziku od siromaštva ili socijalne isključenosti u 2014. iznosi oko 29 %. Očito je gotovo trećina našeg stanovništva u riziku od siromaštva. Ovaj podatak odnosi se na osobe u riziku od siromaštva, ali i one u teškoj materijalnoj deprivaciji, te one koji žive u kućanstvima s vrlo niskom radnom aktivnošću na tržištu rada.

Iz naše balkanske perspektive čini nam se da je siromaštvo zahvatilo samo ove krajeve. Je li to točno? Nedavno je Eurostat, statistički ured Europske unije, objavio podatke za 2014. godinu. U zemljama EU čak 17 % stanovništva (80 milijuna stanovnika) živi ispod granice siromaštva, a među najugroženijima su Letonija (21 %), Rumunjska (23 %), Bugarska (22 %), Grčka (22 %), Španjolska (22 %) i Litva (19 %). Smatra se da su ugroženi siromaštvom oni čiji su prihodi i nakon socijalnih davanja ispod praga siromaštva. Prag siromaštva utvrđen je na 60 % prosječnog prihoda na nacionalnoj razini. Naši susjedi Slovenci stoje izvrsno (tek 14,5 % siromašnih). U rangu su s Nizozemskom, Mađarskom, Slovačkom i Češkom.

Broj nezaposlenih još je jedan pokazatelj stanja siromaštva. Tako je u EU udio nezaposlenih porastao na 20 %, a to je 23 milijuna radno sposobnog stanovništva. Osobit je problem nezaposlenost osoba mlađih od 25 godina. Stopa njihove nezaposlenosti u Španjolskoj iznosi

37,8 %, Latviji 33,6 %, Litvi 29,2 %. Nizozemska je jedina članica EU u kojoj je stopa nezaposlenosti mladih ispod 10 % (6,6 %).

Osim siromaštva, kod tih osoba dolazi do gubitka ljudskih prava. U tom se smislu treba ocijeniti godišnje izvješće američke nevladine organizacije za zaštitu ljudskih prava *Human Rights Watch*. Prema njihovom izvješću, kod nas je došlo do pogoršanja ljudskih prava. Ističu se problemi sa suđenja za ratne zločine, kao i slučajevi uskraćivanja prava psihijatrijskih bolesnika, loše postupanje s azilantima te prijetnje slobodi medija.

Prema podacima Ministarstva financija, krajem listopada 2016. u RH blokirano je ukupno 320.000 računa građana, a njihov je dug iznosio 29,54 milijardi kuna (3,85 milijardi eura).

Istovremeno su na Zavodu za zapošljavanje prijavljene 245.304 radno sposobne osobe (2016.). Ta dva podatka ukazuju na ubrzan proces osiromašivanja stanovnika Hrvatske.

Siromaštvo je kao istraživačka tema u Hrvatskoj dugo bilo zapostavljeno. Prvo nacionalno istraživanje siromaštva provedeno je 1998. godine (Svjetska banka, 2000.). Premda Državni zavod za statistiku (DZS) svake godine prikuplja podatke o potrošnji i prihodima kućanstava, tek se 2004. godine objavljuju standardizirani pokazatelji siromaštva za našu zemlju.

Prema nalazima DZS u razdoblju od 2001. do 2005. broj siromašnih osoba kretao se između 17 i 18 %, što u usporedbi sa zemljama EU čini Hrvatsku zemljom s nešto višim relativnim stopama siromaštva.

Među siromašnima su zastupljena kućanstva koja vode osobe s nižim stupnjem obrazovanja, nezaposlene ili neaktivne osobe te umirovljenici i starije osobe.

Siromašni u Hrvatskoj u odnosu na ukupno stanovništvo imaju lošije stambene uvjete, slabiju opremljenost kućanstva, više zdravstvenih problema i vrlo ograničene mogućnosti za poboljšanje materijalne situacije.

U Europskoj Uniji gotovo 60 milijuna ljudi živi ispod linije siromaštva i imaju ispodprosječna godišnja primanja. Svaki šesti stanovnik živi na

granici siromaštva, a posebno žene starije od 65 godina i djeca. Naglo raste i dječje siromaštvo kod kojeg su naročito ugrožena djeca doseljenika koja se teže uključuju u obrazovni sustav i u tržište rada (EU definicija – UNDP 2006.).

Što nam je činiti? Što smo dobili ulaskom u EU i jesmo li za to spremni? Naše će se siromaštvo nastaviti. Nadajmo se da će ojačati zemlja pravde i zemlja znanja, što kao izborni slogan često deklariraju brojni naši političari.

Europsko istraživanje o kvaliteti života (*European Quality of Life Survey (EQLS)*)

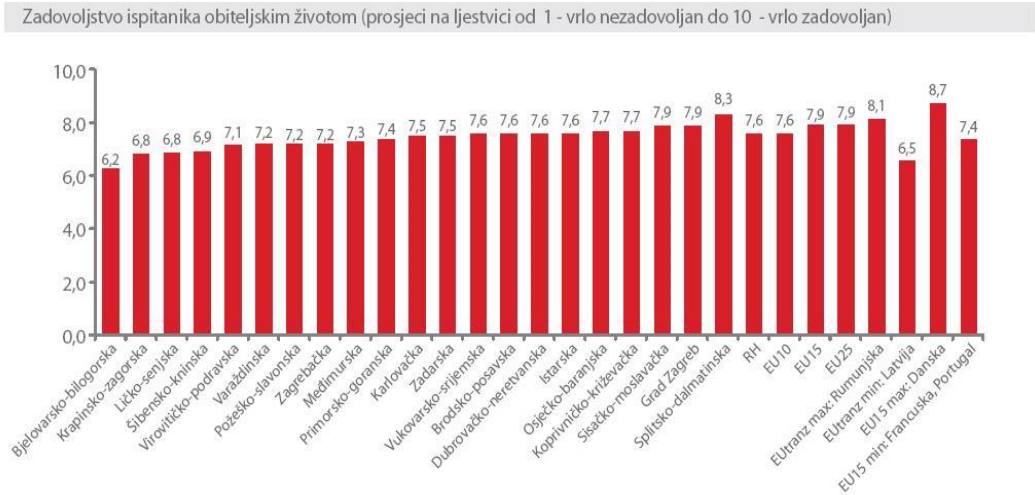
Koncept kvalitete života odnosi se na sveukupnu dobrobit unutar društva, a usmjeren je na to da omogući svakom članu društva da ostvari svoje ciljeve. To znači da se kvaliteta života mjeri preko različitih ekonomskih, ali i neekonomskih pokazatelja. Pristup kvalitete života oslanja se ne samo na indikatore materijalnog životnog standarda (pokazatelji dohodovne nejednakosti, realnog dohotka, stope siromaštva), već i na različite subjektivne čimbenike koji utječu na ljudski život (npr. društveni odnosi, sigurnost, mentalno zdravlje, kvaliteta prirodne sredine, dokolica, kulturni resursi i sl.).

Upitnik o kvaliteti života obuhvatio je šest područja:

- ekonomsku situaciju
- zaposlenost
- obitelj i kućanstvo
- život zajednice i socijalnu participaciju
- zdravlje i zdravstvenu skrb
- znanje, obrazovanje i usavršavanje.

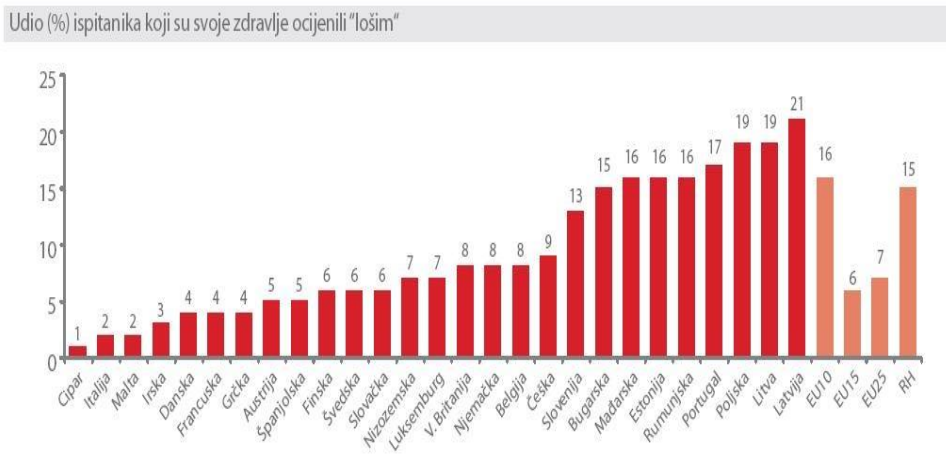
Neki rezultati ovog istraživanja prikazani su na sljedećim grafikonima.

Grafikon 5. Zadovoljstvo ispitanika obiteljskim životom (po županijama, RH, EU)



Dostupno na: <http://www.eurofound.europa.eu/hr/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012>

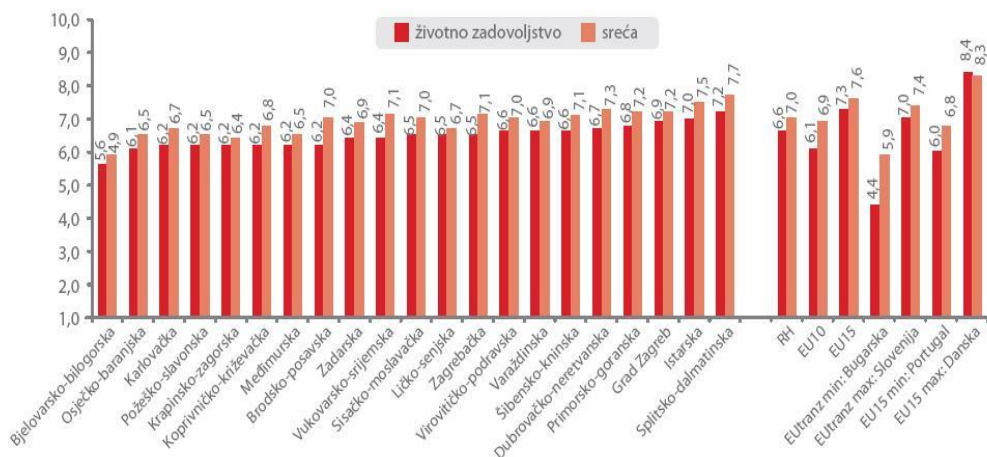
Grafikon 6. Udio ispitanika koji su svoje zdravlje ocijenili „lošim“



Dostupno na: <http://www.eurofound.europa.eu/hr/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012>

Grafikon 7. Procjena zadovoljstva vlastitim životom

Procjena zadovoljstva vlastitim životom na ljestvici od 1 (vrlo nezadovoljan) do 10 (vrlo zadovoljan) i osjećaja sreće od 1 (vrlo nesretan) do 10 (vrlo sretan) po županijama RH i usporedba s odabranim EU zemljama



Dostupno na: <http://www.eurofound.europa.eu/hr/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012>

BESKUĆNICI

Prema istraživanjima Europske Unije udio beskućnika je oko 2,7 milijuna, dok UN procjenjuje da je broj beskućnika u svijetu preko jedne milijarde.

Podaci iz svijeta govore kako svaki dan umire 50.000 ljudi, uglavnom djece i žena. Zbog lošeg smještaja u sklonišcima, nedovoljne kvalitete pitke vode i loših sanitarnih uvjeta gotovo 600 milijuna ljudi živi u prihvatilištima koja su neadekvatna.

Procjenjuje se da 1,3 milijarde ljudi u svijetu živi u siromaštvu. Pritom se čak 70 % odnosi na žene. Izbjegllice, kao zasebna skupina beskućnika, čine posebnu skupinu. Procjenjuje se da ih ima 23 milijuna.

Beskućništvo neposredno djeluje na zdravlje. Na to ukazuje podatak da je u Londonu očekivana životna dob beskućnika gotovo 25 godina

manja od prosjeka za cijelu zemlju.

Premda se SAD smatra bogatom zemljom, procjenjuje se da u toj zemlji ima oko 3,5 milijuna beskućnika.

Za europske je uvjete Republika Njemačka socijalno uređena država. Ipak, podaci iz ranijeg razdoblja (od prije desetak godina) pokazuju da čak 272.000 ljudi živi kao beskućnici, bez krova nad glavom ili bez adekvatnog stanovanja.

U Poljskoj je procjena da svake godine oko 33.434 ljudi boravi u prenoćištima, privremenom smještaju ili u hostelima za beskućnike. Broj je beskućnika u Indiji ogroman (2,3 milijuna).

U Australiji gotovo 100.000 ljudi nema doma.

Koji su razlozi da je potkraj 20. stoljeća došlo do porasta broja beskućnika? Navode se brojni razlozi. S jedne strane imamo procese koji povećavaju udio siromašnog stanovništva, a s druge strane poskupljuje stanovanje u gradovima. Sve se manje grade socijalni stanovi, a na njih se čeka više godina. S druge strane socijalna su davanja ostala više-manje na istoj razini te nisu pratila stopu inflacije. Osim toga, javljaju se promjene u tretiranju kroničnih mentalnih bolesnika te ovisnika o drogama. Sve su manje mogućnosti obitelji da same vode brigu o svojim odraslim članovima. Raste i broj prijavljenih slučajeva obiteljskog nasilja.

ALKOHOLIZAM

Teško je precizno odrediti broj alkoholičara u Hrvatskoj. Ipak, procjenjuje se da ih je oko 250.000. Službenog registra osoba koje boluju od alkoholizma kod nas za sada nema, stoga nije moguće precizno govoriti o brojkama. Prema dosadašnjim istraživanjima i provedenim anketama o prehrambenim navikama stanovništva, može se utvrditi da je oko 5 % našeg stanovništva ovisno o alkoholu. Osim ovisnika, veći udio stanovništva prekomjerno pije te zbog toga ima probleme (oko 10 % stanovništva). Istraživanja među mladima

pokazuju da oni u sve ranijoj životnoj dobi počinju s konzumiranjem alkohola te se sve ranije opijaju.

Može se ustvrditi da trećina stanovnika uopće ne pije, dok druga trećina pije umjereno, zbog čega nema problema. Iz ove skupine regrutiraju se oni kod kojih povremeno konzumiranje alkohola prerasta u češće.

Možda nam se broj ovisnika o alkoholu ne čini velik, ali trebamo znati da je alkoholizam bolest ne samo pojedinca, već čitave njegove obitelji. Stoga je alkoholizam društvena bolest, a ne bolest pojedinca. Ako želimo znati koliko ljudi pati zbog alkoholizma, nužno je njihov broj uvećati za četiri puta. Tako dobivamo milijun građana koji su izravno ili neizravno pogođeni posljedicama alkoholizma.

Poznato je da članovi obitelji alkoholičara često pate od tjeskobe, nesanice, napetosti i depresije. Slična je situacija i u drugim europskim zemljama. Pritom Europljani, koji čine 12 % svjetskog stanovništva, troše 50 % svjetske proizvodnje alkohola. Najvjerojatniji je razlog konzumiranja alkohola tradicija pijenja.

Gotovo je nemoguće zamisliti neku proslavu (uključujući dječje rođendane i vjerske proslave) bez konzumiranja alkohola. Kod nas je alkohol općeprihvaćeni porok, dobrodošao kod svih društvenih i obiteljskih događaja. Svjedoci smo da je alkoholizam čest među navijačima na sportskim terenima. Alkohol je dobrodošao sve dok osoba ne postane alkoholičar. Tada odjednom postaje stigmatizirana i odbačena od društva.

Alkohol djeluje na sve organske sustave u tijelu. Samo 5 % alkohola izlazi iz tijela kroz dah, mokraću ili znoj, ostalo se prerađuje u jetri. Alkohol oštećuje jetru, središnji živčani sustav, gastrointestinalni trakt i srce, uništava vid, seksualnu funkciju, djeluje na motorne sposobnosti, funkcije mišića, pluća, usporava disanje i krvotok.

Budući da snažno djeluje na živčani sustav, alkohol mijenja funkcije mozga pa dolazi do poremećaja rada pojedinih sustava u mozgu odgovornih za smirenost, aktivnost, budnost, ali i do razvoja psihotičnih poremećaja poput paranoidne psihoze, što objašnjava čestu ljubomoru koja se javlja kod alkoholičara te agresivno ponašanje.

Ljudi koji u trijeznom stanju uopće nisu agresivni, pod utjecajem alkohola mogu izgubiti kontrolu nad svojim postupcima jer im se mijenjaju kriteriji i ne donose dovoljno dobre prosudbe. Alkoholna mahnitost ili *delirium tremens* jedno je od najopasnijih stanja koja alkohol može uzrokovati, a tada bolesnika treba liječiti u bolnici. Rijetko će koji ovisnik o alkoholu priznati da ima problem. Čak i kad izgubi obitelj, prijatelje i posao, uzrokom neće smatrati alkohol, nego sve ostalo. Negiranje problema tipično je za alkoholičara, pa su rijetki ovisnici koji sami dođu na liječenje i uspiju u tome. Podrška obitelji, prijatelja i kolega presudna je u liječenju alkoholizma.

OVISNOST O DROGAMA

Ovisnost je stanje neodoljive potrebe (psihičke ili fizičke) za uporabom droge.

Ovisnik o drogi jest osoba koja se uporabom droge dovela u stanje ovisnosti.

Povremeni uzimatelj droge jest osoba koja jednokratno, prigodno ili povremeno uzima droge, a kod koje se još nije razvilo stanje ovisnosti. U kontekstu svega navedenog treba promatrati značaj zakona.

Barem 350.000 Hrvata je „na drogama“!

Kanabis najpopularniji, a kokain je drugi po učestalosti.

Oko 9 % građana navelo je konzumaciju hašiša/marihuane, oko 1,5 % građana priznalo je konzumiranje kokaina, oko 0,6 % navelo je da je konzumiralo *ecstasy*, 0,5 % LSD i 0,4 % heroin.

Objavljeno je godišnje izvješće EMCDDA-a (Europskog centra za monitoriranje droga i ovisnosti o drogama) o stanju problematike droga u Europi, prema kojemu je kanabis i dalje najpopularnija ilegalna supstanca u Europi – 22 % (ili 75 milijuna) odraslih Europljana probalo je kanabis, a 4 % (ili 14 milijuna) probalo je kokain.

„Stari dobri“ kanabis i dalje je, kako u Europi, tako i u Hrvatskoj, najraširenija i najpopularnija droga, unatoč tome što se stalno otkrivaju

različite nove varijacije sintetičkih droga.

Drogama su općenito sklonije osobe višeg obrazovanja i većih prihoda, osobe koje žive u urbanim sredinama, te muškarci.

Nakon ovog kratkog osvrtu na neke socijalne probleme s kojima se susreće Hrvatska, nastavimo s odredbama Zakona o socijalnoj skrbi.

Što je to zapravo socijalna skrb? (definicija)

Socijalna skrb je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku kojom se osiguravaju i ostvaruju mjere i programi namijenjeni socijalno ugroženim osobama, kao i osobama s nepovoljnim osobnim ili obiteljskim okolnostima, koji uključuju prevenciju, promicanje promjena, pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba i podršku pojedincu, obitelji i skupinama, s ciljem unapređenja kvalitete života i osnaživanja korisnika u samostalnom zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te njihovog aktivnog uključivanja u društvo.

Tko je prije svega obavezan pridonositi socijalnoj sigurnosti?

(1) Svatko je dužan brinuti se za zadovoljavanje svojih životnih potreba i životnih potreba osoba koje je po zakonu ili po drugoj pravnoj osnovi dužan uzdržavati.

(2) Svatko je svojim radom, prihodom i imovinom dužan pridonositi sprječavanju, otklanjanju ili ublažavanju vlastite socijalne ugroženosti, kao i socijalne ugroženosti članova svoje obitelji, posebice djece i drugih članova obitelji koji se ne mogu brinuti o sebi.

NAČELA SOCIJALNE SKRBI (13 načela)

Socijalna skrb u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima:

- supsidijarnosti,
- pravičnosti,
- slobode izbora,
- dostupnosti,
- individualizacije,
- uključivanja korisnika u zajednicu,

- pravodobnosti,
- poštivanja ljudskih prava i integriteta korisnika,
- zabrane diskriminacije,
- informiranosti o pravima i uslugama,
- sudjelovanja korisnika u donošenju odluka,
- tajnosti i zaštiti osobnih podataka,
- privatnosti te
- podnošenja pritužbi.

Sredstva za financiranje djelatnosti socijalne skrbi osiguravaju se iz:

- proračuna Republike Hrvatske,
- proračuna jedinica područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba,
- proračuna jedinica lokalne samouprave,
- naplatom troškova socijalnih usluga od korisnika ili osoba koje ih uzdržavaju,
- vlastitih prihoda,
- donacija, pomoći i ostalih prihoda.

KORISNICI SOCIJALNE SKRBI

Korisnici socijalne skrbi jesu:

- osobe koje nemaju dovoljno sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba, a nisu u mogućnosti ostvariti ih svojim radom
- dijete bez roditelja ili bez odgovarajuće roditeljske skrbi
- trudnica ili roditelj s djetetom do godine dana života bez obiteljske potpore i odgovarajućih uvjeta za život
- obitelj kojoj je zbog poremećenih odnosa ili drugih nepovoljnih okolnosti potrebna stručna pomoć ili druga potpora te osobe
- osoba s invaliditetom
- osoba koja zbog starosti ili nemoći ne može samostalno skrbiti o osnovnim životnim potrebama
- osoba ovisna o alkoholu i drogama, kockanju i drugim oblicima

ovisnosti
– *beskućnik.*

Maloljetni korisnici socijalne skrbi

Prema podacima dobivenima od centara odnosno podružnica socijalne skrbi, u 2011. godini bilo je 83.376 maloljetnih korisnika socijalne skrbi, odnosno za 2,4 % više nego u 2010. Udio ženskih korisnika bio je 43 %. U dobnoj skupini do 7 godina bilo je 25 % korisnika, u skupini od 7 do 15 godina 42 % korisnika, a u skupini od 15 do 18 godina 33 % korisnika.

Brojnost korisnika po kategorijama:

- djeca i mladež prema kojima je primijenjena mjera obiteljsko-pravne zaštite – 44 %
- tjelesno ili mentalno oštećena djeca i mladež – 20 %,
- djeca i mladež u stanju različitih potreba socijalne skrbi – 20 %,
- djeca i mladež društveno neprihvatljiva ponašanja – 14 %
- psihički bolesna djeca i mladež i ovisnici – 2 % korisnika.

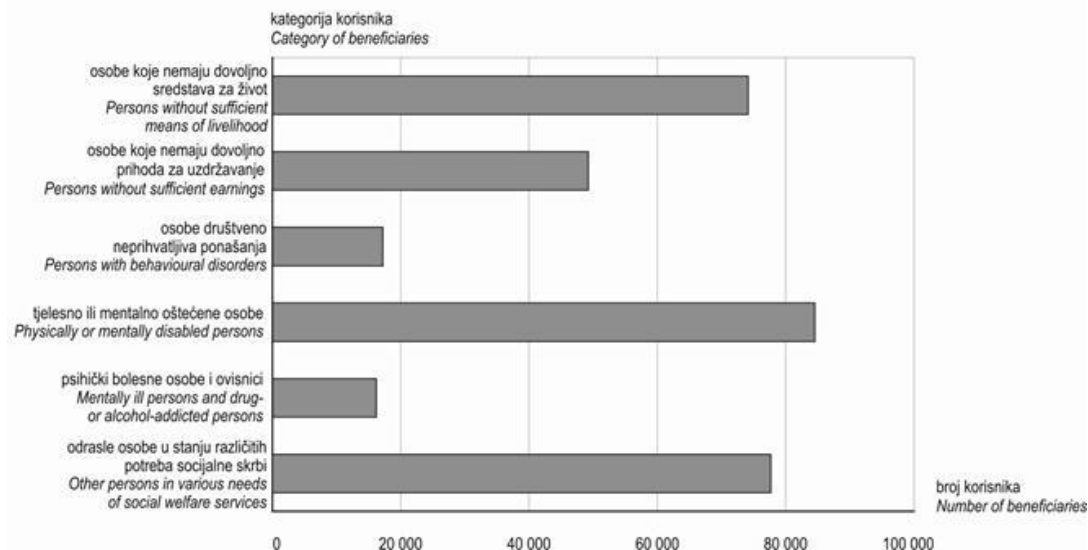
Tijekom 2011. godine jedan maloljetni korisnik prosječno je dva puta koristio neki oblik prava, usluga ili mjera socijalne skrbi.

Punoljetni korisnici socijalne skrbi

U 2011. godini socijalnu skrb koristila su 318.962 punoljetna korisnika, odnosno 1,2 % manje nego u 2010. Udio ženskih korisnika bio je 51 %. U dobi od 18 do 21 godine bilo je 9 % korisnika, u dobi od 22 do 39 godina 26 % korisnika, u dobi od 40 do 65 godina 34 % korisnika, u dobi od 66 do 80 godina 23 % korisnika, a u dobi od 80 i više godina 8 % korisnika. Razlog korištenja socijalne skrbi prikazan je na Grafikonu 8.

Grafikon 8. Razlozi korištenja socijalne skrbi

G-2. PUNOLJETNI KORISNICI PREMA RAZLOGU KORIŠTENJA SOCIJALNE SKRBI U 2011.
ADULT BENEFICIARIES, BY REASON OF USE OF SOCIAL WELFARE SERVICES, 2011



Izvor: Državni zavod za statistiku, 2012.

Prema brojnosti korisnika po kategorijama:

- tjelesno ili mentalno oštećene osobe – 26,5 %,
- odrasle osobe u stanju različitih potreba socijalne skrbi – 24,4 % korisnika,
- osobe koje nemaju dovoljno sredstava za život – 23,2 %,
- osobe koje nemaju dovoljno prihoda za uzdržavanje – 15,4 %,
- osobe društveno neprihvatljiva ponašanja – 5,4 %
- psihički bolesne osobe i ovisnici – 5,1 % korisnika.

Tijekom godine punoljetni korisnik prosječno dvaput koristi neki oblik prava, usluga ili mjera socijalne skrbi. Ovaj podatak ukazuje na veliku opterećenost sustava socijalne skrbi.

PRAVA U SUSTAVU SOCIJALNE SKRBI (12 prava)

Prava u sustavu socijalne skrbi jesu:

1. Zajamčena minimalna naknada
2. Naknada za troškove stanovanja
3. Troškovi ogrjeva
4. Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja
5. Jednokratna naknada
6. Naknade u vezi s obrazovanjem
7. Osobna invalidnina
8. Doplatak za pomoć i njegu
9. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja
10. Naknada do zaposlenja
11. Socijalne usluge
12. Naknada za ugroženog kupca energenata.

1. Zajamčena minimalna naknada

Zajamčena minimalna naknada je pravo na novčani iznos kojim se osigurava zadovoljavanje osnovnih životnih potreba samca ili kućanstva koji nemaju dovoljno sredstava za podmirenje osnovnih životnih potreba.

2. Naknada za troškove stanovanja

Troškovi stanovanja u smislu ovoga Zakona odnose se na najamninu, komunalne naknade, električnu energiju, plin, grijanje, vodu, odvodnju i druge troškove stanovanja u skladu s posebnim propisima.

3. Troškovi ogrjeva

Samcu ili kućanstvu korisniku zajamčene minimalne naknade koji se grije na drva priznaje se pravo na troškove ogrjeva na način da mu se jednom godišnje osigura 3 m³ drva ili odobri novčani iznos za podmirenje tog troška u visini koju odlukom odredi nadležna jedinica područne (regionalne) samouprave, odnosno Grad Zagreb.

4. Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja

Pravo na naknadu za osobne potrebe priznaje se korisniku smještaja ili

organiziranog stanovanja sukladno odredbama ovoga Zakona u mjesečnom iznosu od 20 % iznosa osnovice.

5. Jednokratna naknada

(1) Jednokratna naknada priznaje se samcu ili kućanstvu koje zbog trenutačnih materijalnih teškoća nije u mogućnosti podmiriti osnovne životne potrebe nastale zbog rođenja ili školovanja djeteta, bolesti ili smrti člana obitelji, elementarne nepogode i slično.

(2) Jednokratna naknada može se priznati zbog nabave osnovnih predmeta u kućanstvu ili nabave nužne odjeće i obuće ako ne postoji mogućnost da se nabava nužnih predmeta u kućanstvu i odjeće i obuće osigura u suradnji s humanitarnim organizacijama.

6. Naknade u vezi s obrazovanjem

- naknada za redovito studiranje*
- naknada za troškove smještaja u učeničkom domu*
- naknada za troškove prijevoza.*

7. Osobna invalidnina

Pravo na osobnu invalidninu priznaje se osobi s teškim invaliditetom ili drugim teškim trajnim promjenama u zdravstvenom stanju, u svrhu zadovoljavanja njezinih životnih potreba za uključivanje u svakodnevni život zajednice.

8. Doplatak za pomoć i njegu

Doplatak za pomoć i njegu novčana je potpora namijenjena osobi koja ne može sama udovoljiti osnovnim životnim potrebama, uslijed čega joj je prijeko potrebna pomoć i njega druge osobe u organiziranju prehrane, pripremi i uzimanju obroka, nabavci namirnica, čišćenju i pospremanju stana, oblačenju i svlačenju, održavanju osobne higijene, kao i obavljanju drugih osnovnih životnih potreba.

9. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja

Pravo na status roditelja njegovatelja priznaje se jednom od roditelja djeteta s teškoćama u razvoju ili osobe s invaliditetom koje ispunjava određene uvjete.

10. Naknada do zaposlenja

Pravo na naknadu do zaposlenja ima dijete s teškoćama u razvoju,

odnosno osoba s invaliditetom kojoj je tjelesno, mentalno, intelektualno ili osjetilno oštećenje utvrđeno sukladno odredbama ovoga Zakona, nakon završetka osnovnoškolskog, srednjoškolskog ili visokoškolskog obrazovanja, a najranije s navršениh 15 godina života.

11. Socijalne usluge

Socijalne usluge obuhvaćaju sve aktivnosti, mjere i programe namijenjene sprječavanju, prepoznavanju i rješavanju problema i poteškoća pojedinaca, obitelji, skupina i zajednica te poboljšanju kvalitete njihovog života u zajednici.

Socijalne usluge po ovom Zakonu jesu:

(ukupno 9 vrsta socijalnih usluga)

- 1. prva socijalna usluga (informiranje, prepoznavanje i početna procjena potreba)*
- 2. savjetovanje i pomaganje*
- 3. pomoć u kući*
- 4. psihosocijalna podrška*
- 5. rana intervencija*
- 6. pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja (integracija)*
- 7. boravak*
- 8. smještaj*
- 9. organizirano stanovanje.*

12. Naknada za ugroženog kupca energenata

Pravo na naknadu za ugroženog kupca energenata priznaje se samcu ili kućanstvu koji ispunjava kriterije za stjecanje statusa ugroženog kupca koji su propisani propisima kojima se uređuje energetska sektor.

DRUGI OBLICI POMOĆI

Među druge oblike pomoći uvršteno je:

– prehrana u pučkim kuhinjama,

- privremeni smještaj beskućnika u prihvatilište,
- smještaj osoba koje primaju pomoć za uzdržavanje u socijalne stanove,
- subvencije u plaćanju pojedinih socijalnih i drugih usluga.

FINANCIRANJE DJELATNOSTI SOCIJALNE SKRBI

Financiranje socijalne skrbi vrlo je zahtjevno. Uvijek postoji nesrazmjer između mogućnosti i potreba, bez obzira na bogatstvo neke države, stoga su izvori financiranja višestruki. Ipak, najveći dio sredstava dolazi iz državnog proračuna, potom sredstava regionalne samouprave, a tek manjim dijelom iz sredstava lokalne zajednice. Za sada je udio sredstava od strane korisnika uzdržavanja malen, s tendencijom porasta, što ovisi u smanjivanju financiranja od strane države.

Sredstva za financiranje djelatnosti socijalne skrbi osiguravaju se iz:

- sredstava proračuna Republike Hrvatske
- sredstava proračuna jedinica područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba
- sredstava proračuna jedinica lokalne samouprave
- prihoda ostvarenih sudjelovanjem korisnika i njihovih obveznika uzdržavanja u plaćanju troškova socijalnih usluga
- vlastitih prihoda
- donacija, pomoći i ostalih namjenskih prihoda.

OBAVLJANJE DJELATNOSTI SOCIJALNE SKRBI

Razvojem sustava socijalne skrbi raste broj onih koji obavljaju tu djelatnost. Nekada su to bile isključivo državne institucije, dok zadnjih desetljeća raste broj nevladinih organizacija te privatnika koji pružaju određene oblike institucionalne skrbi. U tom smislu sve je veći broj udomiteljskih obitelji, kao i obiteljskih domova te domova za skrb o

starijim i nemoćnim osobama. Po kvaliteti usluga, privatni domovi sve se više izjednačavaju u skrbi s društvenima.

Djelatnost socijalne skrbi obavljaju:

- ustanove socijalne skrbi
- udruge, vjerske zajednice, druge pravne osobe te obrtnici
- fizičke osobe kao profesionalnu djelatnost
- udomiteljske obitelji.

USTANOVE SOCIJALNE SKRBI

Ustanove socijalne skrbi jesu:

1. Centar za socijalnu skrb (80 + 27 podružnica)
2. Dom socijalne skrbi (275)
3. Centar za pružanje usluga u zajednici
4. Centar za pomoć u kući.

CENTAR ZA SOCIJALNU SKRB – OVLASTI

1. rješava u prvom stupnju o pravima iz socijalne skrbi, obiteljskopravne i kaznenopravne zaštite i drugim pravima u skladu s posebnim zakonima,
2. provodi izvršenja rješenja,
3. vodi propisane očevidnike,
4. izdaje uvjerenja i druge potvrde,
5. daje podatke o obiteljskim prilikama te mišljenja i prijedloge u sudskim postupcima
6. sudjeluje kao stranka pred sudom
7. izdaje dozvole za obavljanje udomiteljstva i obavlja nadzor
8. obavlja poslove zbrinjavanja djece odbjeglih iz obitelji ili ustanove,
9. provodi odgojne mjere nad djecom s poremećajima u ponašanju,
10. provodi posredovanje u postupku razvoda braka.

CENTAR ZA PRUŽANJE USLUGA U ZAJEDNICI

Centar za pružanje usluga u zajednici javna je ustanova koja se osniva za pružanje podrške korisnicima i pružateljima izvaninstitucijskih oblika smještaja, pružanje usluga boravka, usluge psihosocijalne podrške, usluge pomoći u kući, usluge pomoći pri uključivanju u programe odgoja i obrazovanja (integracija) i usluge organiziranog stanovanja, a iznimno i usluge smještaja.

UDRUGE, VJERSKE ZAJEDNICE, DRUGE PRAVNE OSOBE TE OBRITNICI KOJI PRUŽAJU SOCIJALNE USLUGE

Udruga, vjerska zajednica, trgovačko društvo i druga domaća i strana pravna osoba te obrtnik, koji pored obavljanja svoje djelatnosti za koju je upisan u sudski registar ili kod drugog nadležnog tijela u skladu s posebnim zakonima pruža socijalne usluge, dužan je socijalne usluge pružati u zasebnoj organizacijskoj jedinici na način i pod uvjetima propisanim ovim Zakonom, osim udruge registrirane isključivo za obavljanje socijalne djelatnosti koja socijalne usluge može pružati bez ustrojavanja zasebne organizacijske jedinice.

PRUŽANJE SOCIJALNIH USLUGA KAO PROFESIONALNE DJELATNOSTI

Fizička osoba može samostalno obavljati kao profesionalnu djelatnost usluge smještaja ili boravka u obiteljskom domu, usluge savjetovanja u savjetovalištu i usluge pomoći u kući.

Obiteljski dom

(1) Obiteljski dom je oblik pružanja usluge smještaja ili boravka za 5 do 20 odraslih korisnika, odnosno za četvero do desetero djece koja žive ili borave s obitelji pružatelja usluge.

(2) Uslugu pruža jedan punoljetan član obitelji – predstavnik obiteljskog doma, koji može zaposliti i druge radnike, ovisno o broju i

vrsti korisnika u skladu s propisanim uvjetima.

(3) Članovi obitelji pružatelja usluga mogu sudjelovati u pružanju usluge u obiteljskom domu i bez zasnivanja radnog odnosa.

Savjetovalište

Fizička osoba u savjetovalištu pruža usluge savjetovanja djeci, mladeži i odraslim osobama u obitelji kao stručnu pomoć u prevladavanju poteškoća.

Usluge pomoći u kući

Fizička osoba može pružati usluge pomoći u kući korisnika, najviše 40 sati tjedno. Osoba mora imati najmanje srednju stručnu spremu.

Udomiteljstvo

Udomiteljstvo je oblik pružanja socijalnih usluga kojim se djetetu ili odrasloj osobi osigurava smještaj u udomiteljskoj obitelji.

Udomiteljska obitelj jest obitelj koja ima dozvolu za obavljanje udomiteljstva.

POSTUPAK ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ SOCIJALNE SKRBI

Za odlučivanje o ostvarivanju prava iz socijalne skrbi mjesno je nadležan centar za socijalnu skrb osnovan za područje na kojem stranka ima prebivalište. Za djecu se određuje prema prebivalištu roditelja.

Mreža socijalnih usluga i socijalno planiranje

– Socijalne usluge mogu se pružati u mreži i izvan mreže socijalnih usluga.

– Socijalne usluge u mreži pružaju ustanove kojima je osnivač Republika Hrvatska te pravne osobe, obrtnici i druge fizičke osobe s kojima je Ministarstvo sklopilo ugovor o pružanju socijalnih usluga.

– Strane pravne i fizičke osobe mogu pružati socijalne usluge u mreži pod uvjetima propisanim ovim Zakonom.

– Socijalne usluge izvan mreže obavljaju pravne osobe, obrtnici i druge fizičke osobe koje su pribavile rješenje o ispunjavanju minimalnih

uvjeta za pružanje socijalnih usluga u skladu s ovim Zakonom i posebnim propisom.

Potrebno je još jednom jasno istaknuti da pružanje socijalnih usluga može biti od strane javnih ustanova te od strane nevladinih udruga i pojedinaca. Ovi potonji svoje usluge mogu pružati unutar ili izvan mreže socijalnih usluga. Treba uočiti činjenicu da pružanje usluga unutar mreže znači ugovor s državom o obliku socijalne skrbi za koju se dobivaju određena financijska sredstva, dok pružanje usluga izvan mreže znači osiguravati financijska sredstva za svoje djelovanje na otvorenom tržištu uplatama korisnika ili njihovih skrbnika.

Standardi za pružanje socijalnih usluga

Kvaliteta pružanja usluga normirana je (prostor, kadrovi, oprema). *Socijalne usluge u mreži pružaju se sukladno stručnim i prostornim standardima.*

Dodjela ocjene o usklađenosti sa standardima za pružanje socijalnih usluga

Postupak za dodjelu ocjene o usklađenosti sa standardima socijalnih usluga podrazumijeva analizu i vrednovanje:

- stručnih i prostornih resursa sukladno standardima za pružanje usluga u mreži propisanim pravilnikom,*
- stanja usklađenosti sa standardima kvalitete sukladno mjerilima propisanim pravilnikom,*
- predložene cijene pojedinih usluga sukladno metodologiji za izračun cijene usluga.*

Postupak pregovaranja i sklapanje ugovaranja

Za pružanje usluga u mreži socijalnih usluga Ministarstvo provodi postupak pregovaranja i sklapanja ugovora o pružanju socijalnih usluga u mreži.

Javno-privatno partnerstvo u području socijalne skrbi

U području socijalne skrbi može se primijeniti model javno-privatnog partnerstva.

STRUČNI RADNICI U CENTRIMA ZA SOCIJALNU SKRB

Stručni radnici jesu:

- socijalni radnik
- pravnik
- psiholog
- socijalni pedagog
- edukacijski rehabilitator.

Svi radnici moraju imati položen **stručni ispit**, a ne može se primiti u službu onaj koji je pravomoćno osuđen za kazneno djelo protiv života i tijela, protiv slobode i prava čovjeka, protiv dostojanstva i morala, protiv braka, obitelji i mladeži, protiv imovine te protiv RH.

STRUČNI RADNICI U DOMU SOCIJALNE SKRBI:

Stručne poslove u domu socijalne skrbi i kod drugih pružatelja socijalnih usluga obavljaju:

- socijalni radnik,
 - psiholog,
 - socijalni pedagog,
 - edukacijski rehabilitator,
 - logoped,
 - medicinska sestra,
 - fizioterapeut, radni terapeut, kineziterapeut i
 - odgojitelj
- (svi s položenim stručnim ispitom).

Zakonodavac je predvidio određeni broj pravila kojih se moraju pridržavati stručni djelatnici u sustavu socijalne skrbi. Radi se o sljedećem:

(1) *Stručni radnici moraju svoje poslove obavljati sukladno pravilima struke te poštivati osobnost korisnika, njegovo dostojanstvo i nepovredivost njegova osobnog i obiteljskog života.*

(2) *Stručni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju o osobnom i obiteljskom životu korisnika.*

(3) *Čuvanje profesionalne tajne obvezuje i druge radnike ustanova socijalne skrbi i drugih pružatelja usluga.*

(4) *Povreda čuvanja profesionalne tajne teža je povreda obveza iz radnog odnosa.*

KOMPONENTE SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI

(tri komponente)

1. Novčana potpora
2. Usluge iz područja socijalne skrbi
3. Institucionalna skrb

NOVČANA POTPORA

Novčana je potpora pomoć onima koji imaju probleme ekonomske prirode, ali i onima sa specifičnim potrebama vezanim uz invalidnost, dugotrajnu bolest i slično. Financijska pomoć za potrebe ekonomske prirode može se davati, bilo redovito, bilo jednokratno, onima koji imaju privremene teškoće.

Prag je za ostvarivanje prava za redovitu pomoć strog.

Uz redovitu i jednokratnu pomoć postoje i drugi oblici financijske pomoći i naknade za stanarine, naknade za pokrivanje drugih troškova poput onih za hranu, grijanje i dr.

USLUGE IZ PODRUČJA SOCIJALNE SKRBI

Osim novčane potpore, sustav pruža i neke druge usluge kao što su savjetodavne usluge, pomoć osobama s mentalnom i tjelesnom invalidnošću, savjeti vezani uz obiteljske probleme, skrb o djeci u slučaju razdvojenosti ili razvoda, briga o djeci koja nemaju dom te pomoć pojedincima i obiteljima u slučaju specifičnih teškoća poput alkoholizma, delinkvencije i dr.

INSTITUCIONALNA SKRB

Određenom broju osoba pomaže se kroz institucionalnu skrb. Ona se može u grubo podijeliti u tri kategorije:

- za djecu i mladež
- za osobe s mentalnom i tjelesnom invalidnošću
- za odrasle i starije osobe.

U administrativnom smislu o novčanim potporama i uslugama iz područja socijalne skrbi brine se državna mreža centara za socijalnu skrb. Postoji 80 takvih centara i 27 podružnica.

Sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj suočen je s brojnim problemima. Devedesetih godina ostvaren je mali napredak na području politike socijalne skrbi.

Radno sposobne osobe, da bi mogle primati socijalnu pomoć, moraju biti prijavljene na Zavodu za zapošljavanje i obvezne su prihvatiti svako zaposlenje koje im se ponudi.

Zakon predviđa i da će korisnik socijalne pomoći morati sudjelovati u društveno korisnim aktivnostima koje propiše ministar.

Podaci pokazuju i da država za podmirenje socijalnih prava, prema svim zakonima koji reguliraju to područje, godišnje izdvoji 8,8

milijardi kuna što čini 2,64 % BDP-a, a skrb prima preko 300.000 korisnika.

Hrvatska još uvijek snosi posljedice rata i tranzicijskih procesa.

Oni se iskazuju u:

- drastičnom padu životnog standarda
- slomu sustava vrijednosti
- rastu nezaposlenosti
- rastu siromaštva.

OBITELJSKI ZAKON

(NN od 14. VII. 2003; 103/15)

Koji je razlog ovog kratkog osvrta na Obiteljski zakon i restriktivnog odabira njegovih odredbi? Kao zdravstvenim radnicima poznato nam je da je čovjek društveno biće, a da je obitelj temeljna društvena zajednica. Od obitelji sve počinje i s njom sve završava. Obitelj je temelj stjecanja određenih društvenih i životnih normi i načina ponašanja, pa je u tom smislu izuzetno značajna za socijalno i biološko zdravlje, kako pojedinca, tako i čitave zajednice.

Nažalost, u našem društvu započeo je proces dezorganizacije obitelji, a s tim u vezi i broja djece. Koji su to procesi koji su zahvatili naše društvo, a imaju negativne reperkusije na obitelj i pridonose procesu depopulacije?

Evo nekih činjenica! Prije samo pola stoljeća broj rođenih u Hrvatskoj bio je gotovo dva i pol puta veći (95 tisuća : 42 tisuće). Istovremeno se umiralo manje zbog jednostavne činjenice da je stanovništvo bilo u prosjeku mlađe. Tada je godišnji prirast bio gotovo 50 tisuća, dok smo primjerice u 2014. godini izgubili više od 11.000 osoba (toliko ih je više umrlo nego se rodilo). Stoga se više ne može govoriti o prirodnom prirastu, već o negativnom prirodnom kretanju. O tome govore podaci

u Tablici 2. Prijelomno je očito bilo zadnje desetljeće 20. stoljeća, u kojem je došlo do negativnog trenda u prirodnom prirastu. Na negativno prirodno kretanje ukazuje i vitalni indeks (broj živorođenih na 100 umrlih), koji iznosi 77,8.

Nadalje, sve više osoba odgađa brak radi karijere, nesređenog stambenog pitanja i općenito lošeg socijalnog stanja. Dob sklapanja braka dosegla je gotovo 30 godina, što je prikazano na Grafikonu 9.

Tablica 2. *Prirodno kretanje stanovništva u razdoblju 1950. – 2005.*

PRIRODNO KRETANJE STANOVNIŠTVA
NATURAL CHANGE IN POPULATION

	Živorodeni ¹⁾ <i>Live births¹⁾</i>			Umrli ²⁾ <i>Deaths²⁾</i>			Prirodni prirast <i>Natural increase</i>
	ukupno <i>Total</i>	djevojčice <i>Girls</i>	dječaci <i>Boys</i>	ukupno <i>Total</i>	žene <i>Women</i>	muškarci <i>Men</i>	
1950.	95 174	46 066	49 108	47 080	22 508	24 572	48 094
1960.	76 156	37 221	38 935	41 361	20 668	20 693	34 795
1970.	61 103	29 745	31 358	44 148	21 230	22 918	16 955
1980.	64 909	31 464	33 445	49 639	23 962	25 677	15 270
1990.	53 869	26 101	27 768	51 752	25 181	26 571	2 117
2000.	43 746	21 169	22 577	50 246	24 769	25 477	-6 500
2005.	42 492	20 742	21 750	51 790	25 724	26 066	-9 298

Izvor: Državni zavod za statistiku - DZS

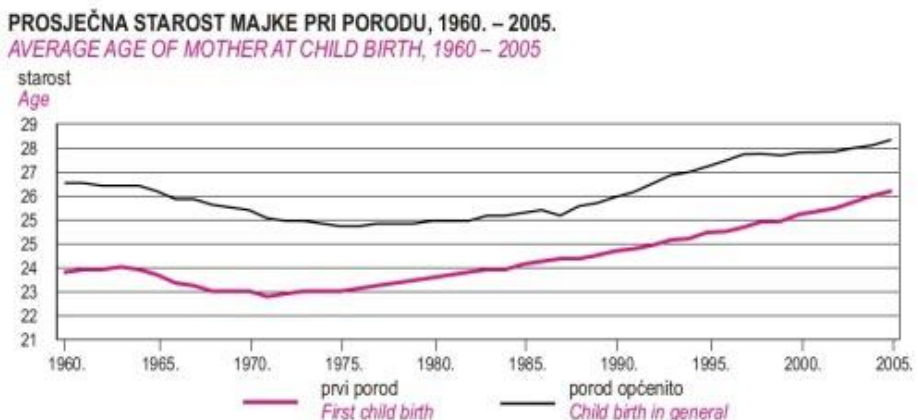
Grafikon 9. *Prosječna starost pri sklapanju prvog braka (1970. – 2005.)*



Izvor: DZS

Isto tako, žene rađaju sve kasnije. Prosječna dob rađanja prvog djeteta primiče se tridesetoj, što se nekad smatralo starom prvorotkom, a porod rizičnim. Ovo kretanje dobro je uočljivo na Grafikonu 10.

Grafikon 10. *Prosječna starost majke pri prvom porodu (1960. – 2005.)*



Izvor: DZS

Broj sklopljenih brakova prepolovio se u odnosu na broj stanovnika. To je dvostruko manje nego 1950. godine, kad je brak sklapalo 10 parova na 1.000 stanovnika. Dok je 1950. razvedeno tek 8 % sklopljenih brakova, danas se taj postotak uvećao skoro tri puta i porastao na 22 %. Podaci su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3. *Sklopljeni i razvedeni brakovi (1950. – 2005.)*

SKLOPLJENI I RAZVEDENI BRAKOV MARRIAGES AND DIVORCES				
	Sklopljeni brakovi <i>Marriages</i>		Razvedeni brakovi <i>Divorces</i>	
	ukupno <i>Total</i>	na 1 000 stanovnika <i>per 1 000 inhabitants</i>	ukupno <i>Total</i>	na 1 000 sklopljenih <i>On 1 000 marriages</i>
1950.	37 995	9,9	3 137	83
1960.	36 761	8,9	4 811	131
1970.	37 319	8,5	5 333	143
1980.	33 310	7,3	5 342	160
1990.	27 924	5,8	5 466	196
2000.	22 017	5,0	4 419	201
2005.	22 138	5,0	4 883	221

Izvor: DZS

Po broju razvedenih brakova prednjačimo u regiji i u području čitavog Mediterana. Nadmašili smo i Nizozemsku koja je poznata kao seksualno razuzdana zemlja. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku u 2014. godini sklopljen je 19.501 brak. Stopa sklopljenih brakova (sklopljeni brakovi na 1.000 stanovnika) iznosila je 4,6. Bilo je 6.570 pravomoćno razvedenih brakova. Broj razvedenih brakova na 1.000 sklopljenih u 2014. godini iznosio je 336,9.

Nakon ovih činjenica možemo pristupiti izučavanju pojedinih odredbi Obiteljskog zakona.

Ovim Zakonom uređuje se:

- brak
- odnosi roditelja i djece

- *posvojenje*
- *skrbništvo*
- *učinci izvanbračne zajednice žene i muškarca*
- *postupci nadležnih tijela u svezi s obiteljskim odnosima i skrbništvom.*

Uređenje obiteljskih odnosa temelji se na **načelima**:

(ukupno ima 8 načela)

- ravnopravnosti žene i muškarca,
- solidarnosti, uzajamnoga poštovanja i pomaganja svih članova obitelji,
- prvenstvene zaštite dobrobiti i prava djeteta,
- skrbničke zaštite,
- razmjerne i najblaže intervencije u obiteljski život,
- skrbničke zaštite djeteta bez roditeljske skrbi,
- sporazumnog rješavanja obiteljskih odnosa,
- žurnosti u rješavanju obiteljsko-pravnih stvari u vezi s djetetom.

Pretpostavke za sklapanje braka:

- *da su nevjesta i ženik osobe različita spola,*
- *da su izjavili svoj pristanak za sklapanje braka,*
- *da je brak sklopljen pred matičarom ili u vjerskom obliku.*

Treba uočiti činjenicu da je kod nas brak dopušten samo između osoba različita spola. Možda djeluju zbunjujuće izvješća u medijima o sklapanju istospolnih brakova – radi se o terminološkoj nepreciznosti.

Kod nas je Ustavom i ovim Zakonom dopušten isključivo brak između muškarca i žene, a spomenuti novinski napisi o istospolnim brakovima odnose se zapravo na životno partnerstvo zajednice obiteljskog života dviju osoba istog spola sklopljeno pred nadležnim tijelom.

Brak se sklapa u nazočnosti nevjeste i ženika, matičara i dvaju svjedoka. Svjedok pri sklapanju braka može biti svaka punoljetna i poslovno sposobna osoba.

U braku su bračni drugovi ravnopravni.

Dužni su jedan drugome biti vjerni, uzajamno se pomagati, međusobno se poštovati te održavati skladne bračne i obiteljske odnose.

Bračni drugovi sporazumno određuju mjesto stanovanja.

Sporazumno odlučuju o rađanju i podizanju djece.

Brak ne mogu međusobno sklopiti krvni srodnici u ravnoj lozi, a u pobočnoj lozi sestra i brat, polusestra i polubrat, dijete sa sestrom ili polusestrom, ili bratom, ili polubratom svojega roditelja, djeca sestara i braće te polusestara i polubraće.

Prigodom sklapanja braka nevjesta i ženik mogu se sporazumjeti:

- 1. da svako zadrži svoje prezime,*
- 2. da kao zajedničko prezime uzmu prezime jednog od njih,*
- 3. da kao zajedničko uzmu oba prezimena,*
- 4. da svaki od njih uz svoje prezime uzme i prezime bračnog druga i odluči koje će upotrebljavati na prvom, a koje na drugom mjestu.*

Prestanak braka

Do prestanka braka dolazi:

- smrću bračnog druga,*
- proglašenjem nestalog bračnog druga umrlim,*
- poništenjem braka,*
- rastavom braka.*

Brak prestaje poništajem ili razvodom kad presuda suda o poništaju ili razvodu braka postane pravomoćna.

Ako je nestali bračni drug proglašen umrlim, brak prestaje danom koji je pravomoćnom odlukom suda utvrđen kao dan smrti nestalog bračnog druga.

Sud će razvesti brak:

- 1. ako utvrdi da su bračni odnosi teško i trajno poremećeni, ili*
- 2. ako je od prestanka bračne zajednice protekla godina dana,*
- 3. ako oba bračna druga sporazumno zahtijevaju razvod braka.*

Posredovanje prije razvoda braka

Bračni drugovi koji imaju maloljetnu vlastitu ili posvojenu djecu dužni su prije pokretanja parnice za razvod braka podnijeti zahtjev za posredovanje centra za socijalnu skrb na čijem su području imali zajedničko prebivalište.

Nadležni centar provest će postupak posredovanja u kojem će nastojati ukloniti uzroke koji su doveli do poremećaja odnosa, odnosno, ukoliko se bračni drugovi ne pomire, postići sporazum s kim će dijete živjeti. Ukoliko se roditelji ne dogovore ili dogovor ne odgovara interesima djeteta, centar za socijalnu skrb će po službenoj dužnosti odlučiti s kim će dijete živjeti.

Djetetovom majkom smatra se žena koja ga je rodila. Ova odredba isključuje kod nas mogućnost tzv. surogat majke. Dakle, nije moguće da žena ponudi svoje tijelo kao prirodni inkubator za tuđi zametak kako bi se rodilo dijete koje genetski nema s njom nikakve veze (izvantjelesno oplodena jajna stanica druge žene).

Očinstvo se može utvrditi:

1. presumpcijom bračnog očinstva

Djetetovim ocem smatra se majčin muž ako je dijete rođeno za vrijeme trajanja braka ili tijekom tristo dana od prestanka braka.

2. priznanjem (priznanje očinstva je neopozivo)

3. sudskom odlukom.

Roditelji su dužni skrbiti o životu i zdravlju djeteta.

Dijete ne smije biti podvrgnuto ponižavanju, duševnom i tjelesnom nasilju, odnosno zlostavljanju.

Dijete je dužno poštovati svoje roditelje i pomagati im, te biti obzirno prema članovima obitelji.

Osobna prava djeteta

(1) Dijete ima pravo na skrb za život i zdravlje.

(2) Dijete ima pravo na sigurnost i odgoj u obitelji primjeren svojim

tjelesnim, psihološkim i drugim razvojnim potrebama.

(3) Dijete ima pravo živjeti sa svojim roditeljima, a ako roditelji žive razdvojeno, dijete ima pravo na roditeljsku skrb obaju roditelja.

(4) Dijete ima pravo na ostvarivanje osobnih odnosa s roditeljima i drugim bliskim osobama s kojima ne stanuje, kao i pravo na informaciju o važnim okolnostima u vezi s roditeljima i drugim bliskim osobama, sukladno odredbama ovoga Zakona.

(5) Dijete ima pravo na izbor obrazovanja i zanimanja i pravo na zapošljavanje u skladu sa svojim sposobnostima i svojom dobrobiti. U slučaju potrebe, centar za socijalnu skrb poduzet će mjere radi zaštite prava i dobrobiti djeteta:

- upozorenjem roditelja na pogreške i propuste*
- određivanjem nadzora nad roditeljskom skrbi*
- oduzimanjem prava roditelju da živi sa svojim djetetom*
- upućivanje djeteta u ustanovu socijalne skrbi*
- pokretanjem postupka na sudu za oduzimanje roditeljske skrbi.*

Posvojenje

Posvojenje je oblik zaštite maloljetnika bez roditeljske skrbi, punoljetnih osoba koje nisu sposobne brinuti se o sebi i osoba koje nisu iz drugih razloga u mogućnosti štiti svoja prava i interese.

Posvojiti se može dijete do 18. godine života!

Pod skrbništvo će se staviti maloljetna osoba čiji su roditelji:

- umrli, nestali, nepoznati*
- lišeni poslovne sposobnosti*
- odsutni ili spriječeni i nisu u mogućnosti brinuti o svojem djetetu*

Posvojiti ne može osoba:

- 1. koja je lišena roditeljske skrbi,*
- 2. koja je lišena poslovne sposobnosti,*
- 3. čije dosadašnje ponašanje i osobine upućuju na to da nije poželjno povjeriti joj roditeljsku skrb o djetetu.*

Pojam skrbništva:

Skrbništvo je oblik zaštite djece bez roditeljske skrbi, odraslih osoba lišenih poslovne sposobnosti i osoba koje nisu iz drugih razloga u mogućnosti štiti svoja prava i interese.

Pod skrbništvo staviti će se maloljetna osoba čiji su roditelji:

- 1. umrli, nestali, nepoznati ili su najmanje mjesec dana nepoznatog boravišta,*
- 2. lišeni poslovne sposobnosti,*
- 3. lišeni roditeljske skrbi,*
- 4. maloljetni, a nisu stekli poslovnu sposobnost,*
- 5. odsutni ili spriječeni i nisu u mogućnosti brinuti se o svojem djetetu, a nisu ga povjerali na čuvanje i odgoj osobi koja ispunjava uvjete za skrbnika ili*
- 6. dali pristanak za posvojenje djeteta.*

Skrbništvo ili roditeljska skrb za punoljetne osobe

Odrasla osoba stavlja se pod skrbništvo nakon što joj nadležni sud djelomice ili u potpunosti oduzme poslovnu sposobnost.

Razlozi za oduzimanje poslovne sposobnosti jesu:

- mentalno oštećenje
- psihička bolest
- ovisnost o opojnim sredstvima
- senilnost.

To su razlozi uslijed kojih se odrasla osoba nije u mogućnosti brinuti o svojim potrebama, pravima i interesima.

Uzdržavanje

Uzdržavanje je dužnost i pravo roditelja i djece, bračnih i izvanbračnih drugova i srodnika u ravnoj lozi kada je to predviđeno ovim Zakonom.

Roditelji su dužni uzdržavati svoju maloljetnu djecu, a ako se oni redovito školuju dužni su ih uzdržavati i nakon punoljetnosti (do navršene 26. godine života). *Ako roditelji ne ispunjavaju svoju obvezu*

uzdržavanja djeteta dulje od tri mjeseca, centar za socijalnu skrb može, ako ocjeni da je uzdržavanje ugroženo, poduzeti mjere da se osiguraju sredstva za privremeno uzdržavanje djeteta.

Uzdržavanje bračnog druga

Bračni drug koji nema dovoljno sredstava za život ili ih ne može ostvariti iz svoje imovine, a nije sposoban za rad ili se ne može zaposliti, ima pravo na uzdržavanje od svoga bračnog druga.

Bračni drugovi mogu imati bračnu stečevinu i vlastitu imovinu.

Bračna stečevina je imovina koju su bračni drugovi stekli radom za vrijeme trajanja bračne zajednice ili potječe iz te imovine.

Bračni drugovi su u jednakim dijelovima suvlasnici u bračnoj stečevini, ako nisu drukčije ugovorili.

ZAKON O RAVNOPRAVNOSTI SPOLOVA

(NN 82/2008)

Poznata nam je činjenica da je kroz povijest žena gotovo redovito bila u podređenom položaju u odnosu na muškarca. To se ogledalo u različitim područjima obiteljskog i društvenog života. U mnogim razvijenim demokratskim državama žene nisu imale pravo glasa, tako reći, donedavno. Osim ovog formalnog pokazatelja jednakosti žena u pogledu izbornog prava, i dalje postoji nejednakost u zastupljenosti žena u svim strukturama političkog života. Nejednakost je još uvijek prisutna i u pogledu mogućnosti zapošljavanja, u visini plaće za isti posao i za istu razinu obrazovanja, u poslovnom napredovanju, u dodatnoj edukaciji kroz rad, te u još brojnim drugim prilikama. Svako moderno demokratsko društvo među svoja temeljna načela uključuje ravnopravnost spolova. Ovim Zakonom Hrvatska se deklarira kao moderna demokratska država koja nastoji i zakonodavno izjednačiti prava obaju spolova, ističući njihovu ravnopravnost u svakom pogledu.

Međutim, bez obzira na deklarativno iskazano opredjeljenje o jednakosti spolova, još je uvijek nejednakost prisutna u svakodnevnom životu. Još uvijek će poslodavci radije zaposliti muškarca negoli ženu koja planira imati obitelj i roditi, trudnicu, ili pak ženu s malom djecom. Ponekad poslodavci postavljaju nedopuštena pitanja kandidatkinjama za određeni posao, poput: *jeste li udani, imate li djecu, kanite li još rađati, jeste li spremni ostajati na poslu i nakon završetka radnog vremena* i sl., a da ne govorimo o pitanjima koja se odnose na slobodu vjerskog opredjeljenja i vjeroispovijesti. Imajući na umu trenutno stanje u našoj zemlji u pogledu još uvijek postojeće nejednakosti spolova, treba sagledavati odredbe ovog Zakona i pridržavati ih se u potpunosti, kako bi se ispravila povijesna nepravda u društvenom položaju žena koje se još nismo oslobodili.

Ovim se Zakonom utvrđuju opće osnove za zaštitu i promicanje ravnopravnosti spolova kao temeljne vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske, te definira i uređuje način zaštite od diskriminacije na temelju spola i stvaranje jednakih mogućnosti za žene i muškarce.

Nitko ne smije trpjeti štetne posljedice zbog toga što je kao svjedok ili žrtva diskriminacije na temelju spola dao iskaz pred nadležnim tijelom ili upozorio javnost na slučaj diskriminacije.

Ravnopravnost spolova znači da su žene i muškarci jednako prisutni u svim područjima javnog i privatnog života, da imaju jednak status, jednake mogućnosti za ostvarivanje svih prava, kao i jednaku korist od ostvarenih rezultata.

Diskriminacija na temelju spola označava svaku razliku, isključenje ili ograničenje učinjeno na osnovi spola kojemu je posljedica ili svrha ugrožavanje ili onemogućavanje priznanja, uživanja ili korištenja ljudskih prava i osnovnih sloboda u političkom, gospodarskom, društvenom, kulturnom, građanskom ili drugom području na osnovi ravnopravnosti muškaraca i žena, obrazovnom, ekonomskom, socijalnom, kulturnom, građanskom i svakom drugom području života.

Zabranjuje se diskriminacija na temelju bračnog i obiteljskog statusa. Nepovoljnije postupanje prema ženama na osnovi trudnoće i materinstva smatra se diskriminacijom.

Zabranjuje se diskriminacija na temelju spolne orijentacije.

Uznemiravanje je svako neželjeno ponašanje uvjetovano spolom osobe, koje ima za cilj ili koje stvarno predstavlja povredu osobnog dostojanstva i koje stvara neugodno, neprijateljsko, ponižavajuće ili uvredljivo okruženje. Uznemiravanje i spolno uznemiravanje predstavljaju diskriminaciju.

Spolno uznemiravanje je svako neželjeno verbalno, neverbalno ili fizičko ponašanje spolne naravi, koje ima za cilj ili predstavlja povredu osobnog dostojanstva, a posebice ako stvara neugodno, neprijateljsko, ponižavajuće ili uvredljivo okruženje.

Diskriminacija na području zapošljavanja i rada zabranjena je u javnom i privatnom sektoru, uključujući državna tijela, u odnosu na:

- 1. uvjete za zapošljavanje, samozapošljavanje ili obavljanje zanimanja, uključujući kriterije i uvjete za izbor kandidata/kinja za radna mjesta, u bilo kojoj grani djelatnosti i na svim razinama profesionalne hijerarhije,*
- 2. napredovanje na poslu,*
- 3. pristup svim vrstama i stupnjevima školovanja, profesionalne orijentacije, stručnog usavršavanja i osposobljavanja, dokvalifikacije i prekvalifikacije,*
- 4. uvjete zaposlenja i rada, sva prava iz rada i na temelju rada, uključujući jednakost plaća za jednaki rad i rad jednake vrijednosti,*
- 5. članstvo i djelovanje u udrugama radnika ili poslodavaca ili u bilo kojoj drugoj profesionalnoj organizaciji, uključujući povlastice koje proizlaze iz tog članstva,*
- 6. usklađivanje profesionalnog i privatnog života,*
- 7. trudnoću, porod, roditeljstvo i sve oblike skrbnništva.*

OBRAZOVANJE

Ustanove kojima je obrazovanje primarna djelatnost sustavno će provoditi mjere osiguravanja jednakog pristupa obrazovanju na svim razinama te aktivnosti vezane za stručno usavršavanje i napredovanje u zvanja radnika/ica u odgoju i obrazovanju.

POLITIČKE STRANKE

Političke stranke dužne su poštivati načelo ravnopravnosti spolova i voditi računa o uravnoteženoj zastupljenosti žena i muškaraca na izbornim listama.

Mediji će kroz programske sadržaje, programske osnove, programska usmjerenja i samoregulacijske akte promicati razvoj svijesti o ravnopravnosti žena i muškaraca.

Zabranjeno je javno prikazivanje i predstavljanje žena i muškaraca na uvredljiv, omalovažavajući ili ponižavajući način, s obzirom na spol i spolnu orijentaciju.

STATISTIČKI PODACI

Svi statistički podaci i informacije o osobama koji se prikupljaju, evidentiraju i obrađuju u tijelima državne vlasti, tijelima jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravnim i fizičkim osobama koje obavljaju djelatnost u skladu s propisima, moraju biti iskazani po spolu.

OSIGURANJE PROVEDBE ZAKONA

1. Ured za ravnopravnost spolova
2. neovisno tijelo za suzbijanje diskriminacije u području ravnopravnosti spolova (pravobraniteljica za zaštitu spolova)
3. koordinator/ice u tijelima državne uprave (u tijelima državne uprave)
4. povjerenstva za ravnopravnost spolova (u jedinicama lokalne samouprave).

PREKRŠAJNE ODREDBE

Tko s ciljem prouzročenja straha drugoga ili stvaranja neprijateljskog, ponižavajućeg ili uvredljivog okruženja na temelju razlike u spolu, bračnom ili obiteljskom statusu, ili spolnoj orijentaciji povrijedi njegovo dostojanstvo, kaznit će se za prekršaj novčanom kaznom od 5.000 do 30.000 kuna.

ZAKON O ŽIVOTNOM PARTNERSTVU OSOBA ISTOG SPOLA

(NN 92/14)

Istospolne zajednice nisu izmišljotina novije ljudske povijesti. Iz povijesti nam je poznato da su oduvijek postojali neki oblici istospolnih zajednica. Ponekad su te zajednice bile neformalne, a ponekad prihvaćene u društvu kao posve normalne. Čak su se ponekad smatrale društveno prestižnim oblikom veze.

Tako je u vrijeme dinastije Ming u južnoj Kini postojao običaj ugovorne veze između starije žene udovice i mlade djevojke. Veza je bivala ugovorno formalizirana. Ponekad su u takve veze ulazili i stariji muškarci s mlađima. Taj običaj nije bio vezan samo za drevnu Kinu, već se susreće i u nekim europskim pokrajinama u davnoj prošlosti.

Istospolna zajednica formalizirana u bračnu vezu poznata je još u Rimskom Carstvu. Tako se car Neron navodno vjenčao s jednim od svojih muških robova. Međutim, temeljem odredbi rimskog prava dopuštenje za brak – *conubium* – mogao je dobiti samo rimski građanin kako bi se oženio rimskom građankom. U tom smislu brak između dvojice muškaraca formalno nije bio moguć, izuzev u slučajevima prohtjeva rimskog cara. Dakle, može se zaključiti da su istospolne zajednice postojale i u starom Rimu, ali bez pravne utemeljenosti. Koliko su takve zajednice bile učestale, može se samo nagađati. Očito

nisu bile rijetka pojava, što se može povezati s činjenicom da su u 4. st. kršćanski carevi Konstancije II. i Konstans I. objavili zakon kojim se zabranjuju homoseksualni odnosi u Rimu, a za prekršitelje je predviđena smrtna kazna.

Ostaje zabilježeno da su se u Španjolskoj 16. travnja 1061. godine vjenčala dvojica muškaraca. Vjenčanje se obavilo kao crkveni obred, što potvrđuje dokument pronađen u samostanu San Salvador de Celanova.

Pravni poreci modernih demokracija kao svoju temeljnu vrijednost postavljaju prava osoba-pojedinaca, dok je smisao, glavna ideja i cilj takvih poredaka stvaranje adekvatne društvene sredine za potpuni i slobodan razvoj svakog pojedinca. Neometani razvoj nečije osobnosti nedvojbeno uključuje jedno od najintimnijih područja života – ljubav i seksualnost, tj. nečiju seksualnu orijentaciju.

Prva država na svijetu koja je uvela istospolne brakove 2001. godine bila je Nizozemska. Nakon toga slijedi priznavanje takvih brakova u drugim državama i to: Belgiji (2003.), Španjolskoj (2005.), Kanadi (2005.), Južnoafričkoj Republici (2006.), Norveškoj (2009.), Švedskoj (2009.), Portugalu (2010.), Islandu (2010.), Argentini (2010.), Danskoj (2012.) i Francuskoj (2013.). U čitavom Meksiku priznat je istospolni brak. Trenutno u svijetu na područjima na kojima je dozvoljen istospolni brak živi 4 % ukupnog svjetskog stanovništva (250 milijuna ljudi). Od 50 država u Europi njih 28 zakonski priznaje neki oblik istopolnih zajednica. Među njima je i većina članica Europske unije. Brak je legaliziran u Belgiji, Danskoj, Finskoj, Francuskoj, Nizozemskoj, Irskoj, Islandu, Luksemburgu, Norveškoj, Portugalu, Španjolskoj, Švedskoj i u dijelovima Ujedinjenog Kraljevstva. Još 15 drugih država priznaje građanske zajednice, registrirano partnerstvo ili neregistriranu kohabitaciju.

U Europskoj uniji istopolni brakovi imaju najveću podršku među građanima i građankama Nizozemske (82 %), Švedske (71 %), Danske (69 %), Španjolske (66 %), Belgije (65 %), Luksemburga (58 %), Njemačke (52 %) i Češke (52 %). Međutim, druga istraživanja pokazuju da podrška u Njemačkoj i Francuskoj iznosi između 54 % i 65 %, kao i da podrška u Ujedinjenom Kraljevstvu iznosi 61 %. Nešto manje od polovine građana Europske unije odobrava istospolne brakove.

A kakvo je stanje u pogledu istospolnih zajednica ili brakova u Hrvatskoj? Hrvatski Sabor je već 2003. godine donio Zakon o istospolnim zajednicama imajući u vidu članak 88. Ustava Republike Hrvatske. *Ovim se Zakonom uređuje istospolna zajednica i pravni učinci postojanja te zajednice. Istospolna zajednica, u smislu ovoga Zakona, je životna zajednica dviju osoba istog spola koje nisu u braku, izvanbračnoj ili drugoj istospolnoj zajednici, a koja traje najmanje tri godine te koja se temelji na načelima ravnopravnosti partnera, međusobnog poštovanja i pomaganja, te emotivnoj vezanosti partnera. Ujedno se zabranjuje svaka diskriminacija, izravna i neizravna, na osnovi istospolne zajednice kao i činjenice homoseksualne orijentacije.*

Zadnjom promjenom Ustava RH iz 2013. godine uređeno je da se brak može sklopiti isključivo između osoba različitih spolova. Stoga je 2014. godine donesen Zakon o životnom partnerstvu osoba istog spola.

I ovaj Zakon (kao i onaj iz 2003.) *definira da je životno partnerstvo zajednica obiteljskog života dviju osoba istog spola sklopljena pred nadležnim tijelom.* Ukoliko nije sklopljen, tada se radi o neformalnom životnom partnerstvu.

NAČELA su ostala ista onima u ranijem Zakonu:

- 1. životno partnerstvo zasniva se na načelima ravnopravnosti, međusobnom poštovanju dostojanstva, međusobnom pomaganju i uvažavanju životnih partnera,*
- 2. zabranjen je svaki oblik nasilja u zajednici obiteljskog života,*
- 3. zabranjen je svaki oblik diskriminacije.*

PRETPOSTAVKE za sklapanje životnog partnerstva jesu:

- 1. da su osobe koje namjeravaju sklopiti životno partnerstvo istog spola*
- 2. da su osobe izjavile svoj pristanak za sklapanje životnog partnerstva*
- 3. da je životno partnerstvo sklopljeno pred matičarom*
- 4. da su osobe navršile osamnaest godina života.*

U ovom Zakonu navode se prava životnih partnera, koja su uglavnom identična pravima bračnih partnera. Primjerice, pravo na nasljeđivanje, *pri čemu je životni partner u pravu nasljeđivanja izjednačen s bračnim drugom, a djeca nad kojom ima partnersku skrb izjednačena s njegovom djecom.*

Položaj životnih partnera u mirovinskom osiguranju izjednačen je s onim koji ostvaruju bračne zajednice.

Položaj životnih partnera u sustavu socijalne skrbi izjednačen je s onim koji je pružen bračnim zajednicama.

Status u obveznom zdravstvenom osiguranju životnih partnera izjednačen je s onim koji je pružen bračnim zajednicama.

Prava koja su općim propisom o radu i svim njime propisanim izvorima prava iz radnog odnosa osigurana, bračnim drugovima, zajamčena su i životnim partnerima.

Javnopravni status životnih partnera koji se odnosi na stjecanje državljanstva, slobodu kretanja i boravka i međunarodnu zaštitu, dopušteno je mijenjati posebnim zakonima, poštujući pritom jamstvo

zabrane nepovoljnijeg postupanja prema životnim partnerstvima glede obveza, prava ili povlastica koje su pružene bračnim zajednicama.

Ovim se Zakonom Republika Hrvatska izjednačila s većinom drugih europskih zemalja, poštujući visoke kriterije zaštite prava svake osobe, bez obzira na njezinu spolnu orijentaciju.

Zajednička izjava Pučkog pravobranitelja i Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova

Ova izjava dovoljno govori o stanju prava i jednakosti osoba drugačije spolne orijentacije, pa je prilično ilustrativna u pogledu prikaza stanja u našoj zemlji. Sve je počelo izjavom saborskog zastupnika i visokog dužnosnika stranke: „Ne želimo da nam homoseksualci hodaju po poljani.“ Ta je izjava neprihvatljiva, predstavlja primjer izražavanja netrpeljivosti i diskriminacije na temelju seksualne orijentacije.

Takva izjava ne samo da je kršenje temeljnih vrijednosti Izbornog etičkog kodeksa, nego je i javno poticanje na diskriminaciju, što je zabranjeno Zakonom o suzbijanju diskriminacije i Zakonom o ravnopravnosti spolova.

Stoga posebno zabrinjava činjenica da ispad netrpeljivosti i poticanja na neravnopravnost nije ni ovog puta naišao na trenutačnu osudu i ograđivanje sudionika ovog stranačkog skupa niti je takva osuda uslijedila naknadno.

Prvi *Split Pride* rezultirao je govorom mržnje i mržnjom motiviranim nasiljem te naknadnim homofobnim izjavama u medijima koje takvo nasilje odobravaju.

Pučki pravobranitelj kao središnje tijelo nadležno za suzbijanje diskriminacije osuđuje ovo nasilje i govor mržnje te naglašava da ovdje nije riječ o pitanju svjetonazora i slobode govora ili uvjerenja, nego o pitanju elementarnog poštivanja zakona.

Split Pride je u skladu sa zakonom prijavljen i organiziran skup putem kojeg građani, koristeći se Ustavom garantiranim ljudskim pravima i

slobodama, slobodom javnog okupljanja i slobodom izražavanja, pozivaju na zaštitu od diskriminacije, pri čemu je diskriminacija temeljem spolne orijentacije zabranjena hrvatskim zakonima. S druge strane, *anti-Split Pride* prosvjednici svoj skup nisu najavili, a njihovo je okupljanje bilo sve samo ne provedeno u skladu sa zakonom, s obzirom na to da je, prema zasad dostupnim informacijama, počinjen cijeli niz prekršaja, ali i kaznenih djela.

ZAKON O ZAŠTITI OD NASILJA U OBITELJI (NN 137/09, 14/10, 60/10)

Ovim Zakonom određuje se:

- *pojam nasilja u obitelji,*
- *krug osoba koje se smatraju članovima obitelji,*
- *način zaštite članova obitelji,*
- *vrste i svrha prekršajnopравnih sankcija.*

Prema izvješću MUP-a, u RH se svakog mjeseca prijavi oko 1200 slučajeva nasilja nad ženama. Od toga je oko 70 kaznenih prijava, a zbog nasilja smrtno stradaju jedna do dvije žene. Možemo li smanjiti ove brojke?

Obitelj čine:

- *žena i muškarac u braku, njihova zajednička djeca te djeca svakog od njih,*
- *žena i muškarac u izvanbračnoj zajednici, djeca svakog od njih i njihova zajednička djeca,*
- *srodnici po krvi u ravnoj lozi bez ograničenja,*
- *srodnici po krvi u pobočnoj lozi zaključno s trećim stupnjem,*
- *srodnici po tazbini zaključno s drugim stupnjem u bračnoj i izvanbračnoj zajednici,*
- *osobe koje imaju zajedničku djecu,*

- *skrbnik i štíćenik,*
- *udomitelj, korisnik smještaja u udomiteljskoj obitelji.*

Da pojasnimo neke pojmove vezane za srodstvo.

Srodstvo je odnos između dviju ili više osoba zasnovan na međusobnoj vezi koja može biti biološke, sociološke ili pravne prirode.

Postoji nekoliko vrsta srodstva: *krvno srodstvo* – biološke je prirode i temelji se na krvnoj vezi; *tazbinsko srodstvo* ili *svojta* – sociološko-pravne je prirode, a radi se o odnosu između neke osobe i srodnika njezina bračnog druga. Očito, za tazbinsko srodstvo ključno je postojanje braka; *građansko srodstvo* ili *srodstvo po posvojenju* temelji se na posvojenju.

Uspravnu liniju čine osobe koje potječu jedna od druge, odnosno preci (*ascendenti*) i potomci (*descendenti*): pradjed – djed – otac – sin – unuk – praunuk. Pobočnu liniju (naziva se još i kolateralnom linijom) čine osobe koje ne potječu jedna od druge, već imaju zajedničkog pretka: braća, stric – nećak, bratići, itd.

Nasilje u obitelji

Nasilje u obitelji jest svaki oblik tjelesnog, psihičkog, spolnog ili ekonomskog nasilja, a osobito:

- *svaka primjena fizičke sile ili psihičke prisile,*
- *svako postupanje člana obitelji koje može prouzročiti fizičku ili psihičku bol,*
- *prouzročenje osjećaja straha, osobne ugroženosti ili povrede dostojanstva,*
- *fizički napad, bez obzira je li nastala povreda,*
- *verbalni napadi, vrijeđanje, psovanje, nazivanje pogrđnim nazivima i drugo grubo uznemiravanje,*
- *spolno uznemiravanje,*
- *uhodjenje i svi drugi načini uznemiravanja,*

- ograničavanje slobode kretanja ili komunikacije,
- oštećenje ili uništenje imovine ili pokušaj toga,
- ekonomsko nasilje.

Osim bračnog partnera, nasilju su često izložena djeca.

Po službenoj dužnosti nasilje mora prijaviti svaki:

- zdravstveni djelatnik
- djelatnik socijalne skrbi
- psiholog
- socijalni radnik
- socijalni pedagog
- djelatnik odgojno-obrazovne ustanove.

Sud izriče:

- zaštitne mjere
- novčanu kaznu
- kaznu zatvora.

ZAŠTITNE MJERE

- obvezatan psihosocijalni tretman
- zabrana približavanja žrtvi nasilja
- zabrana uznemiravanja ili uhođenja osobe izložene nasilju
- udaljenje iz stana, kuće ili nekog drugog prostora
- obvezno liječenje od ovisnosti
- oduzimanje predmeta kojim je počinjen prekršaj.

Izricanje zaštitnih mjera

Izriču se na zahtjev:

- osobe izložene nasilju
- policije
- po službenoj dužnosti.

Trajanje zaštitne mjere: od 1 mjesec do 2 godine.

Prekršajne odredbe:

- novčana kazna od 1.000 do 10.000 kuna, ili do 60 dana zatvora
- za ponovno nasilje najmanje 5.000 kuna (> 15 dana)
- ako je počinjeno pred djetetom: najmanje 6.000 kuna ili najmanje 30 dana zatvora

ZAKON O SUDOVIMA ZA MLADEŽ (NN 111/97; 84/11; 143/12; 148/13; 56/15)

Zbog socijalne nezrelosti i psihološke specifičnosti, maloljetnicima i mlađim punoljetnicima sudi se temeljem posebnog Zakona o sudovima za mladež. Njima sude sudovi za mladež u kojima su posebno educirani suci, dok su porotnici osobe koje su profesionalno vezane za rad s mladima. Cilj je svake presude djelovati preventivno i zaštitno na mladu osobu kojoj se izriče neka sudska mjera. Mjere koje se izriču mladima blaže su u odnosu na mjere koje se za isto djelo izriču odraslim osobama. Pretežito se to odnosi na učestalo izricanje odgojnih mjera kojih je veći broj. Potom su ovdje sigurnosne mjere, a tek se na kraju izriče mjera maloljetničkog zatvora. I ovdje treba uočiti nastojanje zakonodavca da i u slučaju izricanja najteže kazne mlada osoba ne dođe pod utjecaj odraslih osoba koje se nalaze u zatvoru zbog moguće sličnih kaznenih djela. Na taj se način želi djelovati preventivno na mlade osobe tako da ih se preodgojem unutar zatvorskog sustava vrati u normalan građanski život. U tom smislu mladi koji moraju izdržavati kaznu zatvora borave u posebnim odjelima maloljetničkog zatvora, bez mogućnosti doticaja s drugim osuđenima koji bi mogli na njih djelovati negativno.

Kakva je ozbiljnost maloljetničke delinkvencije i koje su njezine osobitosti prikazano je u nedavno objavljenom istraživanju autorice ovog udžbenika. U tom istraživanju obrađeni su statistički podaci o

kretanju i karakteristikama maloljetničke delinkvencije u Republici Hrvatskoj. Podaci se odnose na prijavljene, optužene i osuđene maloljetne osobe, spolnu strukturu delinkvenata, vrste kaznenih djela koje su počinili, na vrste odluka u kaznenom postupku te na vrste izrečenih sankcija. Razmatrani su dostupni podaci o obiteljskim prilikama kod maloljetnih delinkvenata i ranije osude zbog izvršenja kaznenog djela. Podaci se odnose na razdoblje od 1993., odnosno 2003. do 2012. godine, dok se dio podataka odnosi na posljednje dostupne za 2012. godinu. Tijekom promatranog razdoblja (1993.-2012.) u Republici Hrvatskoj godišnje je prijavljeno prosječno 2.500 delinkvenata. Polovica ih je bila optužena, a osuđeno je 20 % od prijavljenih. Sve je manji udio optuženih i osuđenih delinkvenata u odnosu na broj onih protiv kojih je policija podnijela prijavu nadležnom odvjetništvu. Uočava se kontinuirani porast broja prijavljenih s porastom životne dobi. Kod osoba muškog spola najintenzivnija je delinkventna aktivnost u osamnaestoj godini života. Prosječna godišnja incidencija prijavljenih maloljetnih delinkvenata iznosi 12,7/1.000. Maloljetnici najčešće čine kaznena djela protiv imovine (57,5 %). Među izrečenim sankcijama prevladava mjera pojačane brige i nadzora (43,1 %) i mjera upozorenja (34,3 %). Od 626 osuđenih delinkvenata u 2012. godini, njih 55 bilo je već ranije osuđivano zbog izvršenja nekog kaznenog djela, što znači da je u Hrvatskoj stopa recidivizma 8,8 %. Pritom je 43,6 % recidivista osuđivano zbog istovrsnog kaznenog djela a 38,2 % zbog nekog drugog kaznenog djela. Delinkventi najčešće žive s oba roditelja (65,5 %), s majkom živi njih 22,1 %, dok s ocem živi svega 5,3 %.

Maloljetnik je osoba koja je u vrijeme počinjenja djela navršila 14, a nije navršila 18 godina života.

Mlađi punoljetnik jest osoba s navršenih 18, a nenavršenom 21 godinom života.

Vrste sankcija predviđene za maloljetnike:

– odgojne mjere,

- maloljetnički zatvor,
- sigurnosne mjere.

ODGOJNE MJERE

- *sudski ukor,*
- *posebne obveze,*
- *upućivanje u disciplinski centar,*
- *pojačana briga i nadzor,*
- *pojačana briga i nadzor uz dnevni boravak u odgojnoj ustanovi,*
- *upućivanje u odgojnu ustanovu,*
- *upućivanje u odgojni zavod,*
- *upućivanje u posebnu odgojnu ustanovu.*

U Zakonu za mladež temeljitije su obrađene odgojne mjere. Ovdje je naglasak na posebnim obvezama koje se izriču prekršiteljima. Primjerice, sud može naložiti maloljetniku da se ispriča oštećeniku, da se podvrgne odvikavanju od droge, odrediti mu odlazak u savjetovalište, uključivanje u humanitarni rad do 120 sati i sl. Odgojne se mjere najčešće izriču.

MALOLJETNIČKI ZATVOR

Ova se mjera može izreći starijem maloljetniku za kazneno djelo za koje je u zakonu propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna. Ne može biti kraći od šest mjeseci niti dulji od pet godina.

SIGURNOSNE MJERE

Sigurnosna mjera obveznog psihosocijalnog tretmana i zabrane približavanja može biti izrečena samo uz zavodsku odgojnu mjeru ili kaznu maloljetničkog zatvora, a zabrana upravljanja motornim vozilom samo prema starijem maloljetniku.

Sigurnosne mjere su i one obveznog psihijatrijskog liječenja i obveznog liječenja od ovisnosti.

U kaznenim predmetima za maloljetnike sude sudovi za mladež. Suci porotnici za mladež imenuju se iz redova profesora, učitelja, odgajatelja i drugih osoba koje imaju iskustva u odgoju mladih osoba. Kada se utvrdi da osoba u vrijeme počinjenja kaznenog djela nije navršila 14 godina života (dijete), kazneni će se postupak obustaviti i podaci o djelu i počinitelju dostaviti centru za socijalnu skrb.

ZAKON O HRVATSKOM REGISTRU O OSOBAMA S INVALIDITETOM (NN 64/01)

Ranjive skupine jesu skupine s povećanim rizikom ranjivosti, i osjetljivosti te skupine koje su podložne utjecaju okoline. Ovima pripadaju invalidne osobe, osobe ometene u psihofizičkom razvoju, umno zaostale osobe, osobe s PTSP-om, ali i djeca bez roditeljske skrbi, kronično bolesne osobe te starije nemoćne osobe. Dakle, ranjivim skupinama pripadaju svi oni koji na bilo koji način ne mogu normalno funkcionirati u svakidašnjem životu. Ta stanja često se mogu opisati sindromom 4N (Nepokretnost, Nestabilnost, Nesamostalnost, Nekontrolirano mokrenje). Bilo koji N iz sindroma može uzrokovati domino efekt i na taj način dovesti do funkcionalne nesposobnosti koja je upravo i glavni razlog traženja profesionalne pomoći.

Osoba s invaliditetom ima svuda u svijetu i na svim društvenim razinama. Prema procjenama Ujedinjenih naroda, invaliditet je mnogo rašireniji nego što se inače misli: od deset stanovnika svake zemlje bar je jedan osoba s invaliditetom, što čini oko 450 milijuna ljudi u svijetu. U Hrvatskoj je prema popisu stanovništva iz 2001. godine bilo 423.891 osoba s invaliditetom (10 % od ukupne populacije). Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, sa stanjem na dan 30. lipnja 2012. godine, ukupan broj osoba koja svoja invalidska prava ostvaruju preko spomenutog resora iznosi 335.077, od čega su 200.736

muškarci (60 %) i 134.341 žene (40 %), s time da je najviše osoba – njih 57% – u radno aktivnoj dobi (20-64 godine).

Što se tiče prebivališta, najveći je broj osoba u Gradu Zagrebu te u Splitsko-dalmatinskoj županiji. U spomenutim područjima živi oko trećina osoba koje svoja invalidska prava ostvaruju preko Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje.

Prema postotku tjelesnog oštećenja najviše je osoba sa 70 % i 30 % oštećenja, s tim da je postotak tjelesnog oštećenja određen za približno 38 % osoba. Obradeni su i podaci o najčešćim MKB dijagnozama uzroka invaliditeta ili komorbiditetnih dijagnoza koje pridonose funkcionalnom oštećenju osobe te uzrocima tjelesnih oštećenja.

Dorzopatije (M50-M54), depresivne epizode (F32, F33) te hipertenzija i hipertenzivna bolest srca (I10, I11) najčešći su uzroci invaliditeta ili komorbiditetne dijagnoze koje pridonose funkcionalnom oštećenju osobe označenih MKB šifrom, dok su najčešći uzroci tjelesnih oštećenja potpuni gubitak funkcije jednog segmenta cervikalne regije i lumbalne regije te ograničena pokretljivost zglobova kuka.

Zakonom o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom uređuje se način prikupljanja podataka o uzroku, vrsti, stupnju i težini oštećenja zdravlja osoba s invaliditetom, način obrade i korištenja podataka te zaštita podataka o osobama s invaliditetom.

Navedeni podaci vode se u Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom koji vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Definicije

Osoba s invaliditetom jest osoba koja ima trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi, nastale kao posljedica oštećenja zdravlja.

Oštećenje zdravlja jest nedostatak, gubitak ili nepravilnost anatomske građe, fiziološke ili psihičke funkcije.

Invaliditet je trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak (što proizlazi iz oštećenja zdravlja) sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili

psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života.

Hendikep je stanje koje proizlazi iz nekoga trajnog oštećenja ili invaliditeta, ograničavajući ili sprečavajući izvršenje uobičajenih aktivnosti u svijetu pojedinca i označava okolnosti u kojima se ovisno o dobi, spolu, socijalnim i kulturnim čimbenicima nalazi osoba s invaliditetom.

Težina invaliditeta jest stupanj ograničenja učinka aktivnosti osobe s invaliditetom.

Hrvatski registar o osobama s invaliditetom sastoji se od općeg i posebnog dijela.

U opći dio Registra unose se opći podaci o osobi: ime i prezime osobe, spol, JMBG, mjesto rođenja, prebivalište, boravište, obrazovanje, zvanje, zaposlenje, bračno stanje.

U posebni dio Registra unose se podaci o vrstama tjelesnih i mentalnih oštećenja, i to:

- 1. oštećenja vida*
- 2. oštećenja sluha*
- 3. oštećenja govorno-glasovne komunikacije*
- 4. oštećenja lokomotornog sustava*
- 5. oštećenja središnjeg živčanog sustava*
- 6. oštećenja perifernog živčanog sustava*
- 7. oštećenja drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni)*
- 8. mentalna retardacija*
- 9. autizam*
- 10. duševni poremećaji*
- 11. više vrsta oštećenja*

Vrsta i stupanj tjelesnih i mentalnih oštećenja

Oštećenja vida

Oštećenja vida jesu sljepoća i slabovidnost.

Sljepoćom, u smislu potrebe edukacije na Brailleovu pismu, smatra se nesposobnost čitanja slova ili znakova veličine Jaeger 8 na blizinu.

Oštećenja sluha

Oštećenja sluha jesu gluhoća i naglušost.

Gluhoćom se smatra gubitak sluha u govornim frekvencijama (od 500 do 4000 Hz) veći od 81 decibela.

Nagluhošću se smatra oštećenje sluha od 25 do 80 decibela.

Oštećenja govorno-glasovne komunikacije

Oštećenja govorno-glasovne komunikacije jesu ona kod kojih je zbog anatomskih ili funkcionalnih oštećenja komunikacija govorom otežana ili ne postoji.

Oštećenja lokomotornog sustava

Oštećenje lokomotornog sustava jest trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi.

Oštećenja središnjeg živčanog sustava

Oštećenje središnjeg živčanog sustava jest trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi.

Oštećenja perifernog živčanog sustava

Oštećenje perifernog živčanog sustava jest trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno izvoditi aktivnosti primjerene životnoj dobi.

Oštećenja drugih organa i organskih sustava

Oštećenje drugih organa i organskih sustava (dišni, cirkulacijski, probavni, endokrini, kože i potkožnog tkiva i urogenitalni sustav) jest

trajno oštećenje zbog kojeg osoba ne može samostalno udovoljiti nekoj od osnovnih životnih zahtjeva.

Mentalna retardacija

Mentalna retardacija jest stanje u kojem je značajno otežano uključivanje u društveni život, a povezano je sa zaustavljenim ili nedovršenim razvojem intelektualnog funkcioniranja, što je utvrđeno na osnovi medicinske, psihološke, defektološke i socijalne ekspertize. Intelektualna razina izražava se kvocijentom inteligencije od 0 do 69 prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema.

Stupnjevi mentalne retardacije su:

- laka (približni IQ od 50 do 69)
- umjerena (približni IQ od 35 do 49)
- teža (približni IQ od 20 do 34)
- duboka (približni IQ ispod 20).

Autizam

Autizam je stanje u kojem je došlo do poremećaja emocionalne stabilnosti, inteligencije, psihomotornih sposobnosti, verbalne i socijalne komunikacije.

Osnovna znakovitost autizma jest povlačenje u sebe, poremećaji glasnogovorne komunikacije i nesvrhovita aktivnost i perseveracija.

Duševni poremećaji

Duševni poremećaji izražavaju se promjenama u ponašanju i u reakcijama, za koje je na osnovi medicinske, psihološke, defektološke i socijalne ekspertize utvrđeno da su uzrokovani organskim čimbenikom ili psihozom raznih etiologija.

Više vrsta oštećenja

Više vrsta oštećenja uključuje dva ili više oštećenja navedenih u ovom tekstu.

Zaštita podataka

Podaci Registra smiju se koristiti isključivo kao zbirni statistički pokazatelji. Podaci u Registru su tajni te pristup pojedinačnim podacima imaju samo osobe zaposlene u Registru koje su obvezne čuvati tajnost podataka. Na pojedinačne podatke prikupljene na temelju Zakona o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, mjere zaštite podataka i odgovornost osoba koje imaju pristup jedinstvenoj bazi podataka Registra primjenjuju se propisi o zaštiti osobnih podataka.

ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA (NN 111/97, 27/98, 128/99; 79/02; 76/14)

Ovaj Zakon nalazi se na razdjelnici između socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva. Podjednako je važan zdravstvenim djelatnicima kao i onima koji rade u sustavu socijalne skrbi.

Pojedini pojmovi u smislu ovoga Zakona imaju sljedeće značenje:

1. **Dijete** je osoba koja nije navršila osamnaest godina života i koja nije stekla poslovnu sposobnost.
2. **Dobrovoljni smještaj** jest smještaj osobe s duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu uz njezin pisani pristanak.
3. **Duševna smetnja** jest poremećaj prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja.

4. **Medicinski postupak** jest prijem, zadržavanje i smještaj u psihijatrijsku ustanovu te dijagnostički postupak i liječenje osobe s duševnim smetnjama.

5. **Nadležan sud** jest županijski sud na čijem se području nalazi sjedište odgovarajuće psihijatrijske ustanove u kojoj je osoba s duševnim smetnjama zadržana ili smještena.

6. **Neubrojiva osoba** jest osoba za koju je u kaznenom postupku utvrđeno da je u stanju neubrojivosti počinila protupravno djelo.

7. **Odgovarajuća psihijatrijska ustanova** jest psihijatrijska ustanova koja ima uvjete za primjenu medicinskog postupka i koja se nalazi ili je najbliža prebivalištu, a ako ga nema, boravištu ili mjestu gdje je zatečena osoba s duševnim smetnjama.

8. **Odjelni liječnik** jest psihijatar koji neposredno liječi osobu s duševnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi.

9. **Osoba od povjerenja** jest osoba ovlaštena za davanje ili uskratu pristanka na određene medicinske postupke umjesto osobe koja ju je na to ovlastila obvezujućom izjavom.

10. **Prijem** u psihijatrijsku ustanovu jest postupak od dolaska ili dovođenja osobe u tu ustanovu radi pregleda ili liječenja do donošenja odluke o njezinu otpuštanju iz psihijatrijske ustanove ili dobrovoljnom smještaju, smještaju bez pristanka ili prisilnom zadržavanju u psihijatrijskoj ustanovi.

11. **Prisilni smještaj** jest smještaj osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu na temelju odluke suda.

12. **Prisilno zadržavanje** jest zadržavanje osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijskoj ustanovi od trenutka donošenja odluke

psihijatra o prisilnom zadržavanju te osobe do odluke suda o njezinu otpustu ili prisilnom smještaju.

*13. **Pristanak** je slobodno dana suglasnost osobe s duševnim smetnjama za primjenu određenoga medicinskog postupka, koja se zasniva na odgovarajućem poznavanju svrhe, prirode, posljedica, koristi i rizika toga medicinskog postupka i drugih mogućnosti liječenja. Osoba s duševnim smetnjama sposobna je za davanje pristanka ako može razumjeti informaciju koja je važna za davanje pristanka, upamtiti tu informaciju i koristiti ju u postupku davanja pristanka.*

*14. **Psijijatar** je doktor medicine specijalist iz područja psihijatrije ili neuropsihijatrije.*

*15. **Psijijatrijska ustanova** jest zdravstvena ustanova ili njezina jedinica za obavljanje specijalističko-konzilijarnog i bolničkog liječenja iz područja psihijatrije ustrojena prema posebnom zakonu.*

*16. **Smještaj bez pristanka** jest smještaj u psihijatrijsku ustanovu osobe s težim duševnim smetnjama koja nije sposobna dati pristanak, pa pisani pristanak umjesto nje daje osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik.*

*17. **Teža duševna smetnja** jest duševna smetnja koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe u mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć.*

*18. **Voditelj odjela** je osoba koja rukovodi odjelom psihijatrijske ustanove kao i osoba koja ga zamjenjuje.*

*19. **Zakonski zastupnik** za dijete je roditelj ili skrbnik, a za punoljetnu osobu koja je lišena poslovne sposobnosti skrbnik.*

TEMELJNA NAČELA

- (1) Svaka osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unaprjeđivanje svoga zdravlja.*
- (2) Osoba s duševnim smetnjama ima pravo na jednake uvjete liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove.*
- (3) Slobode i prava osobe s duševnim smetnjama mogu se ograničiti samo zakonom ako je to nužno radi zaštite zdravlja ili sigurnosti te ili drugih osoba.*

Dostojanstvo osoba s duševnim smetnjama mora se štititi i poštovati u svim okolnostima.

Osobe s duševnim smetnjama imaju pravo na zaštitu od bilo kakvog oblika zlostavljanja te ponižavajućeg postupanja.

Radna terapija osobe s duševnim smetnjama mora biti dobrovoljna i određena programom liječenja i ne smije obuhvaćati radne zadatke zdravstvenog osoblja.

PRAVA I DUŽNOSTI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA I OSOBA KOJE PROVODE NJIHOVU ZAŠTITU I LIJEČENJE

Osoba s duševnim smetnjama ima pravo:

- 1. biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj zahtjev, sa svojim pravima te poučena o tome kako ih može ostvariti,*
- 2. biti upoznata s razlozima i ciljevima svog smještaja u psihijatrijsku ustanovu te sa svrhom, prirodom, posljedicama, koristima i rizicima provedbe predloženoga medicinskog postupka,*
- 3. biti smještena i liječena u najbližoj odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi,*
- 4. biti upoznata s podacima o svom zdravstvenom stanju i dobiti na uvid svoju medicinsku dokumentaciju,*

5. sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije,
6. obrazovati se i radno osposobiti prema općem ili posebnom programu,
7. na odgovarajuću novčanu naknadu za rad na radno-terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalazi ostvaruje prihod,
8. podnositi pritužbe izravno čelniku ustanove ili odjela i na njih dobiti usmene odgovore odmah, a pisane na njezin pisani zahtjev najkasnije u roku od osam dana,
9. podnositi prijave, prijedloge, pritužbe, prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i drugim državnim tijelima,
10. po svom izboru i o svom trošku nasamo se savjetovati s liječnikom ili odvjetnikom,
11. družiti se s drugim osobama u ustanovi i primati posjete,
12. o svom trošku slati i primati, bez nadzora i ograničenja, poštu, pakete i tiskovine, telefonirati, te koristiti elektroničku tehnologiju i komunikaciju,
13. pratiti radijske i televizijske programe,
14. posjedovati predmete za osobnu uporabu,
15. sudjelovati po svom izboru u vjerskim i kulturnim aktivnostima u okviru mogućnosti ustanove,
16. predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu,
17. na osiguranu podršku za život u zajednici,
18. glasovati u skladu s posebnim zakonom,
19. ostvarivati i sva druga prava prema ovom Zakonu i posebnim propisima.

Kad je liječenje osobe s duševnim smetnjama ***prijeko potrebno u psihijatrijskoj ustanovi***, ono će se omogućiti i provesti u odgovarajućoj ustanovi koja se nalazi u mjestu njezina prebivališta. Ako nema prebivališta, onda u mjestu njezina boravišta, a ako ni njega nema, onda u mjestu gdje je osoba zatečena. Ako u tom mjestu nema psihijatrijske ustanove, onda u psihijatrijskoj ustanovi koja je najbliža mjestu njezina

prebivališta, boravišta ili mjesta gdje je osoba zatečena.

Psihijatrijsko **liječenje djece** provodi se na odjelu psihijatrijskih ustanova namijenjenih liječenju djece i mladeži koji su **odvojeni od odjela za punoljetne bolesnike**.

Elektrokonvulzivno liječenje može se primijeniti prema osobi s duševnim smetnjama ako:

1. je osoba s duševnim smetnjama dala pisani pristanak,
2. su prethodno iscrpljeni svi ostali postupci liječenja,
3. se opravdano očekuje da će primjena elektrokonvulzivnog liječenja biti od stvarne i izravne koristi za zdravlje te osobe i bez štetnih popratnih posljedica, o čemu mišljenje daje odjelni liječnik,
4. je etičko povjerenstvo psihijatrijske ustanove odnosno etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove u čijem se sastavu nalazi psihijatrijska jedinica (u daljnjem tekstu: etičko povjerenstvo) dalo pozitivno mišljenje o etičkoj prihvatljivosti primjene elektrokonvulzivnog liječenja.

Prema osobi s težim duševnim smetnjama koja je prisilno zadržana ili prisilno smještena u psihijatrijskoj ustanovi može se primijeniti **elektrokonvulzivno liječenje** i bez pristanka te osobe ili ovlaštenih osoba, samo **uz odobrenje etičkog povjerenstva** pri psihijatrijskoj ustanovi i uz poštovanje ostalih pretpostavki.

Primjena psihokirurgije i kastracije nije dopuštena.

Biomedicinska istraživanja nad osobama s duševnim smetnjama mogu se poduzeti samo:

- (a) ako nema druge odgovarajuće mogućnosti istraživanja nad ljudima,
- (b) ako opasnost od istraživanja za osobu s duševnim smetnjama nije nesrazmjerna koristi od istraživanja,
- (c) ako je istraživački projekt odobrilo Državno povjerenstvo nakon

nezavisnog preispitivanja znanstvenog značaja, važnosti cilja i etičnosti samog istraživanja,

(d) ako su osobe koje sudjeluju u istraživanju obaviještene o svojim pravima i pravnoj zaštiti koju uživaju,

(e) ako su osobe koje sudjeluju u istraživanju dale svoj pisani pristanak koji mogu povući u svakom trenutku.

Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama dužne su **čuvati kao profesionalnu tajnu** sve što saznaju ili primijete tijekom obavljanja tih djelatnosti.

Te osobe mogu i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama, ali uz pristanak zakonskog zastupnika, **otkriti ono što saznaju tijekom liječenja** i zaštite te osobe:

(a) drugom psihijatru ili doktoru medicine ako je to nužno za pružanje liječničke pomoći toj osobi,

(b) službenim osobama u centrima za socijalnu skrb kada je to nužno da bi one mogle postupati u svezi s osobom s duševnim smetnjama na temelju i u okviru svojih ovlasti, i to samo onda kad osobe s duševnim smetnjama nisu sposobne dati svoj pristanak, a nema osnove vjerovati da bi se osoba s duševnim smetnjama protivila otkrivanju takvih podataka,

(c) ako je to nužno učiniti u općem interesu ili interesu druge osobe koji je važniji od interesa čuvanja tajne.

Općim interesom ili **interesom koji je važniji od interesa čuvanja tajne** smatra se:

(a) otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama **priprema počinjenje kaznenog djela** za koje je zakonom propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna,

(b) otkrivanje ili **sudjenje za najteža kaznena djela** ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka,

- (c) *zaštita javnog zdravlja i sigurnosti,*
(d) *sprječavanje izlaganja druge osobe neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti za njezin život ili zdravlje.*

Svaki liječnički **postupak mora se upisati u liječničku i sestrinsku dokumentaciju**, s naznakom je li bio poduzet sa ili bez pristanka.

Psijijatar **može odobriti razgovor** osobe s duševnim smetnjama smještene u psihijatrijsku ustanovu **sa službenim osobama** Ministarstva unutarnjih poslova i stručnim djelatnicima centra za socijalnu skrb samo **kad to dopušta zdravstveno stanje** osobe s duševnim smetnjama.

DOBROVOLJNI SMJEŠTAJ OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU

Osoba s duševnim smetnjama, koja je sposobna razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koja je na osnovi toga sposobna donijeti slobodnu odluku, može se uz njezin pisani pristanak, na njezin zahtjev ili zahtjev treće osobe, smjestiti u psihijatrijsku ustanovu. Pristanak se daje pred predstojnikom odjela ili psihijatrom kojeg je za to posebno ovlastio predstojnik odjela i dežurnim psihijatrom koji su dužni u vrijeme davanja pristanka utvrditi sposobnost osobe s duševnim smetnjama za davanje pristanka, te u svezi s tim izdati pisanu potvrdu koja se ulaže u liječničku dokumentaciju.

Ako se ne može pribaviti suglasnost, odluku o smještaju donosi sud.

U tom postupku sud je prije donošenja odluke o smještaju ili o otpustu osobe s duševnim smetnjama dužan pribaviti pisano mišljenje jednog od psihijatara s liste stalnih sudskih vještaka o tome radi li se o osobi s duševnim smetnjama kod koje se odgovarajući terapijski uspjesi ne mogu postići liječenjem izvan takve ustanove. Kad odlučuje o smještaju

djeteta, sud je dužan ovo mišljenje pribaviti od psihijatra specijaliziranog za liječenje djece.

PRISILNO ZADRŽAVANJE I PRISILNI SMJEŠTAJ U PSIHIJATRIJSKU USTANOVU

*Osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba, može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu **bez svog pristanka**, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj.*

*Osobu s duševnim smetnjama za koju se osnovano sumnja da može neposredno ugroziti vlastiti život ili zdravlje, odnosno život ili zdravlje drugih u osobito žurnim slučajevima mogu ovlaštene službene osobe **Ministarstva unutarnjih poslova dovesti u psihijatrijsku ustanovu nadležnu prema prebivalištu ili boravištu osobe, odnosno prema mjestu na kojem je osoba trenutačno zatečena bez prethodnoga liječničkog pregleda.***

Psihijatrijska ustanova koja je prisilno zadržala osobu s duševnim smetnjama dužna je o tome bez odgode, a najkasnije u roku od 12 sati, dostaviti županijskom sudu na području kojega se nalazi psihijatrijska ustanova obavijest o prisilnom zadržavanju zajedno s liječničkom dokumentacijom o pregledu osobe s duševnim smetnjama, s obrazloženjem razloga za prisilno zadržavanje.

*Psihijatrijska ustanova dužna je **obavijest o prisilnom zadržavanju i liječničku dokumentaciju dostaviti u istom roku zakonskom zastupniku prisilno zadržane osobe, nadležnom centru za socijalnu skrb i povjerenstvu za zaštitu osoba s duševnim smetnjama.***

*Kad županijski sud primi obavijest o prisilnom zadržavanju ili na koji drugi način sazna za prisilno zadržavanje, **donijet će rješenje o pokretanju postupka** po službenoj dužnosti i postaviti osobi punomoćnika iz redova odvjetnika radi zaštite njezinih prava ako to ona već nije učinila.*

*Prije donošenja odluke o prisilnom smještaju ili o otpustu osobe s duševnim smetnjama, sud je dužan **pribaviti** pisano **mišljenje** jednog od **psihijataru s liste stalnih sudskih vještaka**.*

Nakon provedenog postupka sud odlučuje rješenjem hoće li prisilno zadržana osoba i dalje ostati u psihijatrijskoj ustanovi ili će se otpustiti.

*U rješenju o prisilnom smještaju sud određuje trajanje prisilnog smještaja koje **ne smije biti duže od trideset dana** računajući od dana kojeg je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju osobe s duševnim smetnjama.*

*Ako **psihijatrijska ustanova** utvrdi da prisilno smještena osoba treba ostati smještena i nakon isteka trajanja prisilnog smještaja određenog u rješenju suda, dužna je 7 dana prije isteka toga vremena **predložiti sudu donošenje rješenja o produženju prisilnog smještaja**.*

*Svaki daljnji **prisilni smještaj može se produžiti** rješenjem suda na vrijeme **do šest mjeseci**.*

OTPUST IZ PSIHIJATRIJSKE USTANOVE

*Postupak otpusta iz psihijatrijske ustanove **dobrovoljno smještene osobe** s duševnim smetnjama istovjetan je postupku otpusta iz druge zdravstvene ustanove.*

***Prisilno smještena osoba** otpustit će se iz psihijatrijske ustanove*

odmah pošto istekne vrijeme prisilnog smještaja određeno u rješenju suda o prisilnom smještaju.

*Kad osobu s duševnim smetnjama treba otpustiti iz psihijatrijske ustanove, a ona zbog svojega psihofizičkog stanja i uvjeta u kojima živi izvan ustanove **nije sposobna brinuti se o sebi** niti ima rođake ili druge osobe koje su po zakonu dužne i mogu se brinuti o njoj, **premjestit će se** iz psihijatrijske ustanove **u socijalnu ustanovu.***

POSTUPCI PREMA OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA PROTIV KOJIH SE VODI KAZNENI ILI PREKRŠAJNI POSTUPAK ILI KOJE SU OSUĐENICI

*Kada sud u kaznenom postupku utvrdi da je osoba u vrijeme kada je ostvarila opis kaznenog djela **bila neubrojiva** te zbog toga donese odgovarajuću odluku po Zakonu o kaznenom postupku, a ta se osoba nalazi u pritvoru ili psihijatrijskoj ustanovi, neće se pustiti na slobodu, već će **sud donijeti rješenje o njezinu privremenom zadržavanju** do najviše deset dana od donošenja tog rješenja.*

*Po primitku presude i rješenja županijski sud nadležan po ovom Zakonu donijet će rješenje o **pokretanju postupka za prisilni smještaj.***

PRIMJENA FIZIČKE SILE U ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

*Fizička sila ili izdvajanje u zaštiti osobe s duševnim smetnjama **primijenit će se** u psihijatrijskoj ustanovi **samo kad je to jedino sredstvo** da se tu osobu spriječi da svojim napadom ne ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili zdravlje ili nasilno uništi ili ošteti tuđu imovinu veće vrijednosti.*

*Fizička sila je **uporaba sredstava za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja** osoba s duševnim smetnjama. Zdravstveni djelatnici u tu svrhu koriste sredstva sukladno propisima ministra zdravstva, a*

djelatnici MUP-a koriste sredstva sukladno propisima o unutarnjim poslovima.

Kada zbog iznimne žurnosti nije moguće čekati da odluku donese psihijatar, odluku o primjeni fizičke sile ili izdvajanja može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili tehničar, koji su dužni o tome odmah obavijestiti psihijatra koji će odlučiti o njezinoj daljnjoj primjeni.

Kod izdvajanja osobe s duševnim smetnjama ili pri uporabi stezulje ili drugog oblika fizičkog obuzdavanja osobe s duševnim smetnjama obvezno je **osigurati stalno praćenje tjelesnog i duševnog stanja te osobe** od strane stručnoga medicinskog osoblja.

Razlozi, način i mjera **primjene fizičke sile** te ime osobe koja je donijela odluku o njezinoj primjeni **obvezno se upisuju u medicinsku dokumentaciju.**

POVJERENSTVA ZA ZAŠTITU OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Povjerenstvo se osniva pri ministarstvu nadležnom za poslove pravosuđa.

Povjerenstvo je nadležno:

- 1. raspravljati o pitanjima od važnosti za zaštitu osoba s duševnim smetnjama te predlagati i poticati donošenje mjera za njezino unapređivanje,*
- 2. pratiti poštovanje ljudskih prava i sloboda te dostojanstva osoba s duševnim smetnjama,*
- 3. pratiti provođenje medicinskih postupaka propisanih ovim Zakonom i predlagati preporuke radi otklanjanja uočenih nepravilnosti,*
- 4. ispitivati pojedinačne slučajeve prisilnog zadržavanja i smještaja u psihijatrijsku ustanovu i posebno primjenu posebnih medicinskih postupaka i mjera prisile prema osobama s duševnim smetnjama te predlagati preporuke radi otklanjanja uočenih nepravilnosti,*

5. pratiti izvršavanje predloženih preporuka,
6. iznositi nadležnim tijelima prijedloge i mišljenja u vezi s primjenom ovoga Zakona,
7. odobravati projekte biomedicinskih istraživanja nad osobama s duševnim smetnjama i pratiti njihovu provedbu,
8. razmatrati i davati mišljenje o drugim pitanjima važnima za zaštitu osoba s duševnim smetnjama i unapređivanje njihova zdravlja.

*Zaštitu i liječenje osoba s duševnim smetnjama obavljaju **psihijatrijske ustanove**.*

*Smještaj i liječenje nebrojivih osoba obavlja se **samo u javnim psihijatrijskim ustanovama** koje odredi Ministarstvo zdravstva.*

ZDRAVSTVENO ZAKONODAVSTVO

U ovom poglavlju knjige obrađeni su najznačajniji zakoni u području zdravstva. Oni čine temelje za funkcioniranje zdravstvenog sustava. Iz njih proizlaze prava pacijenata te prava i obaveze zdravstvenih djelatnika. Temeljni je Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Iz njega proizlaze druga dva zakona, i to Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. U Republici Hrvatskoj gotovo svaka zdravstvena djelatnost ima svoj zakon. Kako se kolegij *Zdravstveno i socijalno zakonodavstvo* nalazi u kurikulumu studija sestrinstva, ovdje je obrađen isključivo Zakon o sestrinstvu kao temeljni akt po kojem je uređena sestrinska djelatnost. Zbog toga se pretežit dio i ostale zakonodavne materije odnosi uglavnom na sestrinstvo. Ukoliko bi se u okviru zdravstvenog studija za doktore medicine proučavala ova materija, svakako bi bilo nužno proučiti Zakon o liječništvu, a na studiju farmacije Zakon o ljekarništvu, kao i odgovarajuće etičke kodekse. U tom smislu u prikazu zakonskog okvira djelovanja medicinske sestre slijedi Etički kodeks medicinskih sestara. U današnje vrijeme nezamisliv je rad u zdravstvu bez pružanja najviše moguće kvalitete koja podrazumijeva najpovoljniji ishod liječenja uz najmanje moguće štete po pacijente, uz postojeće kadrovske, materijalne i financijske resurse. Zbog toga je obrađen i Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite. Napokon, ali nikako manje važno, sve više se govori o pravima pacijenata, koja su obrađena u istoimenom zakonu. Na zdravstvene djelatnike, kao i na druge zaposlenike, odnose se i brojni drugi zakoni među kojima se ističe Zakon o radu. Kako ovaj zakon nije obrađen u ovoj knjizi, upućuje se svakog zaposlenika da dobro prouči i taj zakon kako bi se upoznao o svojim pravima, ali i radnim obavezama.

Dobro poznavanje odredbi navedenih zdravstvenih zakona omogućiti će zdravstvenom djelatniku razumijevanje funkcioniranja zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, kvalitetan rad usuglašen s temeljnim zakonskim odredbama u ovoj djelatnosti, uz poštivanje kodeksa struke,

a prije svega poštivanje prava pacijenata koji čitavo vrijeme moraju biti u središtu interesa svakog zdravstvenog djelatnika, ali i nezdravstvenog koji je uključen u tu djelatnost.

Treba imati na umu da je zakonodavstvo živ mehanizam koji se neprekidno mijenja i dopunjava novim zakonima ili novim zakonskim rješenjima. To zahtijeva da se pojedini zakoni češće mijenjaju i nove odredbe proučavaju i prihvaćaju u svakodnevnom radu. Zbog toga se upućuje sve zdravstvene djelatnike da pomno prate izmjene i dopune zakonskih odredbi, kako bi stalno bili na visokoj razini pružanja zdravstvenih usluga, uz poštivanje etičkog kodeksa svoje struke i nadalje poštivanje prava pacijenata koji uvijek moraju biti u središtu interesa struke.

ZAKON O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI (NN 150/2008, 70/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16)

Zakon o zdravstvenoj zaštiti temeljni je zakon u području zdravstvenog zakonodavstva. Iz njega proizlaze i neki drugi zakoni, ali i brojni podzakonski akti kojima se detaljnije regulira rad određene zdravstvene djelatnosti. Zbog velikog broja takvih akata (pravilnici, upute i sl.) zdravstveni se djelatnici upućuju da svaki u okviru svoje uže stručne djelatnosti dobro prouči i te akte i u svom radu postupa sukladno njima. Kao što se vidi, ovaj zakon relativno je često mijenjan i dopunjavao, tako da samo u zadnjih nekoliko godina imamo čak šest izmjena i dopuna. To i nije čudno kad se zna da se radi o vrlo živoj dinamici u zdravstvenoj zaštiti koju mora pratiti usuglašeno zdravstveno zakonodavstvo. Dakako, izmjene i dopune neće stati na sadašnjoj razini sadašnjim rješenjima u sustavu, već će se i nadalje nadograđivati, dopunjavati i u većoj ili manjoj mjeri mijenjati. To će nužno dovesti do novih zakonskih rješenja koja svaki zdravstveni djelatnik mora pratiti.

Kako ovaj Zakon definira pojam zdravstvene zaštite? Može se uočiti pet vrsti aktivnosti koje se kreću u rasponu od očuvanja i unaprjeđenja zdravlja pa sve do rehabilitacije kojom se nastoje umanjiti štete po zdravlje bolesnika. Zdravstveni djelatnici angažirani su unutar svih tih aktivnosti poput onih koji rade u području preventivne medicine, onih koji rade u području kurativne medicine (u užem smislu te riječi) i napokon onih koji rade u području rehabilitacije (premda je i to dio kurativne medicine).

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA JEST SKUP AKTIVNOSTI za:

- *očuvanje i unaprjeđenje zdravlja,*
- *sprječavanje bolesti,*
- *rano otkrivanje bolesti,*
- *pravodobno liječenje,*
- *zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.*

Već iz Ustava proizlazi odredba da svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu, pa to potvrđuje i ovaj Zakon. Međutim, obaveza vođenja brige o zdravlju nije samo zadatak zdravstvene struke. Svaka je osoba obvezna brinuti se o svojem zdravlju. U smislu očuvanja zdravlja, nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih.

Kako educirani zdravstveni djelatnik nije prisutan na svakom mjestu gdje nekome treba pomoć određeno je da je svaka osoba u hitnim slučajevima obvezna pružiti prvu pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći. Na taj način znatno se povećava mogućnost za preživljavanje unesrećenog ili oboljelog, uz najmanje moguće posljedice pa zdravlje.

Kako svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu, ukupan broj zdravstveno osiguranih osoba u Republici Hrvatskoj iznosi oko 4,3 milijuna.

Republika Hrvatska svoja prava, obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje tako da:

- planira zdravstvenu zaštitu i određuje strategiju razvoja zdravstvene zaštite,*
- osigurava zakonsku osnovu za ostvarivanje ciljeva zdravstvene zaštite,*
- mjerama porezne i gospodarske politike potiče razvijanje zdravih životnih navika,*
- osigurava uvjete za zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva,*
- osigurava razvoj zdravstveno-informacijskog sustava u Republici Hrvatskoj,*
- osigurava razvoj sustava telemedicine u Republici Hrvatskoj,*
- osigurava razvoj znanstvene djelatnosti na području zdravstvene zaštite,*
- osigurava uvjete za edukaciju zdravstvenih kadrova.*

Iz toga proizlazi da je zdravstvena zaštita od strateškog interesa za Republiku Hrvatsku, pa se planira njezin razvoj, za što su nužni zakonski okviri ne samo u području zdravstvene zaštite, već osobito u području porezne i gospodarske politike, uz zdravstveno prosvjeđivanje stanovništva (osobito zdravstveno i socijalno ugroženih skupina), uz unapređenje informatizacije u zdravstvu i razvijanje sustava telemedicine, pa sve do razvoja znanosti i stalne edukacije zdravstvenih djelatnika. Bez svega navedenog nema napretka unutar zdravstvene djelatnosti, te je kvalitetno unapređenje zdravstvenog sustava veliki financijski teret za svaku državu.

Republika Hrvatska ostvaruje društvenu skrb za zdravlje svojih stanovnika i provođenjem mjera na području zaštite zdravlja od štetnih čimbenika okoliša mjerama koje stanovništvu osiguravaju:

- zdravstveno ispravnu hranu i vodu za piće,*
- vodu za rekreaciju i ostale vode,*
- predmete opće uporabe,*

- zaštitu od buke,
- kakvoću zraka, kao i
- mjerama za neškodljivo zbrinjavanje otpadnih tvari,
- mjerama zaštite zdravlja od štetnog djelovanja kemikalija te za
- zaštitu od izvora ionizirajućih i neionizirajućih zračenja.

Očito je da za očuvanje i unapređenje zdravlja nije dovoljno razvijati samo zdravstveni sustav već je nužno osigurati provođenje brojnih i raznovrsnih mjera za zaštitu zdravlja od nepovoljnih utjecaja štetnih čimbenika okoliša. To se prije svega odnosi na kakvoću vode, zraka, zbrinjavanje otpada i dr.

Ministar zdravstva donosi svake godine Plan zdravstvene zaštite stanovništva. Ovim Planom nastoji se postići ravnomjeran razvoj zdravstvene zaštite na čitavom području RH.

Plan zdravstvene zaštite sadrži:

- zadaće i ciljeve zdravstvene zaštite,
- prioritetna razvojna područja,
- zdravstvene potrebe stanovništva od posebnog interesa za RH,
- specifične potrebe i mogućnosti ostvarenja zdravstvene zaštite na pojedinim područjima,
- nositelje zadaća i rokove za ostvarivanje plana,
- osnove razvoja zdravstvene djelatnosti po razinama, uključujući izobrazbu kadrova,
- mjerila za određivanje osnovne mreže zdravstvene djelatnosti.

Bez potrebnih financijskih sredstava nema adekvatnog razvoja zdravstvene djelatnosti. Stoga Republika Hrvatska nužno osigurava određena sredstva iz proračuna kojima se financira zdravstvena djelatnost od općeg društvenog interesa, dok u manjem obimu u tome sudjeluju i jedinice lokalne samouprave.

Mjere zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja provode i zavodi za javno zdravstvo županija.

Republika Hrvatska **iz proračuna osigurava** sredstva za:

- zdravstveni odgoj i prosvjećivanje,
- proučavanje stanja zdravlja stanovništva,
- programe za poboljšanje zdravlja svih stanovnika,
- epidemiološka praćenja zaraznih i kroničnih bolesti,
- hitnu medicinsku pomoć,
- zdravstveno-statističku i socijalno-medicinsku pomoć,
- znanstveno-istraživačku djelatnost u zdravstvu,
- skupljanje krvi i presađivanje organa i tkiva,
- zdravstvenu zaštitu neosiguranih državljana,
- provođenje mjera zdravstvene ekologije,
- osiguranje i promicanje prava pacijenata,
- druge zadaće.

Jedinice lokalne samouprave osiguravaju sredstva za:

- provođenje epidemiološke, zdravstveno-statističke, socijalno-medicinske i zdravstveno-ekološke djelatnosti te promicanje zdravlja,
- mjere zdravstvene ekologije,
- hitnu medicinsku pomoć,
- organizaciju i rad mrtvozorničke službe.

Na kojim načelima počiva zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj?
Navodi se pet temeljnih načela.

NAČELA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (5 načela)

- sveobuhvatnost
- kontinuiranost
- dostupnost i

- cjelovit pristup primarne zdravstvene zaštite
 - specijalizirani pristup specijalističko-konzilijarne i bolničke zaštite.

 - **Sveobuhvatnost** zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo.
 - **Kontinuiranost** zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi.
 - **Dostupnost** zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite.
 - Načelo **cjelovitog pristupa** primarne zdravstvene zaštite osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unapređenjem zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom.
 - Načelo **specijaliziranog pristupa** osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.
- Zdravstvena zaštita provodi se primjenom određenih mjera. Radi se o većem broju mjera.

MJERE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE jesu: (12 mjera)

- zaštita od ekoloških štetnih čimbenika,
- provođenje zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja,
- otkrivanje i otklanjanje uzroka bolesti,
- mjere za sprječavanje, otkrivanje i suzbijanje bolesti,
- zaštita u vezi s radom i radnim okolišem,
- liječenje i rehabilitacija oboljelih i ozlijeđenih,
- posebne mjere zaštite starijih od 65 godina,
- palijativna skrb za neizlječive bolesnike,
- cjelovita zdravstvena zaštita djece i mladeži te
- žena u vezi s planiranjem obitelji,

- opskrba lijekovima i medicinskim proizvodima,
- pregledi mrtvih.

Posebno područje zdravstvene zaštite odnosi se na ono vezano uz rad i radni okoliš, stoga zakonodavac propisuje mjere zdravstvene zaštite u ovom području, kao i specifičnu zdravstvenu zaštitu radnika.

Mjere zdravstvene zaštite **u vezi s radom i okolišem:**

- *mjere za sprječavanje i otkrivanje profesionalnih bolesti, sprječavanja ozljeda na radu,*
- *mjere za zaštitu zdravlja radnika koji su na radnom mjestu izloženi posebnim opasnostima za zdravlje,*
- *mjere zdravstvene zaštite posebno propisane,*
- *mjere zaštite radi sprječavanja nastanka ozljeda oštrim predmetima za zdravstvene radnike.*

SPECIFIČNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA RADNIKA obuhvaća:

- 1. liječničke preglede i dijagnostičke postupke radi utvrđivanja radne sposobnosti,*
- 2. praćenje zdravstvenog stanja radnika,*
- 3. preventivne preglede radnika s obzirom na spol, dob i uvjete rada te pojavu profesionalne bolesti i ozljede na radu,*
- 4. davanje savjeta o zdravlju, sigurnosti, organizaciji rada i zaštitnim sredstvima,*
- 5. organiziranje pružanja prve pomoći i hitnih medicinskih intervencija na mjestu rada,*
- 6. praćenje i analizu pobola s osnove ozljeda na radu i profesionalnih bolesti,*
- 7. stalnu skrb o boljoj prilagođenosti rada, uključujući vrijeme, način i uvjete rada,*
- 8. sudjelovanje u obavješćivanju, stručnom osposobljavanju i obrazovanju iz zaštite zdravlja na radu, sigurnosti na radu i*

organizacije rada,

9. ocjenjivanje uvjeta rada na pojedinom radnom mjestu radi zaštite radnika od ozljeda na radu i profesionalnih bolesti u vezi s radom,

10. promociju zdravlja i zdravstveno prosvjeđivanje,

11. sudjelovanje u mjerama profesionalne rehabilitacije radnika,

12. provođenje dijagnostičkih postupaka radi utvrđivanja profesionalnih bolesti.

Ovim Zakonom propisana su prava u zdravstvenoj zaštiti koja ima svaka osoba. Ona se u osnovi odnose na jednakost, slobodu izbora i standardiziranu uslugu. Važno je uočiti odredbu po kojoj se ograničava pravo odbijanja pregleda i liječenja u slučaju kada bi to ugrozilo zdravlje drugih osoba. To se prije svega odnosi na osobe oboljele od različitih zaraznih bolesti koje bi mogle ugroziti zdravlje drugih u slučaju da se ne izoliraju i ne liječe.

Svaka osoba ima pravo na:

1. jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite,

2. slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine,

3. zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja,

4. prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada joj je ona potrebna,

5. odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenoga stručnog ispita i ishodenog odobrenja za samostalan rad,

6. odbijanje pregleda i liječenja, osim u slučaju kada bi odbijanjem ugrozila zdravlje drugih, uključujući tu i pravo da tijekom liječenja pisanim putem zatraži promjenu doktora medicine, odnosno doktora dentalne medicine iz razloga koji ne mora šire obrazlagati,

7. prehranu u skladu sa svojim svjetonazorom za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi,

8. obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenome prostoru,

9. opremanje u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugih običaja.

Svaka poslovno sposobna osoba ima obavezu poduzimanja aktivnosti u cilju očuvanja zdravlja i unapređenja te izbjegavati sve rizične čimbenike (opojne droge, alkohol, duhanske proizvode, rizično spolno ponašanje i drugi rizični čimbenici).

Koje su razine zdravstvene djelatnosti? Kao što se može vidjeti, ima ih ukupno četiri.

RAZINE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI (4 razine):

- primarna,
- sekundarna,
- tercijarna,
- razina zdravstvenih zavoda.

Zadaci PRIMARNE razine jesu:

- *praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika,*
- *sprečavanje i otkrivanje bolesti, kao i liječenje i rehabilitaciju bolesnika,*
- *specifična preventivna zdravstvena zaštita djece i mladeži, osobito u osnovnim i srednjim školama te visokim učilištima na svom području,*
- *zdravstvena zaštita osoba starijih od 65 godina,*
- *zdravstvena zaštita žena,*
- *zdravstvena zaštita osoba s invaliditetom,*
- *preventivna zdravstvena zaštita rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite i organiziranjem obveznih preventivnih pregleda,*
- *savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegovog očuvanja i unapređenja,*

- higijensko-epidemiološka zaštita,
- sprečavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom,
- zdravstvena rehabilitacija djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i duševnom razvoju,
- patronažne posjete, zdravstvena njega u kući bolesnika,
- medicina rada,
- hitna medicina,
- palijativna skrb,
- zaštita mentalnoga zdravlja,
- opskrba i izrada lijekova te opskrba medicinskim proizvodima,
- sanitetski prijevoz,
- telemedicina.

Primarnu zdravstvenu zaštitu obavljaju:

- doktor medicine,
- spec. obiteljske (opće) medicine,
- spec. školske medicine,
- spec. med. rada (i sporta),
- doktor stomatologije,
- spec. epidemiolog,
- spec. zdravstveni ekolog,
- spec. javnog zdravstva,
- spec. medicinske biokemije,
- magistri farmacije,
- spec. psihijatar,
- primalja,
- patronažna sestra.

Zdravstvena zaštita na PRIMARNOJ RAZINI pruža se kroz djelatnosti:

- opće/obiteljske medicine,
- zdravstvene zaštite predškolske djece,

- *preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,*
- *javnog zdravstva,*
- *zdravstvene zaštite žena,*
- *stomatološke zdravstvene zaštite,*
- *higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite,*
- *medicine rada,*
- *zdravstvene zaštite mentalnoga zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti,*
- *patronažne zdravstvene zaštite,*
- *zdravstvene njege u kući bolesnika,*
- *hitne medicine,*
- *sanitetskog prijevoza,*
- *palijativne skrbi,*
- *ljekarništva,*
- *laboratorijske dijagnostike,*
- *telemedicine.*

Zdravstvene **ustanove** na primarnoj razini:

- dom zdravlja,
- ustanova za hitnu medicinsku pomoć,
- ustanova za zdravstvenu njegu,
- ljekarnička ustanova,
- ustanova za palijativnu skrb.

Dom zdravlja

Osniva se najmanje po jedan u županiji, a u gradu Zagrebu najmanje tri.

Osim primarne zdravstvene zaštite dom zdravlja pruža još i:

- hitnu medicinsku pomoć,
- medicinu rada,
- zdravstvenu njegu,
- palijativnu skrb bolesnika,
- laboratorijsku dijagnostiku,

- radiološku dijagnostiku,
- sanitetski prijevoz,
- ljekarničku djelatnost.

Ustanova za zdravstvenu skrb

Ustanova za zdravstvenu skrb jest zdravstvena ustanova u kojoj se pruža zdravstvena zaštita u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini.

Ustanova za zdravstvenu njegu

Ustanova za zdravstvenu njegu jest zdravstvena ustanova koja provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama doktora medicine.

Ustanova za palijativnu skrb

Ustanova za palijativnu skrb jest zdravstvena ustanova koja ima palijativni interdisciplinarni tim kućnih posjeta (liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem), ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak i stacionar.

Prije osamostaljenja vrlo je malo zdravstvenih djelatnika radilo u privatnoj praksi. Oni koji su radili u privatnoj praksi bili su izvan zdravstvenog sustava i kod njih se nije mogla ostvarivati standardna zdravstvena zaštita. Radilo se uglavnom o ponekom specijalistu interne medicine, kirurgije, ginekologije, pedijatrije i stomatologije. Cjelokupna zdravstvena djelatnost bila je u društvenom vlasništvu. Preustrojem društvenog uređenja u modernoj hrvatskoj državi sve više do izražaja dolazi privatna inicijativa u svim segmentima društvenog života, pa tako i u području zdravstva. Uvodi se pojam privatne prakse, dakle zdravstvenih jedinica koje su u privatnom vlasništvu različitih zdravstvenih stručnjaka. Čak štoviše, mijenja se temeljni koncept funkcioniranja domova zdravlja koji je svojevremeno uveo naš

najpoznatiji liječnik u preventivnoj medicini. Dakako, riječ je o Andriji Štamparu koji je ideje preventivne medicine i razvoja primarne zdravstvene zaštite te dispanzerskog tipa rada pronio po čitavom svijetu. U njegovu čast danas se po njemu zove Škola narodnog zdravlja, koja djeluje u sastavu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Temeljem važećih zakonskih propisa o zdravstvenoj zaštiti danas je u Hrvatskoj moguće otvoriti ordinaciju ili ustanovu privatne prakse u brojnim djelatnostima, od obiteljske medicine pa do ljekarničke djelatnosti i laboratorijske dijagnostike.

Privatna praksa osniva se u djelatnosti:

- *obiteljske (opće) medicine,*
- *stomatološke zdravstvene zaštite,*
- *zdravstvene zaštite žena,*
- *dojenčadi i predškolske djece,*
- *zaštite mentalnog zdravlja,*
- *ljekarničke djelatnosti,*
- *laboratorijske dijagnostike.*

Druga je razina zdravstvene djelatnosti zdravstvena zaštita na SEKUNDARNOJ RAZINI. Ona obuhvaća dva segmenta specijalističke djelatnosti:

- *specijalističko-konzilijarna djelatnost,*
- *bolnička djelatnost.*

Kako je razvidno, postoje specijalisti i na primarnoj i na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Pa u čemu je onda razlika?

Specijalističko-konzilijarna djelatnost u odnosu na zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije te medicinske rehabilitacije u

kući korisnika, odnosno štićenika u ustanovama za socijalnu skrb. Specijalističko-konzilijarna djelatnost za svoje potrebe mora imati osiguranu laboratorijsku i drugu dijagnostičku djelatnost. Dakle, razlika je u složenosti mjera i postupaka, uz postojanje laboratorijske i druge dijagnostike, te u postojanju ambulantne medicinske rehabilitacije.

Na sekundarnoj razini se obavlja i **bolnička djelatnost** koja obuhvaća:

- *dijagnosticiranje,*
- *liječenje,*
- *medicinsku rehabilitaciju,*
- *zdravstvenu njegu,*
- *boravak i prehranu bolesnika u bolnicama.*

Za pružanje zdravstvene zaštite na sekundarnoj razini osnivaju se ZDRAVSTVENE USTANOVE:

- *poliklinika,*
- *bolnica,*
- *lječilište.*

Poliklinika

Poliklinika jest zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, dijagnostika i medicinska rehabilitacija, osim bolničkog liječenja.

Poliklinika, ovisno o djelatnostima za koje se osniva, može osigurati uvjete za dnevnu bolnicu.

Poliklinika mora obavljati djelatnost najmanje u dvije ordinacije različitih ili istih specijalističkih ili užih specijalističkih djelatnosti, odnosno u jednoj ordinaciji specijalističke, odnosno uže specijalističke djelatnosti i laboratoriju.

Bolnica

Bolnica jest zdravstvena ustanova koja obavlja djelatnost dijagnostike,

liječenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene njege bolesnika te osigurava boravak i prehranu bolesnika.

Ova djelatnost obavlja se u općim i specijalnim bolnicama.

Opća bolnica jest zdravstvena ustanova koja obavlja najmanje djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni.

Bolnica mora u svom sastavu imati jedinice za:

- specijalističko-konzilijarno liječenje,*
- radiološku, laboratorijsku i drugu medicinsko-laboratorijsku dijagnostiku,*
- opskrbu lijekovima i medicinskim proizvodima.*

Bolnica mora imati osiguranu:

- medicinsku rehabilitaciju,*
- patologiju,*
- citološku i mikrobiološku dijagnostiku,*
- opskrbu krvlju i krvnim pripravcima,*
- anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, ako to zahtijeva priroda njezina rada.*

Lječilište

Lječilište jest zdravstvena ustanova u kojoj se prirodnim ljekovitim izvorima provodi preventivna zdravstvena zaštita, specijalistička i bolnička rehabilitacija. Lječilište može pružati zdravstvene usluge u turizmu, u skladu s posebnim propisima.

Najsloženiji oblici zdravstvene zaštite uz znanstveni i nastavni rad razvijaju se na tercijarnoj razini. Zdravstvena djelatnost na **TERCIJARNOJ RAZINI** obuhvaća: *sve ranije navedeno za specijalističko-konzilijarnu i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti, znanstveni*

rad te izvođenje nastave na temelju ugovora za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja.

ZDRAVSTVENE USTANOVE na tercijarnoj razini jesu:

– kliničke ustanove (klinika, klinička bolnica, KBC)

U kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama ustrojavaju se klinike i klinički zavodi.

U klinikama ustrojavaju se zavodi ili odjeli.

U kliničkim zavodima ustrojavaju se odjeli.

Uvjete za ustroj zavoda i odjela u kliničkim bolničkim centrima i kliničkim bolnicama pravilnikom propisuje ministar.

Četvrta je razina djelatnost ZDRAVSTVENIH ZAVODA. To je dio zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na svim trima ranijim razinama zdravstvene djelatnosti – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj – a obuhvaća:

- *javnozdravstvenu djelatnost,*
- *djelatnost transfuzijske medicine,*
- *djelatnost medicine rada,*
- *djelatnost zaštite mentalnog zdravlja,*
- *djelatnost toksikologije i antidopinga,*
- *djelatnost hitne medicine i*
- *djelatnost telemedicine.*

Kao što se može vidjeti, radi se o sedam raznovrsnih djelatnosti. Svaka od njih obavlja se u istoimenom zavodu, pa je razvidno da kod nas postoji sedam različitih zdravstvenih zavoda.

ZDRAVSTVENI ZAVODI

(za sada ukupno sedam zavoda)

- *Hrvatski zavod za javno zdravstvo*
- *Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu*

- *Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu*
- *Hrvatski zavod za telemedicinu*
- *Hrvatski zavod za mentalno zdravlje*
- *Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping*
- *Hrvatski zavod za hitnu medicinu.*

Opis temeljnih djelatnosti nekih zdravstvenih zavoda:

Hrvatski zavod za javno zdravstvo obavlja javnozdravstvenu djelatnost.

Ona obuhvaća:

- epidemiologiju karantenskih i drugih zaraznih bolesti,
- mikrobiologiju,
- epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti,
- imunizaciju,
- sanitaciju,
- socijalnu medicinu i zdravstvenu statistiku,
- zdravstveno prosvjeđivanje s promicanjem zdravlja,
- zdravstvenu ekologiju,
- školsku medicinu,
- prevenciju ovisnosti,
- toksikologiju.

Djelatnost Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu

Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu:

- *obavlja transfuzijsku djelatnost,*
- *usklađuje primjenu standarda u prikupljanju krvi, laboratorijskim ispitivanjima, pripravi, čuvanju, izdavanju, transportiranju krvnih pripravaka i lijekova proizvedenih iz krvi i njihovoj kliničkoj primjeni,*
- *predlaže program mjera zdravstvene zaštite iz područja djelokruga svoga rada,*
- *koordinira promidžbu i organizaciju davalaštva s Hrvatskim Crvenim križem,*

- prikuplja podatke za godišnju analizu rada transfuzijske djelatnosti, analizira ih i dostavlja ministarstvu,
- proizvodi infuzijske otopine i medicinske proizvode za jednokratnu uporabu.

Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu

Na području specifične zdravstvene zaštite radnika:

- provodi statistička istraživanja,
- planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja radnika,
- oblikuje doktrinu, standarde i metode rada pri ocjenjivanju zdravstvene sposobnosti,
- vodi registar profesionalnih bolesti,
- sudjeluje u predlaganju programa mjera zdravstvene zaštite,
- sudjeluje u dopunskom stručnom osposobljavanju radnika,
- obavlja vještačenja,

Na području praćenja stanja i unapređenja sigurnosti na radu:

- prati stanje sigurnosti na radu,
- provodi statistička istraživanja,
- planira, predlaže i provodi mjere za očuvanje i unapređenje zdravlja i dr.

Djelatnost Hrvatskog zavoda za telemedicinu

- organizira primjenu informatičkih i telekomunikacijskih tehnologija,
- organizira uvođenje telemedicinskih sustava u zdravstveni sustav,
- daje odobrenje za rad telemedicinskog centra,
- obavlja nadzor nad radom telemedicinskih centara,
- razvija, izgrađuje i održava računalno-komunikacijsku infrastrukturu,
- sudjeluje u predlaganju programa mjera zdravstvene zaštite,
- utvrđuje standarde i metode rada u telemedicini,
- potiče civilno-vojnu suradnju na području telemedicine,
- koordinira aktivnosti vezane uz tehničko-tehnološki razvoj,
- postavlja mjerila uspješnosti i sustav kontrole,

- organizira znanstvenostručne i promidžbene aktivnosti,
- surađuje sa Središnjim državnim uredom za e-Hrvatsku.

Djelatnost hrvatskog zavoda za toksikologiju i antidoping

- ispitivanje kemikalija u zraku, vodi, tlu, rijekama, moru, biljnom i životinjskom svijetu, hrani za ljude i životinje,
- planiranje i nadziranje provođenja mjera zaštite života i zdravlja ljudi od štetnog djelovanja kemikalija,
- praćenje i vođenje evidencija o kemikalijama,
- dopunsko stručno osposobljavanje za rad s kemikalijama,
- praćenje i provođenje međunarodnih konvencija protiv dopinga,
- sustavno praćenje i koordiniranje akcija vladinih i nevladinih organizacija u borbi protiv dopinga u sportu,
- predlaganje i provođenje mjera u borbi protiv dopinga u sportu,
- primjena kodeksa Svjetske antidoping agencije te pravila Hrvatskog olimpijskog odbora.

Djelatnost hrvatskog zavoda za hitnu medicinu

- predlaže, planira, prati i analizira mjere hitne medicine,
- predlaže ministru mrežu hitne medicine,
- utvrđuje standarde opreme i vozila,
- utvrđuje obvezujuće standarde operativnih postupaka, protokole rada i algoritme,
- utvrđuje standarde hitne medicine za hitni medicinski prijevoz,
- predlaže i oblikuje edukacijske programe,
- sudjeluje u obrazovanju zdravstvenih radnika,
- oblikuje doktrinu u djelatnosti hitne medicine,
- predlaže program mjera zdravstvene zaštite u HMP,
- planira i provodi aktivnosti u cilju uspostave informatizacije,
- provodi edukaciju stanovništva,
- prati i provodi stručna i znanstvena istraživanja,
- prikuplja podatke za godišnju analizu rada,
- prikuplja podatke i vodi registre.

Ljekarnička djelatnost

dio je zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima.

SADRŽAJ I ORGANIZACIJSKI OBLICI ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

Zdravstvena djelatnost kao javna služba obavlja se u okviru mreže javne zdravstvene službe i izvan mreže javne zdravstvene službe.

Mjerila za određivanje mreže javne zdravstvene službe utvrđuju se planom zdravstvene zaštite uvažavajući:

- zdravstveno stanje, broj, dobnu i socijalnu strukturu stanovništva,*
- jednake uvjete, odnosno mogućnosti za korištenje zdravstvenih usluga,*
- potreban opseg pojedine djelatnosti,*
- stupanj urbanizacije područja, prometne povezanosti, specifičnosti naseljenosti te dostupnosti na demografski ugroženim područjima, osobito na otocima,*
- utjecaj okoliša na zdravlje stanovništva i*
- gospodarske mogućnosti.*

Mrežom javne zdravstvene službe određuje se za područje Republike Hrvatske, odnosno jedinice područne (regionalne) samouprave, potreban broj zdravstvenih ustanova te privatnih zdravstvenih radnika s kojima Zavod sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite.

Mrežu javne zdravstvene službe, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, nadležnih komora i predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave, donosi ministar.

Mrežom ugovornih subjekata medicine rada određuje se potreban broj

zdravstvenih ustanova te specijalista medicine rada u privatnoj praksi s kojima Zavod sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite.

KONCESIJA

U zdravstvenoj djelatnosti moguće je uzeti u zakup neki prostor i baviti se određenom zdravstvenom djelatnošću, sukladno sklopljenom ugovoru s davateljem koncesije. Danas su mnogi naši liječnici, ali i zdravstvene ustanove, sa svojim timovima u koncesijskom odnosu s domovima zdravlja. Javnu zdravstvenu službu na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti mogu obavljati na osnovi koncesije (zakupa):

- fizičke osobe i
- zdravstvene ustanove ako ispunjavaju uvjete.

Na osnovi koncesije može se obavljati:

- *zdravstvena djelatnost obiteljske (opće) medicine,*
- *stomatološke zdravstvene zaštite,*
- *zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece,*
- *zdravstvene zaštite žena,*
- *laboratorijske dijagnostike,*
- *ljekarničke djelatnosti,*
- *medicine rada i*
- *zdravstvene njege u kući.*

Nadležnosti su u pogledu osnivanja zdravstvenih ustanova različite. Neke ustanove može osnovati isključivo država, druge regionalna samouprava, a treće grad i druga pravna i fizička osoba.

Republika Hrvatska može osnovati:

- *državni zdravstveni zavod,*
- *kliniku kao samostalnu ustanovu,*
- *kliničku bolnicu i*
- *klinički bolnički centar.*

Jedinica područne (regionalne) samouprave može osnovati:

- *opću bolnicu,*
- *dom zdravlja,*
- *zavod za hitnu medicinu i*
- *zavod za javno zdravstvo.*

Specijalnu bolnicu može osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave, grad i druga pravna osoba.

Polikliniku, lječilište, ustanovu za zdravstvenu njegu, ustanovu za palijativnu skrb i ljekarničku ustanovu mogu osnovati jedinica područne (regionalne) samouprave i druga pravna i fizička osoba.

Ustanovu za zdravstvenu skrb mogu osnovati fizičke osobe sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem zdravstvenog usmjerenja.

TIJELA ZDRAVSTVENE USTANOVE

- *Upravno vijeće,*
- *Ravnatelj,*
- *Stručno vijeće,*
- *Stručni kolegij,*
- *Etičko povjerenstvo,*
- *Povjerenstvo za lijekove,*
- *Povjerenstvo za kvalitetu.*

Zakonom su detaljno propisane obaveze i djelokrug rada pojedinog tijela zdravstvene ustanove. Kako se radi o manjem broju djelatnika koji sudjeluju u radu ovih tijela, ovdje se neće posebno detaljno navoditi njihove obaveze i prava. Svaki zdravstveni djelatnik koji sudjeluje u radu pojedinog od spomenutih tijela zdravstvene ustanove

mora detaljno proučiti obaveze koje preuzima sudjelujući u radu tog tijela i ponašati se sukladno navedenim odredbama.

A što je s radom zdravstvene službe i zdravstvenih djelatnika u izvanrednim stanjima? To je vrlo ozbiljan i značajan segment djelovanja koji svaka uređena država mora uspostaviti u miru, kako bi se umanjile moguće ozbiljne posljedice u ratu ili drugim kriznim stanjima uzrokovanim društvenim nepovoljnim tokovima ili prirodnim nepogodama. Podsjetimo se na nužnost osnivanja Glavnog sanitetskog stožera RH početkom Domovinskog rata. Preko te institucije ministar zdravstva raspoređivao je zdravstvene stručnjake, medicinsku opremu, vozila sanitetskog prijevoza, opskrbu lijekovima i drugim sanitetskim materijalom u okviru integralnog zdravstvenog sustava po čitavom teritoriju Republike Hrvatske, uz istovremenu kvalitetnu zdravstvenu skrb pripadnika jedinica Oružanih snaga RH. Nedavno smo bili izloženi prolasku više stotina tisuća migranata iz zemalja Bliskog istoka kroz našu zemlju u vrlo kratkom vremenskom razdoblju. Trebalo je za sve njih osigurati cjelovitu zdravstvenu skrb koja obuhvaća brojne preventivne medicinske mjere, kao i kurativne za potrebite. Trebalo je osigurati stručne kadrove, vozila, opremu i sredstva te ih dislocirati u terenske uvjete rada, izvan velikih medicinskih centara. Taj opsežan posao izvršen je besprijeckorno zahvaljujući iskustvima naših stručnjaka iz nedavnog rata na ovim prostorima i organizacijskim sposobnostima i kapacitetima djelatnika Kriznog stožera Ministarstva zdravstva RH.

U oba ova slučaja radilo se o društvenim potresima, a moramo računati i na mogućnost pojave prirodnih katastrofa na našem području. Naša zemlja nalazi se na tzv. trusnom području koje je poznato po nemirnom tlu, s mogućnošću pojave snažnog zemljotresa. Na području Hrvatske ima nekoliko zona veće seizmičke aktivnosti. Radi se o priobalnom području, potom području koje se proteže od slovenske granice zapadno od Karlovca preko Žumberačkoga gorja i Medvednice do Bilogore. Tu je i zona od Pokuplja prema Banja Luci (BIH). Osim potresa, naša je zemlja izložena i mogućim ozbiljnim poplavama.

Prisjetimo se jake poplave koja je zadesila područja duž rijeke Save u kasno proljeće 2014. godine. U svim tim slučajevima bitna je dobra organiziranost zdravstvene službe. To omogućava osnivanje kriznog stožera i pravodobna priprema za izvanredna stanja.

Krizni stožer osniva se u cilju upravljanja i koordiniranja rada zdravstvenih ustanova i privatnih zdravstvenih radnika u većim incidentnim/kriznim stanjima.

Veće krizno stanje jest bilo koji događaj koji predstavlja ozbiljnu prijetnju zdravlju ljudi u zajednici te uzrokuje ili bi mogao uzrokovati takav broj ili vrstu žrtava koje nije moguće zbrinuti redovitom organizacijom rada.

Članove Kriznog stožera imenuje ministar zdravstva.

U kriznim situacijama ministar je ovlašten za mobilizaciju, promjenu radnog vremena te promjenu mjesta i uvjeta rada pojedinih zdravstvenih ustanova dok te okolnosti traju.

Za pojedina područja medicine, kao i za rješavanje specifičnih zdravstvenih problema, a temeljem izvrsnosti pojedinih zdravstvenih djelatnika i ustanova, osnivaju se **Referentni centri Ministarstva zdravstva**.

Referentni centar pored svoje osnovne djelatnosti obavlja poslove vezane uz primjenu i praćenje jedinstvene doktrine i metodologije u prevenciji, dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji bolesti u području za koje je osnovan.

NACIONALNO ZDRAVSTVENO VIJEĆE

Ministarstvo zdravstva osniva Nacionalno zdravstveno vijeće, a ono se sastoji od devet istaknutih stručnjaka u pojedinim strukama medicine, radi proučavanja zdravstvenih problema, davanja i predlaganja stručnih mišljenja iz područja planiranja, programiranja, razvoja i

drugih bitnih pitanja iz zdravstva koja su od važnosti za Republiku Hrvatsku.

Premda zvuči pomalo neobično, za obavljanje zdravstvene djelatnosti može se osnovati trgovačko društvo. Naime, takvo društvo, premda se radi o zdravstvenoj djelatnosti, posluje po zakonima koji se odnose na trgovačka društva. Zakonodavac je ograničio razinu do koje trgovačko društvo može osnivati zdravstvene ustanove. Može osnivati ustanove na razini primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, ali uz određena ograničenja. Ustanove na tercijarnoj razini, kao i na razini zdravstvenih zavoda, ne može osnovati trgovačko društvo.

Trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti **ne može obavljati** sljedeće zadaće:

- KBC-a,
- KB-a,
- klinike,
- opće bolnice,
- zdravstvenih zavoda,
- domova zdravlja.

Središte zdravstvenog sustava čine zdravstveni djelatnici. Bez njih je nezamisliva kvalitetna zdravstvena skrb, stoga im zakonodavac posvećuje dio zakonodavne regulative već u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. Kako zakonodavac definira pojam zdravstvenih radnika?

***Zdravstveni radnici** su osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, uz obvezno poštovanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.*

Iz ove determinacije pojma zdravstvenog radnika proizlazi činjenica da su tim pojmom obuhvaćene one osobe koje pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, a prije toga su završili obrazovanje zdravstvenog

usmjerenja različite razine. Pojam obuhvaća djelatnike od razine srednje do visoke naobrazbe. Gdje sve zdravstveni radnici mogu steći potrebnu naobrazbu?

Zdravstveni radnici obrazuju se na:

- *medicinskom,*
- *stomatološkom ili*
- *farmaceutsko-biokemijskom fakultetu te*
- *drugom visokom učilištu zdravstvenog usmjerenja, kao i u*
- *srednjim školama zdravstvenog usmjerenja.*

Obveza je zdravstvenih radnika da pri pružanju zdravstvene zaštite postupaju prema pravilima *zdravstvene struke*, na način da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi.

Zdravstveni radnici mogu se osigurati od odgovornosti za štetu koju bi mogli počinuti obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

Što to znači *po pravilima struke*? Provođenje svih procedura u zdravstvenoj skrbi precizno je definirano opisom. Zdravstveni su radnici zakonom obavezni pridržavati se tih pravila, uputa i slično, bez improvizacije, ukoliko su za izvođenje nekog oblika skrbi osigurana potrebna i propisana sredstva. Svaki odmak od propisanog u izvođenju nekog oblika skrbi naziva se „stručna pogreška“, zbog čijih posljedica svaki zdravstveni radnik osobno odgovara. Kako bi izbjegli štetu, zdravstveni se radnici mogu osigurati od stručne pogreške i mogućih posljedica po zdravlje svojih pacijenata. Zbog ove činjenice, kao i činjenice da su pacijenti sve više obrazovani i zahtjevniji u rješavanju svojih zdravstvenih potreba, sve je veći broj sudskih parnica u kojima se tuže zdravstveni radnici zbog eventualne stručne pogreške i nastalih posljedica.

U svom radu zdravstveni radnici svakodnevno dolaze do brojnih podataka čije nesmotreno iznošenje u javnost može imati ozbiljne

posljedice po pacijente. *Zdravstveni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta. Na čuvanje profesionalne tajne obvezni su i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja.*

Na čuvanje profesionalne tajne obvezne su i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta.

U tom području zakonodavac je vrlo rigorozan. Povreda čuvanja profesionalne tajne *teža je povreda obveze iz radnog odnosa*, stoga se zdravstveni radnici moraju ponašati krajnje profesionalno i o zdravstvenom stanju svojih pacijenata ne smiju razgovarati s drugim osobama, osim kad je to nužno za nastavak terapije od strane drugog zdravstvenog radnika kojeg je nužno upoznati sa zdravstvenim stanjem i potrebama pacijenta kojem pruža određeni oblik zdravstvene skrbi. U tom se slučaju ne radi o povredi čuvanja profesionalne tajne, već o nužnoj izmjeni informacija na korist pacijenta.

Osim zdravstvenih radnika, u zdravstvenim ustanovama rade i drugi profili radnika koji su u kategoriji zdravstvenih suradnika. I oni su obavezni na isti način čuvati kao profesionalnu tajnu sve podatke koje su saznali o nekom pacijentu. *Zdravstveni suradnici jesu osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite (dijagnostički i terapijski postupci).*

*Zdravstveni radnici obvezni su nakon završenog obrazovanja obaviti **pripravnički staž.***

Pripravnički staž jest rad pod nadzorom, kojim se zdravstveni radnik osposobljava za samostalan rad.

Pripravnički staž za zdravstvene radnike traje godinu dana.

Nakon obavljenoga pripravničkog staža zdravstveni radnici polažu stručni ispit pred ispitnom komisijom Ministarstva.

Odobrenje za samostalan rad jest javna isprava koju prema posebnome zakonu izdaje nadležna komora nakon dobivenog uvjerenja zdravstvenog radnika o položenom stručnom ispitu. Odobrenjem za samostalan rad zdravstveni radnik stječe pravo samostalno obavljati poslove u svojoj struci.

Poznato je da se spoznaje u medicinskoj znanosti neprekidno dopunjuju i mijenjaju. Istraživanja koja se provode u medicini i srodnim znanstvenim područjima omogućuju nove spoznaje od kojih neke bitno mijenjaju ranije medicinske stavove. To je razlog što je u zdravstvenoj struci nužno cjeloživotno obrazovanje. Zdravstveni radnici imaju pravo i obvezu stručno se usavršavati radi održavanja i unapređivanja kvalitete zdravstvene zaštite. Bez neprekidnog praćenja najnovijih medicinskih dostignuća i primjene novih spoznaja u svakodnevnom radu, ne bi bilo napretka zdravstvene struke. Iz tog razloga neprekidno se provjerava znanje zdravstvenih radnika i kroz to ocjenjuje njihova stručnost. Sadržaj, rokovi i postupak provjere stručnosti, osim specijalizacije i uže specijalizacije (propisuje Ministarstvo), propisuju se općim aktom nadležne komore. Dakle, uz Ministarstvo zdravstva, za provjeru stručnosti zdravstvenih djelatnika odgovorna je nadležna komora.

PRIVATNA PRAKSA

Privatnu praksu može samostalno obavljati zdravstveni radnik sa završenim sveučilišnim diplomskim studijem.

Doktor medicine i doktor stomatologije obavljaju privatnu praksu u privatnim ordinacijama, magistri farmacije u privatnim ljekarnama, a

magistri medicinske biokemije u privatnim medicinsko-biokemijskim laboratorijima.

Zdravstveni radnik prvostupnik i zdravstveni radnik srednje stručne sprema mogu obavljati privatnu praksu iz svoje stručne sprema, i to:

- medicinske sestre / medicinski tehničari,*
- viši zubari, zubni tehničari,*
- fizioterapeuti.*

Fizioterapeuti mogu obavljati privatnu praksu iz svoje stručne sprema samostalno, a sukladno uputama specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije.

Medicinske sestre / medicinski tehničari poslove zdravstvene njege bolesnika obavljaju samostalno, a sukladno uputama doktora medicine.

Zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su:

- 1. pružati hitnu medicinsku pomoć svim osobama u sklopu svoje stručne sprema,*
- 2. sudjelovati na poziv nadležnog tijela u radu na sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti kao i na zaštiti i spašavanju stanovništva u slučaju katastrofe,*
- 3. voditi zdravstvenu dokumentaciju i drugu evidenciju o osobama kojima pružaju zdravstvenu zaštitu i podnositi izvješće o tome nadležnoj zdravstvenoj ustanovi, u skladu s propisima o evidencijama u djelatnosti zdravstva,*
- 4. davati podatke o svojem radu na zahtjev nadležnog tijela.*

*Privatna praksa **ne može se obavljati** za sljedeće djelatnosti:*

- 1. uzimanje, čuvanje, prenošenje i presađivanje stanica, tkiva i organa u svrhu liječenja (transplantacija),*
- 2. prikupljanje krvi i plazme za preradu te opskrba krvlju i krvnim pripravcima (transfuzija),*

3. javno zdravstvo, epidemiologija, školska medicina, zaštita mentalnog zdravlja, prevencija i izvanbolničko liječenje ovisnosti i patronaža (javno zdravstvo),
4. hitna medicina.

Kako bi se djelatnost u zdravstvenim ustanovama odvijala sukladno stručnim i zakonskim propisima, zakonodavac je predvidio tri razine nadzora.

NADZOR U ZDRAVSTVENOJ USTANOVI jest:

- unutarnji nadzor,
- stručni nadzor Komore,
- zdravstveno-inspekcijski nadzor od strane Ministarstva zdravstva (najmanje jednom godišnje).

Unutarnji nadzor

Zdravstvena ustanova i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost obvezno provode unutarnji nadzor nad radom svojih ustrojstvenih jedinica i zdravstvenih radnika.

Za stručni rad zdravstvene ustanove, odnosno trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odgovoran je ravnatelj, uprava ili osoba ovlaštena za vođenje poslova trgovačkog društva.

Stručni nadzor komore

Stručni nadzor nad radom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatnih zdravstvenih radnika u pružanju neposredne zdravstvene zaštite građanima s obzirom na kvalitetu i vrstu zdravstvenih usluga provodi nadležna komora.

Stručni nadzor provodi se sukladno općim aktima komore na koje daje suglasnost ministar.

U slučaju utvrđenoga stručnog propusta zdravstvenog radnika ili

povrede načela medicinske etike i deontologije, izriču se mjere u skladu s aktima nadležne komore.

Zdravstveno-inspekcijski nadzor

Zdravstveno-inspekcijski nadzor nad primjenom i izvršavanjem zakona, drugih propisa i općih akata u djelatnosti zdravstva, kao i nadzor nad stručnim radom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, zdravstvenih radnika te privatnih zdravstvenih radnika obavlja ministarstvo – zdravstvena inspekcija. U slučaju stručnog propusta zdravstvenog radnika ili povrede načela medicinske etike i deontologije, viši zdravstveni inspektor, odnosno zdravstveni inspektor, ustupit će predmet na postupanje nadležnoj komori.

UTVRĐIVANJE UZROKA SMRTI I OBDUKCIJA

Za svaku umrlu osobu utvrđuje se vrijeme i uzrok smrti. To utvrđuje doktor medicine.

Pokop umrle osobe obavlja se u vremenu od 24 do 48 sati od nastupa smrti.

Radi utvrđivanja uzroka smrti vrši se obdukcija.

Obdukcija se provodi:

- kad se sumnja da je smrt nastupila kao posljedica nekog kaznenog djela,
- radi zaštite zdravlja ljudi (epidemiološki razlog),
- kada to traži obitelj umrlog,
- kad je osoba umrla u zdravstvenoj ustanovi.

Obdukcija se **mora** izvršiti:

- ako se radi o neprirodnoj smrti ili smrti nepoznatog uzroka,
- ako smrt nastupi tijekom terapijskog ili dijagnostičkog zahvata,
- ako smrt nastupi u roku 24 sata od prijema u bolnicu,

- ako je osoba sudjelovala u kliničkom pokusu u zdravstvenoj ustanovi,
- u slučaju smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja u svrhu liječenja.

Zdravstveni radnici obavezno se udružuju u strukovne komore.
KOMORE su strukovne organizacije zdravstvenih radnika.

Kod nas za sada postoji sedam komora:

- *Hrvatska liječnička komora,*
- *Hrvatska stomatološka komora,*
- *Hrvatska ljekarnička komora,*
- *Hrvatska komora medicinskih biokemičara,*
- *Hrvatska komora medicinskih sestara,*
- *Hrvatska komora primalja,*
- *Hrvatska komora fizioterapeuta.*

ZAKON O OBVEZONOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU (NN 150/2008, te brojne dopune zaključno s NN 57/12, 80/13, 137/13)

Prema broju izmjena, i ovaj je Zakon očito podložan čestim promjenama. Država je za ono propiše kao obvezno u okviru zdravstvene zaštite obvezna osigurati i potreban novac, a poznato je da u državnom proračunu novca nikada dovoljno. Stoga nije čudno da su česte promjene i dopune pojedinih odredbi spomenutog Zakona. Kako novca nikada dovoljno, u Hrvatskoj su predviđena dva oblika zdravstvenog osiguranja. Jedno je ono za koje sredstva osigurava država, pa je nazvano obvezno, i ono za koje su potrebna sredstva iz džepova samih osiguranika, koje je nazvano dobrovoljno jer počiva na dobrovoljnosti svakog osiguranika.

Oblici zdravstvenog osiguranja u RH:

- obvezno (OZO),
- dobrovoljno (regulirano posebnim zakonom)

Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Ono svim osiguranim osobama na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti osigurava jednaka prava i obveze. Ovdje se ne prave razlike po imovinskom statusu osiguranika. Što bi značilo načelo *uzajamnosti*? To bi značilo da si osiguranici uzajamno pomažu. Naime, nemaju svi osiguranici jednaka primanja. Nekima se plaće znatno razlikuju. Kod onih ekstremnih slučajeva razlika može biti i više desetaka puta. Bez obzira na to, udio koji se svakom od njih uzima za zdravstveno osiguranje jednak je, tj. čini jednak postotak od nečije plaće. Mlađim osobama najčešće nije potrebno češće korištenje nekog oblika zdravstvene skrbi, za razliku od nešto starijih radnika i onih profesionalno ugroženih. Svi oni od svoje plaće daju u zdravstveni sustav jednak udio, premda se taj iznos u konačnici razlikuje – kao i njihove plaće. Iako nekome godinama nije potrebna nikakva zdravstvena usluga, on će uzajamno pomagati drugog člana u zdravstvenom sustavu kome je takva usluga češće potrebna. Drugo je načelo *solidarnost*. U zdravstveni sustav uplaćuju zaposlene osobe. Nažalost, velik je broj onih koji ne uplaćuju u zdravstveni sustav. To su djeca, učenici i studenti i nezaposleni. Oni iz čijih se primanja izdvajaju sredstva za zdravstveni sustav solidarno pomažu onima koji nisu obavezni uplaćivati, ili nemaju nikakvih primanja pa nisu u mogućnosti. Treće je načelo *jednakost*. Jednakost je u pravima u području obveznog zdravstvenog osiguranja, bez obzira na činjenicu koliko je tko odvojio za funkcioniranje tog sustava.

Ovim se Zakonom regulira opseg prava na zdravstvenu zaštitu, uvjeti i način ostvarivanja prava, financiranje, kao i prava i obveze HZZO-a.

Obvezno zdravstveno osiguranje odnosi se na sve osobe s prebivalištem u RH te strance s odobrenim stalnim boravkom.

Osiguranim osobama smatraju se:

- osiguranici,
- članovi obitelji osiguranika,
- druge osigurane osobe.

U okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika te dijagnostičke postupke kod sumnje na profesionalnu bolest.

Velik je broj kategorija **osiguranih osoba**, a to su:

- 1. osobe u radnom odnosu kod domaćeg ili stranog poslodavca sa sjedištem u RH,*
- 2. osobe imenovane na stalne dužnosti u tijelima državne vlasti ili lokalne uprave,*
- 3. osobe s prebivalištem u RH zaposlene u inozemstvu kod stranog poslodavca koje nemaju zdravstveno osiguranje stranog nositelja ZO,*
- 4. članovi uprave trgovačkih društava,*
- 5. osobe na stručnom osposobljavanju po završetku škole, bez zasnivanja radnog odnosa,*
- 6. osobe u djelatnosti obrta, slobodnih zanimanja i poljoprivrednici kojima je to jedino zanimanje, ako su obveznici poreza na dohodak,*
- 7. poljoprivrednici, ako su vlasnici, posjednici ili zakupci te ako nisu obveznici poreza na dohodak,*
- 8. svećenici i drugi vjerski službenici,*
- 9. korisnici mirovine i korisnici prava na profesionalnu rehabilitaciju,*
- 10. korisnici mirovine i invalidnine koji to pravo ostvaruju isključivo od stranog nositelja mirovinskog i invalidskog osiguranja,*
- 11. nezaposlene osobe prijavljene u evidenciju u Hrvatskom zavodu za zapošljavanje (HZZ), ako su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana:*

- a) od prestanka radnog odnosa,*
 - b) od prestanka vojnog roka,*
 - c) od otpuštanja iz kaznene ili zdravstvene ustanove (sigurnosna mjera obveznog liječenja),*
 - d) po završetku redovitog školovanja,*
 - e) od navršenih 18 godina života, ako nisu osigurane,*
 - f) od dana prestanka primanja novčane naknade.*
- 13. učenici i studenti, ako nisu osigurani po drugoj osnovi,*
- 14. osobe s prebivalištem u RH s izgubljenim statusom učenika ili redovitog studenta,*
- 15. supružnik umrlog osiguranika koji nije stekao pravo na obiteljsku mirovinu, ako je prijavljen u evidenciju nezaposlenih osoba,*
- 16. osobe s prebivalištem te stranci s prebivalištem u RH s priznatim statusom RVI ili civilnih invalida rata,*
- 17. hrvatski branitelji, ako nemaju drugu osnovu ZO,*
- 18. osobe koje njeguju HRVI,*
- 19. osobe koje su bile korisnici ZO kao vojni invalidi ili obitelj palih boraca ranijeg rata,*
- 20. osobe na odsluženju vojnog roka, civilni obveznici,*
- 21. osobe upućene na školovanje od strane poslodavca,*
- 22. osobe kao stipendisti prije zasnivanja radnog odnosa,*
- 23. osobe upućene u inozemstvo u okviru suradnje,*
- 24. osoba sa statusom roditelja njegovatelja,*
- 25. članovi obitelji stradalog, zatočenog ili nestalog hrvatskog branitelja,*
- 26. osobe kojima je priznat status azilanta u RH.*

Članovi obitelji osiguranika koji imaju pravo na zdravstveno osiguranje:

- 1. supružnik (bračni, izvanbračni),
- 2. djeca (iz braka, izvan braka, posvojena, pastorčad),
- 3. roditelji (otac, majka, očuh, maćeha, posvojitelji) ako su nesposobni za samostalni rad i ako ih osiguranik uzdržava,

4. unuci, braća, sestre, djed i baka ako su nesposobni za samostalni rad i ako ih osiguranik uzdržava.

Supružnik i nakon razvoda zadržava status osigurane osobe:

1. ako je stekao pravo na uzdržavanje,
2. ako je potpuno i trajno nesposoban za rad,
3. ako su mu sudskom odlukom djeca povjerena na čuvanje i odgoj.

Na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, osim zaposlenika, obvezno se osiguravaju:

1. učenici i studenti na redovitom školovanju,
2. osobe na stručnom osposobljavanju ili prekvalifikaciji,
3. djeca sa smetnjama u tjelesnom i duševnom razvoju na praktičnoj nastavi ili na obveznom praktičnom radu,
4. osobe koje pomažu redarstvenim službama u obavljanju poslova iz njihove nadležnosti,
5. osobe koje sudjeluju u akcijama spašavanja ili u zaštiti i spašavanju u slučaju prirodnih i drugih nepogoda,
6. osobe koje na poziv državnih i drugih ovlaštenih tijela obavljaju dužnosti u interesu RH,
7. sportaši, treneri ili organizatori u sklopu organizirane amaterske sportske aktivnosti,
8. pripadnici Hrvatske gorske službe spašavanja ili ronioci,
9. osobe koje kao članovi terenskih sastava sudjeluju u spašavanju i zdravstvenoj zaštiti u prirodnim i drugim nepogodama i nesrećama (poplave, potresi i sl.),
10. osobe na odsluženju vojnog roka, odnosno dragovoljnom služenju vojnog roka,
11. osobe koje sudjeluju u organiziranim javnim radovima,
12. osobe koje ispunjavaju obvezu sudjelovanja u civilnoj zaštiti,
13. osobe koje kao članovi operativnih sastava dobrovoljnih vatrogasnih organizacija obavljaju zadatke gašenja požara, zaštite i spašavanja,

14. osobe koje se po posebnom zakonu zapošljavaju na privremenim, odnosno povremenim sezonskim poslovima u poljoprivredi.

U okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja svaka osigurana osoba ima jednaka prava. S jedne strane, ta se prava odnose na pravo ostvarivanja zdravstvene zaštite, što je temeljna svrha postojanja sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. S druge strane, to se pravo proširuje na određene novčane naknade, na koje također imaju pravo svi osiguranici kad su ostvareni uvjeti za priznavanje određenih novčanih naknada.

PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA jesu (dvije skupine prava):

- 1. pravo na zdravstvenu zaštitu,*
- 2. pravo na novčane naknade.*

U okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti osiguravaju se:

- mjere specifične zdravstvene zaštite radnika,*
- prava za slučaj priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti, i to:*

- a) pravo na zdravstvenu zaštitu,*
- b) pravo na novčane naknade.*

Očito da u slučaju ozljede na radu i profesionalne bolesti osiguranici imaju proširen opseg prava koje se odnose na mjere specifične zdravstvene zaštite radnika.

Kako zakonodavac definira ozljedu na radu i profesionalnu bolest? Iz kraćeg teksta koji slijedi moguće je definirati ta dva pojma. Treba uočiti kako je pojam nastanka ozljede na radu proširen i na onu ozljedu koju zadobije osigurana osoba na putu od stana do mjesta rada i obratno. A te su ozljede vrlo česte.

Ozljedom na radu smatra se:

1. ozljeda izazvana neposrednim i kratkotrajnim mehaničkim, fizikalnim ili kemijskim djelovanjem te ozljeda prouzročena naglim promjenama položaja tijela, iznenadnim opterećenjem tijela ili drugim promjenama fiziološkog stanja organizma, ako je uzročno vezana uz obavljanje poslova,
2. ozljeda koja je nastala izravno i isključivo kao posljedica nesretnog slučaja ili više sile za vrijeme rada,
3. ozljeda koju osigurana osoba zadobije na redovitom putu od stana do mjesta rada i obratno.

Profesionalne bolesti jesu bolesti izazvane dužim neposrednim utjecajem procesa rada i uvjeta rada na određenim poslovima.

No, vratimo se na **pravo na zdravstvenu zaštitu** koje obuhvaća:

- primarnu zdravstvenu zaštitu,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
- bolničku zdravstvenu zaštitu,
- pravo na lijekove s liste lijekova (osnovne i dopunske) HZZO-a,
- stomatološko-protetsku pomoć i nadomjestke,
- pravo na ortopedsku i druga pomagala,
- zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

Kao što se može vidjeti, pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaća sve razine zdravstvene zaštite, kao i pravo na lijekove, protetske nadomjestke, ortopedsku pomagala i liječenje u inozemstvu. Međutim, spomenuta se prava ne ostvaruju u cijelosti i u punom iznosu vrijednosti pojedinih usluga. HZZO plaća pojedine usluge u rasponu od 100 % do 50 %, dok za neke posebne želje u ostvarivanju zdravstvene zaštite ne snosi troškove. Dugačak je popis zdravstvenih usluga koje HZZO plaća u cijelosti (100 %), a njihov se broj smanjuje kako se smanjuje udio kojim sudjeluju u pokrivanju troškova do pune cijene tih usluga.

HZZO u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja plaća zdravstvene usluge:

1. u cijelosti (100%):

- 1. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djeci do navršene 18. godine života,*
- 2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,*
- 3. zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda te zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinskom oplodnjom,*
- 4. preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu u svezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima,*
- 5. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,*
- 6. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,*
- 7. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,*
- 7.a cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti,*
- 8. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,*
- 9. zdravstvenu zaštitu u svezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,*
- 10. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć,*
- 11. kućne posjete i kućno liječenje,*
- 12. patronažnu zdravstvenu skrb,*
- 13. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika*
- 14. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,*
- 15. zdravstvenu njegu u kući bolesnika,*
- 16. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite.*

2. 80% vrijednosti zdravstvene usluge:

- 1. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući dnevnu bolnicu i kirurške zahvate u dnevnoj bolnici, osim ambulantne fizikalne medicine i rehabilitacije,*
- 2. specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite,*

3. *ortopedska i druga pomagala,*
4. *specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući,*
5. *liječenje u inozemstvu,*
6. *troškove bolničke zdravstvene zaštite,*
7. *stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba od 18 godina starosti.*

3. 75 % vrijednosti zdravstvene usluge

- *troškove smještaja i prehrane u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje kroničnih bolesnika,*
- *stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici za osobe iznad 65. godina starosti.*

4. 70 % vrijednosti zdravstvene usluge

- *specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u fizikalnoj medicini i rehabilitaciji,*
- *troškove smještaja i liječenja u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti za liječenje akutnih bolesti.*

5. 50 % vrijednosti zdravstvene usluge

- *stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba.*

Ako HZZO pokriva samo dio troškova za pojedine oblike liječenja, tko je dužan pokriti preostali dio do pune cijene? Dakako, to su sami osiguranici. Osigurane osobe dužne su sudjelovati u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite do pune cijene neposredno ili putem dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod i osiguravatelji, sukladno Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

LISTE LIJEKOVA sadrže one lijekove koji imaju odobrenje za stavljanje u promet u RH.

Osnovna lista lijekova Zavoda sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti.

Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijena, pri čemu Zavod osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka s osnovne liste lijekova. Ova lista sadrži i iznos doplate neposredno ili preko dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Osigurane osobe imaju pravo na ortopedska i druga pomagala te stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke, ako ispunjavaju uvjet prethodnoga obveznoga zdravstvenog osiguranja u Zavodu u trajanju od najmanje 12 mjeseci neprekidno, odnosno 18 mjeseci s prekidima u posljednje dvije godine prije nastupa osiguranog slučaja.

Standarde i normative zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, uključujući popis vrsta i broja terapijskih i dijagnostičkih postupaka po osiguranoj osobi na godišnjoj razini, kao i način ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja za svaku kalendarsku godinu donosi upravno vijeće Zavoda uz suglasnost ministra zdravlja.

Kao što je već spomenuto, HZZO ne plaća određene troškove koji su uglavnom povezani s posebnim željama osiguranika.

Ne plaćaju se povećani troškovi:

- zbog posebnih želja osiguranika (vjerski razlozi),
- eksperimentalnog liječenja,
- estetske kirurgije (osim urođenih anomalija, nakon mastektomije i teških ozljeda),
- liječenja dobrovoljno stečenoga steriliteta,
- kirurškog liječenja pretilosti,

- liječenja posljedica komplikacija nastalih zdravstvenom zaštitom izvan obveznog osiguranja,
- zdravstvene zaštitu koju osigurava poslodavac ili lokalna uprava
- zdravstvene zaštitu na radu.

Drugi dio prava koji proizlazi iz zdravstvene zaštite odnosi se na novčane naknade. Kakve su to naknade i na što se odnose?

PRAVO NA NOVČANE NAKNADE:

- naknada plaće za vrijeme bolovanja,
- naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici od kojih se utvrđuju drugi dohoci, sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,
- naknada troškova prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite,
- naknada za troškove smještaja jednom od roditelja ili osobi koja se skrbi o djetetu za vrijeme bolničkog liječenja djeteta.

Pravo na novčane naknade u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti obuhvaća:

1. naknadu plaće,
2. naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite,
3. naknadu pogrebnih troškova u slučaju smrti.

PRAVO NA NAKNADU PLAĆE ima zaposlenik:

- privremeno nesposoban za rad zbog bolesti/ozljede,
- izoliran kao kliconoša,
- određen za pratitelja bolesnika,
- određen za njegovanje supružnika ili djeteta,
- zbog bolesti u vezi s trudnoćom i porođajem,
- korisnik obveznog rodiljnog dopusta i prava na rad s polovicom

- punoga radnog vremena,*
- za korištenje prava na stanku zbog dojenja djeteta,*
 - privremeno spriječen za rad zbog korištenja dopusta za slučaj smrti djeteta, u slučaju mrtvorodenog djeteta ili smrti djeteta za vrijeme korištenja roditeljnog dopusta,*
 - zbog rane ili bolesti kao neposredne posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu,*
 - privremeno nesposoban za rad zbog priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.*

NAKNADU ZA BOLOVANJE isplaćuje:

- pravna osoba za prvih 42 dana bolovanja,
- za invalide rada pravna osoba za prvih 7 dana,
- za sve ostale slučajeve naknadu isplaćuje HZZO od prvog dana korištenja bolovanja.

Poslodavac uvijek daje novac za naknadu, a Zavod mu vraća kroz 30 dana po primitku zahtjeva za povrat.

Za njegu člana obitelji odobrava se bolovanje do 20 radnih dana, a za dijete do 7 godina starosti do 40 radnih dana, a tako i do 18 godina, dok za dulje bolovanje odlučuje liječničko povjerenstvo Zavoda.

Bolovanje odobrava izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite.

Duže bolovanje odobrava liječničko povjerenstvo Zavoda.

Osiguranik ima pravo na naknadu plaće za cijelo vrijeme bolovanja koje mu je odredio liječnik ili povjerenstvo, sve dok ne postane sposoban za rad ili do utvrđivanja invalidnosti.

Poslodavac osiguranika može zahtijevati od Zavoda kontrolu opravdanosti bolovanja.

Nakon šest mjeseci neprekidnog bolovanja zbog iste bolesti doktor

mora uputiti osiguranika na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti. Tijelo mirovinskog osiguranja donosi ocjenu kroz mjesec dana.

Osiguranika kod kojeg je nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog tijela vještačenja mirovinskog osiguranja utvrđena invalidnost zbog profesionalne nesposobnosti za rad, poslodavac je obvezan od prvoga idućeg dana od donošenja navedene ocjene rasporediti na druge poslove i radne zadatke koji u skladu s tom ocjenom odgovaraju njegovoj preostaloj radnoj sposobnosti, ili s njim sklopiti ugovor o radu u skraćenom radnom vremenu.

Osiguranik koji je navršio 65 godina života i 15 godina mirovinskog staža nema pravo na naknadu plaće na teret sredstava obveznoga zdravstvenog osiguranja za vrijeme bolovanja, već na teret sredstava poslodavca.

Osiguranik nema pravo na naknadu plaće:

- ako je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost,
- ako u toku od tri dana od početka bolesti ne obavijesti doktora o nastanku nesposobnosti za rad,
- namjerno sprečava ozdravljenje,
- za vrijeme bolovanja radi,
- ako se ne odazove na poziv za pregled,
- ako otputuje bez suglasnosti liječnika.

Što se tiče novčane naknade za plaću, ona iznosi **najmanje 70 % osnovice za naknadu. Naknada plaće jest prosjek plaće u zadnjih 6 mjeseci.** U nekim posebnim slučajevima naknada za plaću iznosi 100 %. Kroz ovu odredbu zakonodavac je pokazao socijalnu osjetljivost, kao i elemente pronatalitetne politike. U ovoj kategoriji nalaze se i kliconoše. To je posve razumljivo, s obzirom na činjenicu da je pregled na kliconoštvo obavezan u zanimanjima u kojima se zaraza može prenijeti na veći broj drugih osoba (ugostiteljstvo, proizvodnja hrane i

vode za piće, odgajatelji u dječjim vrtićima i sl.).

NAKNADA JE 100 %:

- zbog posljedica sudjelovanja u Domovinskom ratu,
- komplikacija trudnoće i porođaja,
- tijekom rodiljnog dopusta,
- korištenje dopusta za slučaj smrti djeteta,
- njega djeteta mlađeg od tri godine,
- zbog doniranja organa i tkiva,
- kliconoša,
- zbog ozljede na radu ili profesionalne bolesti.

Naknada plaće pripada osiguraniku ako ima staž od 12 mjeseci neprekidno ili 18 mjeseci ukupno u zadnje 2 godine.

NAKNADE TROŠKOVA PRIJEVOZA ZBOG KORIŠTENJA PRAVA NA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

Osiguranik ima pravo na naknadu troškova prijevoza ako je zbog liječenja upućen izvan prebivališta, i to pod uvjetom da je ovlaštena zdravstvena ustanova dalje od 50 km.

Neovisno o udaljenosti, pravo na naknadu imaju:

- djeca do 18. godina,
- profesionalno ozlijeđeni ili oboljeli,
- donori organa,
- hemodijalizirani zbog kronične bubrežne bolesti,
- osoba u pratnji ako je ona potrebna (svi do 18 godina).

Plaća se i prijevoz umrle osobe koja je zbog liječenja ili eksplantacije organa upućena izvan prebivališta, kao i ako je smrt osiguranika,

odnosno osigurane osobe, neposredna posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti.

FINANCIRANJE OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Financiranje zdravstvenog osiguranja u svakoj je državi osobit problem jer je u zdravstvenom sustavu kroničan nedostatak novčanih sredstava. Stoga su izvori financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja raznovrsni i kreću se u rasponu od doprinosa koji se uzima svakome tko ostvaruje zaradu, pa do državnog proračuna i dividendi iz uspješnog poslovanja Zavoda na tržištu kapitala.

Prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja jesu:

- 1) *doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje,*
- 2) *doprinosi za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu,*
- 3) *doprinos za nezaposlene osobe,*
- 4) *doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa,*
- 5) *posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu,*
- 6) *prihodi iz državnog proračuna,*
- 7) *prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju,*
- 8) *prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda,*
- 9) *prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine,*
- 10) *prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti.*

Iako nam se može učiniti da su izvori financiranja zdravstvenog sustava mnogostruki, to najčešće nije dovoljno za bezbrižno funkcioniranje tog sustava, upravo zbog brojnih izdataka koji su prisutni u realizaciji zdravstvene zaštite.

Izdaci obveznog zdravstvenog osiguranja jesu za:

1. *zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,*

2. *specifičnu zdravstvenu zaštitu,*
3. *naknade plaća za vrijeme privremene nesposobnosti,*
4. *novčane naknade zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju primici od kojih se utvrđuje drugi dohodak sukladno propisima o doprinosima za obvezna osiguranja,*
5. *naknade za troškove prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,*
6. *naknade za troškove smještaja,*
7. *naknade za pogrebne troškove,*
8. *provedbu obveznoga zdravstvenog osiguranja,*
9. *rad tijela upravljanja Zavodom,*
10. *ostale izdatke.*

Izdaci u jednoj kalendarskoj godini pokrivaju se prihodima u istoj godini.

Kao što je bilo prikazano, dio financijskih sredstava koja se kao prihod slijevaju u HZZO dobiva se iz proračuna države. Za koji dio zdravstvene zaštite država osigurava sredstva?

Republika Hrvatska osigurava u državnom proračunu posebna sredstva za prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, i to za:

1. *sredstva za isplatu naknada plaće za vrijeme privremene nesposobnosti,*
2. *sredstva za troškove zdravstvene zaštite za:*
 - a) *provođenje mjera povećane zdravstvene skrbi za osigurane osobe starije od 65 godina života, kao i za osigurane osobe djecu do navršene 18. godine života,*
 - b) *zdravstveno prosvjeđivanje,*
 - c) *liječenje po posebnim propisima,*
 - d) *hitnu medicinsku pomoć na državnim cestama,*
 - e) *razliku u troškovima zdravstvene zaštite izazvane većim odstupanjem u organiziranju zdravstvene zaštite od propisanih normativa zbog demografskih karakteristika (otoci, gustoća naseljenosti),*

- f) osobe čije je prebivalište nepoznato,*
- g) određene kategorije osiguranika predviđene ovim Zakonom,*
- h) međunarodne obveze na području zdravstvenog osiguranja.*

ODNOS ZAVODA I ZDRAVSTVENIH USTANOVA ODNOSNO ZDRAVSTVENIH RADNIKA U PRIVATNOJ PRAKSI

Sklapa se ugovor sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima.

Svake treće godine Zavod objavljuje natječaj za ugovor.

Ugovor s izabranim doktorom obuhvaća:

- cijene zdravstvene zaštite za opredijeljene osiguranike,*
- cijenu zdravstvene zaštite za preventivne preglede,*
- iznos sredstava za uputnice za konzilijarno-specijalistički preglede,*
- iznos za lijekove koje može prepisati na recept.*

Ugovor s bolnicom za provođenje bolničke zdravstvene zaštite.

Ugovor o provođenju bolničke zdravstvene zaštite obvezno sadrži najveći godišnji iznos sredstava za provođenje ugovorene bolničke zdravstvene zaštite utvrđen općim aktom koji donosi Upravno vijeće Zavoda uz suglasnost ministra nadležnog za zdravstvo.

Za provođenje bolničke zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog iznosa odgovoran je ravnatelj bolničke zdravstvene ustanove.

Tijekom ugovornog razdoblja Zavod provodi nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza zdravstvenih ustanova, privatnih zdravstvenih radnika i ugovornih isporučitelja pomagala, te da li:

- 1. provodi mjere zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja,*
- 2. primjenjuje pravila struke, a kod propisivanja terapije preporuke glede farmakoterapije, kliničke smjernice te načela farmakoekonomike vodeći računa o interakcijama i kontraindikacijama za pojedini slučaj,*

3. *postupa protivno odredbama Zakona,*
4. *zlorabi prava iz ovog Zakona.*

NAKNADA ŠTETE

Osigurana osoba obvezna je Zavodu naknaditi štetu:

- ako je ostvarila primanje iz sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja na osnovi neistinitih ili netočnih podataka,*
- ako je ostvarila primanje iz sredstava Zavoda uslijed toga što nije prijavila promjenu koja utječe na gubitak ili opseg prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.*

ZAKON O DOBOROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU (NN 150/2008, 71/10)

Radi se Zakonu kojim je prije manje od deset godina u Hrvatski zdravstveni sustav uvedeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ono se sastoji od triju oblika zdravstvenog osiguranja koji se međusobno znatno razlikuju.

DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE jest:

- dopunsko zdravstveno osiguranje,*
- dodatno zdravstveno osiguranje,*
- privatno zdravstveno osiguranje.*

Prva su dva dugoročna i ugovaraju se najkraće na godinu dana. To su neživotna osiguranja. Prava se ne mogu nasljeđivati niti prenositi na drugoga.

Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite i veći opseg prava u odnosu na obvezno zdravstveno osiguranje.

Privatno zdravstveno osiguranje osigurava zdravstvenu zaštitu strancima koji nisu obvezno osigurani prema Zakonu.

DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ovaj oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja provodi društvo za osiguranje koje je ovlašteno za takvo osiguranje. Osiguravatelj mora imati suglasnost Ministarstva zdravstva. Dopunsko zdravstveno osiguranje provodi i Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje.

Dopunsko zdravstveno osiguranje utvrđuje se ugovorom s ugovarateljem.

Osiguranik dopunskog zdravstvenog osiguranja jest osoba koja ima ugovor.

Važno je istaknuti da osoba koja se želi osigurati dopunskim zdravstvenim osiguranjem mora imati obvezno zdravstveno osiguranje. Osiguravatelj određuje premiju za dopunsko zdravstveno osiguranje, a iznos te premije jednak je za sve osobe koje se osiguravaju.

Kod ostvarivanja zdravstvene zaštite osiguranik koji ima dopunsko zdravstveno osiguranje ne mora sam plaćati razliku do pune cijene zdravstvene usluge, već zdravstvena ustanova razliku do pune cijene zdravstvene zaštite naplaćuje od osiguravatelja.

Za određene kategorije osiguranika sredstva za dopunsko zdravstveno osiguranje iz proračuna osigurava država, i to za:

- 1. osigurane osobe s invaliditetom koje imaju 100 % oštećenja organizma, odnosno tjelesnog oštećenja prema posebnim propisima,*
- 2. osigurane osobe darivatelje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,*
- 3. osigurane osobe dobrovoljne davatelje krvi s više od 35 davanja (muškarci), odnosno s više od 25 davanja (žene),*

4. osigurane osobe redovite učenike i studente starije od 18 godina,
5. osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini ne prelazi iznos od 45,6 % proračunske osnovice (dohodovni cenzus).

DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Drugi oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jest dodatno zdravstveno osiguranje, a o tom se osiguranju sklapa ugovor s osiguravateljem.

I ovdje vrijedi pravilo da se osigurati može osoba koja ima status osigurane osobe iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Osiguravatelj određuje visinu premije s obzirom na opseg pokriva te rizik kojem je osiguranik izložen, uzimajući u obzir dob, spol, bonus i malus, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanje ugovora. Iz toga je razvidno da iznos dodatnog zdravstvenog osiguranja nije jednak za sve osiguranike. Ovisi o brojnim čimbenicima koji su manje-više povezani s rizikom koji na sebe preuzima osiguravatelj. Što je rizik veći, dakle, vjerojatnost da će osiguranik češće koristiti skuplje oblike zdravstvene zaštite, to je i iznos premije dodatnog osiguranja veći. Dodatno osiguranje nije moguće koristiti u svim zdravstvenim ustanovama. Ugovorom se određuju zdravstvene ustanove i privatnici kod kojih se mogu koristiti ova prava, a te ustanove to mogu ugovoriti samo izvan ugovorenih kapaciteta i radnog vremena sa Zavodom za pružanje obveznog zdravstvenog osiguranja. Provođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja mora biti odobreno od ministra i regulirano općim aktom (upravno vijeće).

PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I ovaj oblik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ustanovljuje se ugovorom.

Osiguravatelj određuje visinu premije s obzirom na opseg pokriva te

rizik kojem je osiguranik izložen. Ugovorom se određuju zdravstvene ustanove i privatnici kod kojih se ostvaruje ovo pravo. Ove ustanove to mogu ugovoriti samo za kapacitete i vrijeme izvan ugovornih sa Zavodom.

Za to moraju dobiti suglasnost ministra zdravstva.

ZAKON O SESTRINSTVU

(NN 121/03, 117/08 i 57/11)

Zakon o sestrinstvu tek je jedan od nekoliko zakona koji su neposredno povezani s pojedinim zvanjima u medicini. Po nazivu je očito da je namijenjen medicinskim sestrama i u tom je smislu specifičan upravo za tu struku. Svaki zdravstveni djelatnik koji je završio neku od edukacijskih razina za medicinske sestre mora biti dobro upoznat s odredbama ovog Zakona kako bi se znao ponašati sukladno zakonodavnim normama te kako bi izbjegao moguću odgovornost za propuste i stručne pogreške, odnosno izbjegao povrede iz radnog odnosa. Stoga se medicinske sestre upućuju da detaljno prouče cjelovit tekst ovog Zakona, dok će ovdje biti riječi o glavnim odrednicama.

Odredbe ovog Zakona odnose se i na medicinske tehničare. Medicinske sestre jesu zdravstveni radnici u sastavu zdravstvene djelatnosti.

Odredbe ovoga Zakona odnose se na medicinske sestre koje obavljaju djelatnost zdravstvene njege na svim razinama zdravstvene zaštite, u djelatnosti socijalne skrbi i drugim djelatnostima u kojima medicinske sestre pružaju izravnu zdravstvenu zaštitu te medicinske sestre koje sudjeluju u obrazovanju medicinskih sestara u predmetima koji se odnose na zdravstvenu njegu.

Djelatnost medicinske sestre obuhvaća sve postupke, znanja i vještine zdravstvene njege. Njezin rad nije jednostavan. Nije dovoljno biti

visoko stručan i dobro poznavati stručna načela ovog zvanja. Za većinu drugih zvanja to je najčešće dovoljno. Kako medicinska sestra u svom radu pruža zdravstvenu njegu neposredno živoj osobi, u njezinu se radu nužno nameću još dva bitna kriterija, a to su etičnost i poštivanje prava pacijenata. Prava pacijenata su zbog važnosti zaštićena posebnim Zakonom. Dakle, sestra mora primjenjivati najbolje *stručno znanje* uz poštivanje *prava pacijenata, etičkih i stručnih načela*.

U svom radu medicinska sestra dolazi do brojnih podataka o pojedinom pacijentu, o njegovu zdravstvenom stanju, o odnosima u obitelji i na radnom mjestu te o njegovim štetnim navikama. Iznošenje tih podataka u javnost moglo bi nauditi pacijentu te narušiti njegov ugled u obitelji, radnoj sredini i društvu. Zbog toga je sestra sve što sazna dužna čuvati kao profesionalnu tajnu, a osobito podatke o zdravstvenom stanju pacijenata.

Medicinska sestra svoju djelatnost provodi na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno standardima koje odredi ministar. Zdravstvena je njega javna djelatnost te podliježe kontroli standarda obrazovanja i standarda kvalitete.

Priziv savjesti

Često se postavlja pitanje može li medicinska sestra, kao uostalom i svaki drugi zdravstveni radnik, odbiti pružanje zdravstvene njege/skrbi nekom pacijentu. U tom se pogledu nameće nekoliko pitanja, od kojih je temeljno ono etičke prirode. Razlog za odbijanje pružanja zdravstvene njege/skrbi mora biti vrlo ozbiljan i u suprotnosti s čvrstim osobnim etičkim načelima medicinske sestre. Ovdje zasigurno u sukob dolaze etička načela struke i ona svakog pojedinca, u čemu se međusobno razlikujemo. Dok su etička načela struke vrlo čvrsto definirana i više-manje jasna, to se ne bi moglo reći za osobne etičke stavove koji se mogu bitno razlikovati među djelatnicima iste obrazovne razine. Ovo zavređuje šire elaboriranje problema i čini okosnicu brojnih stručnih rasprava. Jedinstven je stav i zakonodavno je

riješeno tako da se *radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja, medicinska sestra ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje zdravstvene/sestrinske njege ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvijestiti pacijenta i odgovornu ili nadređenu osobu.* Iz ovoga je jasno da je pravo svakog zdravstvenog radnika na priziv savjesti i odbijanje pružanja zdravstvene skrbi ograničeno s nekoliko bitnih čimbenika. Odluka o nepružanju skrbi zbog priziva savjesti ne smije se kositi s pravilima struke. S druge strane, takva odluka ne smije dovesti do trajnih posljedica za zdravlje pacijenta, a još manje do ugroze njegova života. U slučaju takve prijetnje po zdravlje i život pacijenta, medicinska sestra ne smije odbiti pružanje sestrinske njege, bez obzira na svoja etička, vjerska i moralna uvjerenja. Ako su ispunjeni uvjeti za priziv savjesti, medicinska je sestra obavezna o svojoj odluci pravodobno obavijestiti pacijenta, kao i odgovornu odnosno nadređenu osobu.

Provođenje zdravstvene njege mora biti sukladno planu i programu mjera zdravstvene zaštite.

Zdravstvena/sestrinska njega uključuje primjenu specifičnih znanja i vještina temeljenih na znanstvenim spoznajama iz područja sestinstva, prirodnih, medicinskih i humanističkih znanosti. Očito, sestra mora imati široku naobrazbu utemeljenu na znanstvenim spoznajama, ne samo iz medicine, već i iz drugih srodnih znanstvenih disciplina, uključujući i humanističke znanosti. Subjekt sestrinske njege jest pacijent – živi čovjek s kojim sestra tijekom svojeg rada nužno uspostavlja određeni odnos – komunikaciju. Pri tom je nužno održati visoku razinu razumijevanja za potrebe pacijenta – ne samo s biomedicinskog stanovišta, već i s onog humanističkog. Po tome se znatno razlikuje rad medicinske sestre, ili bilo kojeg drugog zdravstvenog radnika, od primjerice ekonomista ili menadžera kojem je na prvom mjestu profit, a ne osjećaji i potrebe onih s kojima surađuje.

Zbog toga se često može čuti da je rad medicinske sestre prije svega human. Kvaliteta humanog odnosa prema pacijentima razlikuje rad pojedine medicinske sestre od druge koja jednako tako može svoj posao s normativnog i usko stručnog stanovišta obavljati posve korektno. Humani odnos i visoko stručan rad osobine su kvalitetnog rada svakog zdravstvenog djelatnika, osobito medicinske sestre koja pružajući sestrinsku skrb/njegu ulazi u najintimnije tajne svojih pacijenata.

Djelatnost zdravstvene njege provodi se na svim razinama zdravstvene zaštite, u djelatnosti socijalne skrbi i svim djelatnostima u kojima medicinske sestre pružaju izravnu zdravstvenu zaštitu.

Sestrinsku djelatnost mogu obavljati samo medicinske sestre, u opsegu koji im pružaju kompetencije stečene obrazovanjem. Iz ovog je razvidno da se sestrinska djelatnost razlikuje ovisno o obrazovnoj razini i kompetencijama stečenim tijekom obrazovanja i obaveznog pripravničkog staža. Nemojmo zaboraviti da se neki temeljni oblici zdravstvene njege vrlo uspješno obavljaju unutar obitelji prigodom njege nekog člana koji je u takvoj potrebi. Takva je zdravstvena njega nužna i vrlo korisna jer zdravstveni radnici ne mogu svakog trenutka biti uz svaku osobu kojoj je potrebna njega. Često to vrlo uspješno obavljaju ljudi koji su se priučili određenoj njezi, a da pri tom nemaju nikakvu medicinsku naobrazbu. Koliko god uspješna i korisna, pa često i nužna, takva njega ne može se nazvati sestrinskom njegom. Sestrinska njega usko je povezana sa sestrinskom djelatnošću na koju se ima pravo tek nakon završenog obrazovanja.

Standard obrazovanja medicinskih sestara

Za zanimanje medicinske sestre temeljna je naobrazba srednja medicinska škola.

Viša razina obrazovanja medicinskih sestara stječe se završetkom preddiplomskog stručnog ili sveučilišnog studija sestrinstva za medicinske sestre, i/ili diplomskog sveučilišnog studija sestrinstva. Nakon završenog diplomskog sveučilišnog studija medicinska sestra

može završiti doktorski studij i obraniti disertaciju, čime stječe znanstveno zvanje doktora znanosti.

Dodatno usavršavanje medicinske sestre

Provodi se ako to zahtijevaju opseg i složenost postupaka i vještina. To je dodatno usavršavanje i specijalizacija iz određenog područja zdravstvene zaštite.

Sadržaj i duljinu dodatnog usavršavanja određuje Hrvatska komora medicinskih sestara, a specijalizacije ministar. Provodi se u zdravstvenim ustanovama, ustanovama za strukovno obrazovanje ili visokim učilištima.

Trajno stručno usavršavanje

Medicinske sestre imaju pravo i obvezu stručnog usavršavanja stalnim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja i vještina, u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva. Trajno stručno usavršavanje provodi se sudjelovanjem na stručnim seminarima, tečajevima i stručnim skupovima.

Sadržaj, rokove i postupak trajnog usavršavanja medicinskih sestara općim aktom propisuje Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Poslodavac je obavezan omogućiti medicinskoj sestri stručno usavršavanje u opsegu potrebe za obnavljanje odobrenja za samostalan rad.

Na taj način trajno stručno usavršavanje postaje uvjet za produžetak odobrenja za samostalni rad (licenca). Iz tog razloga HKMS dodjeljuje određeni broj bodova za sudjelovanje na različitim oblicima usavršavanja, bilo kao promatrač ili aktivni sudionik (predavač, stručni članak). Boduje se i objavljivanje radova u stručnoj medicinskoj literaturi, a većim brojem bodova takav se rad osobito potiče.

Uvjeti za obavljanje djelatnosti medicinske sestre

Medicinska sestra koja *nije* stekla temeljnu naobrazbu za medicinske sestre u strukovnoj školi može provoditi zdravstvenu njegu samo pod

nadzorom.

Takva medicinska sestra provodi zdravstvenu njegu kao medicinska sestra-pripravnik.

Nadzor nad radom medicinske sestre-pripravnika može provoditi samo medicinska sestra koja ima pravovaljano odobrenje za samostalan rad. Medicinska sestra koja je stekla temeljnu naobrazbu u strukovnoj školi za medicinske sestre provodi zdravstvenu njegu samostalno, a na temelju odobrenja za samostalan rad (licenca), u skladu s kompetencijama stečenih obrazovanjem.

Voditelj tima zdravstvene njege jest medicinska sestra koja je završila najmanje preddiplomski studij sestринства, koja je upisana u registar medicinskih sestara pri Hrvatskoj komori medicinskih sestara i kojoj je dano odobrenje za samostalan rad, u skladu s kompetencijama stečenim obrazovanjem.

Zdravstvenu njegu kao član tima provodi medicinska sestra koja je završila strukovno obrazovanje za zanimanje medicinska sestra, koja je upisana u registar i kojoj je dano odobrenje za samostalan rad, u skladu s kompetencijama stečenim obrazovanjem.

Medicinska sestra koja je stekla temeljnu naobrazbu u strukovnoj školi stječe pravo na upis u registar i dobivanje odobrenja za samostalan rad.

Pravo na samostalan rad (licencu) medicinskoj sestri daje Hrvatska komora medicinskih sestara.

Licenca se produljuje svakih šest godina.

Medicinska sestra može obavljati djelatnost zdravstvene njege samo u okviru kompetencija stečenih obrazovanjem i dodatnim usavršavanjem utvrđenih odobrenjem za samostalan rad.

Medicinskim sestrama-strancima Hrvatska komora medicinskih sestara daje odobrenje za samostalan rad na vrijeme određeno propisima koji uređuju rad stranaca u Republici Hrvatskoj.

Dužnosti medicinske sestre

Dužnosti medicinske sestre mnogobrojne su:

- primjena svih dostupnih znanja iz područja sestrinstva, temeljenih na dostatnom razumijevanju strukture, fizioloških funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih osoba, kao i odnosa između zdravstvenog stanja čovjeka te njegova fizičkog i društvenog okruženja,*
- primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa,*
- postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi,*
- provedba zdravstvene njege po utvrđenom planu njege,*
- sposobnost sudjelovanja u praktičnoj izobrazbi zdravstvenog osoblja,*
- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,*
- pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije,*
- provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti,*
- vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata,*
- pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja,*
- pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika,*
- čuvanje profesionalne tajne,*
- poštivanje prava bolesnika,*
- poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara,*
- poštivanje vjerskih načela pacijenta,*
- suradnja sa svim članovima zdravstvenog tima,*
- čuvanje ugleda ustanove (poslodavca),*
- ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme,*

– djelovanje u interesu bolesnika.

Kako se može vidjeti iz taksativno nabrojanih dužnosti medicinske sestre, te su dužnosti brojne. Teško bi bilo izdvojiti neku od njih koja je važnija od neke druge. Sve su one podjednako važne za uspješan i kvalitetan rad medicinske sestre. *Uz potrebna znanja, primjenu metoda po određenim pravilima i utvrđenom planu njege, vođenje dokumentacije, suradnju sa svim članovima tima koji brinu o pojedinom pacijentu, medicinska sestra mora čuvati profesionalnu tajnu, poštovati prava i vjerska načela pacijenata i etički kodeks, te djelovati ekonomično i učinkovito u interesu bolesnika.* Svrha sestriinske djelatnosti jest zaštita zdravlja pojedinca, obitelji i cjelokupnog pučanstva.

Medicinska sestra s temeljnom naobrazbom:

- primjenjuje znanja i vještine iz područja zdravstvene skrbi, osnovnih predmeta struke i društvene skupine predmeta u razumijevanju fizioloških funkcija i ponašanja zdravih i bolesnih pojedinaca, kao i odnosa između zdravstvenog stanja pojedinca i njegova fizičkog i društvenog okruženja,
- primjenjuje načela sestriinske etike – etičkog kodeksa medicinskih sestara,
- primjenjuje deklaracije o ljudskim pravima i pravima bolesnika,
- osigurava povjerljivost i sigurnost pisanih i usmenih informacija dobivenih obavljanjem profesionalnih dužnosti,
- primjenjuje važeće propise u obavljanju profesionalne dužnosti,
- sudjeluje u planiranju, pripremanju i provođenju osnovne zdravstvene/sestriinske njege u skladu sa standardiziranim postupcima i samovrednovanjem rada,
- sudjeluje u planiranju, pripremanju i provođenju i/ili u izvođenju medicinsko-tehničkih zahvata zdravih i bolesnih pojedinaca svih životnih dobi,
- potiče i/ili pomaže bolesniku u zadovoljavanju osnovnih životnih

aktivnosti, poštujući njegovo ljudsko dostojanstvo i kulturološke različitosti,

- sudjeluje u unapređenju i osiguravanju kakvoće postupaka zdravstvene/sestrinske njege,*
- vodi zdravstvenu dokumentaciju i dokumentaciju zdravstvene/sestrinske njege, izvješćuje članove zdravstvenog tima poštujući tajnost podataka,*
- koristi suvremenu informacijsko-komunikacijsku tehnologiju u pisanom, govornom i elektroničkom obliku,*
- prepoznaje životno ugroženog pojedinca i primjenjuje hitne medicinske postupke sukladno kompetencijama,*
- sudjeluje u zdravstvenom odgoju pojedinca, obitelji i zajednice svih životnih dobi s ciljem promicanja zdravlja i zdravog načina života,*
- primjenjuje postupke očuvanja zdravlja i zdravog okoliša te skrb za osobnu sigurnost, sigurnost pojedinca i zajednice,*
- primjenjuje pravila zaštite na radu i rada na siguran način,*
- primjenjuje vještine komuniciranja s članovima tima za zdravstvenu/sestrinsku njegu i ostalim osobljem te s pacijentom, njegovom obitelji i zajednicom,*
- razvija samostalnost i samoinicijativnost u radu u okviru profesionalne odgovornosti,*
- sudjeluje u radu zdravstvenoga i/ili multidisciplinarnoga tima u okviru profesionalne odgovornosti,*
- razvija odgovornosti za cjeloživotno učenje, profesionalni razvoj i unapređenje kompetencija u skladu s potrebama tržišta rada,*
- sudjeluje u izobrazbi učenika i stručnom usavršavanju zdravstvenog osoblja.*

Medicinska sestra magistra sestrinstva, osim svih navedenih kompetencija:

- izvodi edukaciju svih razina medicinskih sestara sukladno propisima o visokom obrazovanju,*
- provodi znanstveni rad,*

– organizira i upravlja osobljem, materijalnim sredstvima te sustavima podrške u okviru svog autonomnog područja djelovanja zdravstvene/sestrinske njege, na svim razinama zdravstvene zaštite i socijalne skrbi te na poslovima koji uključuju sestrinsku djelatnost,
– upravlja sustavom kvalitete zdravstvene/sestrinske njege i procjene razvoja zdravstvene njege.

Kako se može zaključiti, medicinska sestra s visokom naobrazbom, uz ostalo, izvodi edukaciju, organizira rad i upravlja osobljem i sustavom kvalitete te provodi znanstveni rad.

Medicinska sestra obvezno evidentira sve provedene postupke u sestrinsku dokumentaciju na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska je dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene zaštite.

Sadržaj i obrazac sestrinske dokumentacije, na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara, propisuje ministar nadležan za zdravstvo.

Teže povrede radne dužnosti

– kada svojim radom nanese štetu zdravlju bolesnika,
– kada promijeni način i sadržaj propisane terapije,
– kada namjerno učini materijalnu štetu.

U slučaju nemogućnosti provedbe postupaka zdravstvene njege, medicinska sestra obvezna je odmah o tome pisanim putem izvijestiti nadređenu osobu.

Izuzetak od odgovornosti medicinske sestre

Medicinska sestra **nije odgovorna** za neprovođenje postupaka zdravstvene njege, odnosno neprovedeni ordinirani postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potreban pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne zdravstvene/sestrinske njege.

Medicinska sestra odgovara pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara.

Kontrola kvalitete

Kontrolu provodi posebno educirana medicinska sestra kao član tima koji imenuje poslodavac u suradnji s HKMS.

Kontrola kvalitete rada medicinske sestre naročito obuhvaća:

- plan zdravstvene njege,*
- provođenje postupaka zdravstvene njege,*
- rezultate zdravstvene njege,*
- utjecaj zdravstvene njege na zdravlje bolesnika.*

Privatna praksa

Može ju obavljati medicinska sestra koja ima odobrenje za samostalan rad izdano od HKMS.

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA

Komora jest strukovna samostalna organizacija medicinskih sestara. Komora promiče, zastupa i usklađuje interese medicinskih sestara. Medicinske sestre obvezno se udružuju u Komoru.

Komora obavlja sljedeće javne ovlasti:

- vodi registar svojih članova,*
- daje, obnavlja i oduzima licence za medicinske sestre,*
- obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara.*

Komora obavlja i sljedeće poslove:

- 1. donosi etički kodeks medicinskih sestara,*
- 2. surađuje s Ministarstvom zdravstva kod propisa,*
- 3. predlaže sadržaj protokola za plan i provođenje njege,*
- 4. predlaže standarde i normative za djelatnost medicinskih sestara,*

5. utvrđuje sadržaj i trajanje dodatnog usavršavanja,
6. utvrđuje programe trajnog stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara,
7. predlaže sadržaj sestrinske dokumentacije,
8. predlaže uvjete pod kojima se vrši stručni nadzor,
9. utvrđuje najniže cijene zdravstvene njege za medicinske sestre izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti,
10. utvrđuje cijene zdravstvene njege iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja,
11. utvrđuje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara,
12. utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti medicinskih sestara,
13. provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti medicinskih sestara,
14. surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo,
15. zastupa interese medicinskih sestara,
16. brine se za pravnu pomoć svojih članova,
17. brine se o drugim interesima svojih članova,
18. koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova,
19. surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za sestrinstvo,
20. obavlja i druge poslove određene zakonima, Statutom i drugim općim aktima Komore.

Komora ima Statut na koji suglasnost daje ministar.

Osnivači Komore jesu Ministarstvo zdravstva i Hrvatska udruga medicinskih sestara.

Komora stječe sredstva:

- od upisnine,
- od članarine,

– iz drugih prihoda.

Kaznene odredbe

– novčanom kaznom od 3.000 do 10.000 kuna kaznit će se medicinska sestra ako:

- ne čuva profesionalnu tajnu,
- provodi njegu, a nije upisana u registar,
- obavlja samostalan rad bez odobrenja,
- odmah pisano ne izvršiti nadređenog o nemogućnosti provođenja ordiniranog postupka, onemogućiti ili ometati provođenje stručnog nadzora,
- ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.

ETIČKI KODEKS MEDICINSKIH SESTARA

Hrvatska komora medicinskih sestara (22.12.2005.)

Riječ *etika* dolazi od grčke riječi *ethikos* (moralan, čudoredan) i *ethos* (običaj, narav, karakter). Etika je filozofska disciplina koja obuhvaća sustav moralnih načela, temeljnih vrijednosti i normi ponašanja kao kriterija procjene ispravnog i neispravnog, dobrog i lošeg. Govoreći o etici, najvažnija je individualna ili osobna etika pojedinca koja predstavlja njegova moralna načela, vrijednosti i uvjerenja prema kojima se ponaša i u svom profesionalnom dijelu života.

Kao dio profesionalne medicinske etike, razvija se i etika medicinskih sestara. Sestrinska se etika, baš kao i medicinska, po svom području proučavanja i interesa ubraja u primijenjenu etiku. Svi medicinski radnici, a osobito medicinske sestre, koje uz pacijenta provode najviše vremena od svih ostalih profila, imaju obavezu savjesno raditi svoj posao liječenja bolesnika, ali uz to postoji i pravna dužnost, a to je pružiti medicinsku uslugu uz obavezu poštivanja moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.

Etika sestrinstva utvrđuje vrijednosne kriterije dobrog ljudskog djelovanja i ispravnog ponašanja sestara u kompleksnom procesu skrbi i njege bolesnika. Etika sestrinstva, bazirana na skrbi, najsigurniji je put da sestrinstvo kao autonomna zdravstvena profesija ostane vjerna svojim originalnim idealima.

Uz Zakon o sestrinstvu, jedan od osnovnih akata kojih se moraju pridržavati medicinske sestre u svojem radu i odnosu s pacijentima i drugim djelatnicima u zdravstvu jest etički kodeks njihove struke.

OSNOVNA NAČELA

Medicinska sestra koja obavlja svoju djelatnost dužna je učlaniti se u Hrvatsku komoru medicinskih sestara, biti upisana u registar i imati odobrenje za samostalan rad.

Medicinska sestra mora:

- *poštivati pacijenta kao ljudsko biće,*
- *poštivati pravo pacijenta na njegov fizički i mentalni integritet,*
- *poštivati osobnost i privatnost pacijenta,*
- *poštivati njegov svjetonazor, moralna i vjerska uvjerenja,*
- *provjeriti da je pacijent dao pristanak na liječenje,*
- *čuvati profesionalnu tajnu,*
- *surađivati s ostalim članovima tima,*
- *održavati svoje stručno znanje i sposobnost,*
- *biti osoba od povjerenja,*
- *prepoznati rizik kod pacijenta i svesti ga na najmanju moguću razinu,*
- *štititi i podržavati zdravlje pacijenta,*
- *održavati i povećavati dobar ugled profesije medicinske sestre.*

Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad, bez obzira na savjete ili upute drugih.

Medicinska sestra mora se brinuti da pacijent dobije sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu njegu.

Medicinska sestra mora se držati zakona.

ODNOS PREMA PACIJENTU

Medicinska sestra mora prepoznati i poštovati ulogu pacijenta kao partnera u zdravstvenoj njezi.

Medicinska sestra osobno je odgovorna za promicanje i zaštitu interesa i dostojanstva pacijenta, bez obzira na bilo koju pripadnost ili orijentaciju.

Medicinska sestra mora uvijek održavati profesionalne granice u odnosu s pacijentom.

Medicinska sestra mora odmah izvijestiti ako postoji prigovor savjesti bitan za obavljanje njezine profesionalne djelatnosti. U tom slučaju ne smije prestati pružati zdravstvenu njegu ako bi time uzrokovala trajne posljedice ili ugrozila život pacijenta.

SURADNJA S TIMOM

Medicinska sestra mora surađivati sa svim članovima tima i cijeniti vještine i doprinos kolegica.

Medicinska sestra mora ostvariti djelotvornu komunikaciju i dijeliti svoje znanje i vještine sa svim članovima tima.

Sestrinska dokumentacija sredstvo je komunikacije unutar tima.

Medicinska sestra odgovorna je da to bude precizan prikaz liječenja, planiranja i provođenja zdravstvene njege. Provedeni postupak mora biti čim prije upisan i mora dati jasan uvid u provedene procedure.

PROFESIONALNA TAJNA

Informacije o pacijentima medicinska sestra mora smatrati povjerljivima i koristiti ih samo u predviđene svrhe.

Medicinska sestra mora paziti da ne dođe do kršenja povjerljivosti, tako da ne dođe do njezina neprimjerenog pokazivanja.

Medicinska sestra može otkriti profesionalnu tajnu samo sukladno Zakonu ili uz odobrenje pacijenta.

TRAJNO USAVRŠAVANJE

Medicinska sestra mora održavati znanja i vještine tijekom čitavog radnog vijeka. Treba sudjelovati u obrazovnim aktivnostima koje to održavaju.

Medicinska sestra mora posjedovati znanje, vještine i sposobnosti koje se traže za siguran i djelotvoran rad.

Medicinska sestra mora jasno odrediti svoje stručne kompetencije te prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena.

Ako je nešto iznad njezinih kompetencija, medicinska sestra mora zatražiti pomoć kompetentne osobe, a ne smije provoditi takav postupak kojim bi mogla nauditi bolesniku.

Medicinska sestra ima obavezu da pomogne učenicima i studentima sestrinstva.

UGLED STRUKE

Medicinska sestra mora se ponašati tako da podiže ugled svoje struke.

Medicinska sestra ne smije iskoristiti svoj status u promoviranju komercijalnih proizvoda i usluga s namjerom ostvarivanja materijalnih interesa.

Medicinska sestra mora odbiti bilo kakav poklon ili uslugu koji bi se mogli shvatiti kao pokušaj stjecanja koristi.

Medicinska sestra ne smije primiti zajam od pacijenta ili njegove rodbine.

ZAŠTITA PACIJENATA OD RIZIKA

Medicinska sestra mora raditi s ostalim članovima tima na razvoju zdravstvene njege koji doprinosi sigurnom i etičkom radu.

Medicinska sestra mora pismenim putem izvijestiti pretpostavljanog o okolnostima u kojima ne može ukloniti posljedice koje bi mogle ugroziti standard struke.

Glavna medicinska sestra i voditelj tima imaju posebnu odgovornost prema pacijentima i kolegicama. Uvijek im na prvom mjestu mora biti interes i sigurnost pacijenta.

U hitnim slučajevima, na radu ili izvan rada, medicinska sestra ima profesionalnu dužnost pružiti pomoć, sukladno svojim kompetencijama.

OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI

Preporuka je da medicinska sestra za obavljanje svoje djelatnosti bude osigurana. To je u interesu medicinske sestre, pacijenta i poslodavca.

RJEŠAVANJE ETIČKIH PITANJA

Medicinska sestra dužna je konzultirati se s Komorom ako nije sigurna u to je li nešto u skladu s ovim Kodeksom.

Medicinska sestra koja uoči da njezina kolegica krši etički kodeks dužna joj je na to ukazati na neformalan način.

Ako se neki problem ne može riješiti na kolegijalan i neformalan način, tada je medicinska sestra dužna izvijestiti HKMS.

Medicinska sestra ne smije se baviti prijavama koje imaju za cilj nekoga povrijediti i poniziti, a ne zaštititi struku.

Medicinska sestra dužna je surađivati s tijelima HKMS.

ODNOS PREMA DRUGIM MEDICINSKIM SESTRAMA

Medicinska sestra mora se odnositi prema drugim medicinskim sestrama na način kako bi željela da se one odnose prema njoj.

Svojim učiteljicama iskazivati će poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primila.

Ako druga medicinska sestra zatraži od nje stručni savjet ili pomoć, pružit će joj pomoć nesebično i prema svojem najboljem znanju.

ODNOS PREMA HRVATSKOJ KOMORI MEDICINSKIH SESTARA

Medicinska će sestra HKMS smatrati svojom stručnom maticom, čuvajući i promičući joj ugled.

Medicinska sestra dužna je poštivati opće akte i sve druge upute i odluke Komore i na vrijeme ispunjavati sve obveze prema Komori.

ZAVRŠNE ODREDBE

Poštivanje odredaba ovog Kodeksa obaveza je svih medicinskih sestara.

ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA (NN 169/04; 37/08)

Ovim se Zakonom određuju prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.

Pacijentom u smislu ovoga Zakona smatra se svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije.

Svacom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na **kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu** primjerenu njegovu zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta, uz poštivanje njegovih osobnih stavova. Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima **humanosti i dostupnosti**.

Načelo **humanosti** zaštite prava pacijenata ostvaruje se:

- osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića,
- osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta,
- zaštitom osobnosti pacijenta, uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

Načelo **dostupnosti** zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske.

PRAVA PACIJENATA

Pravo na suodlučivanje

Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka.

Iznimka od prava na suodlučivanje

Pacijentovo pravo na suodlučivanje može se iznimno ograničiti samo kada je to opravdano njegovim zdravstvenim stanjem u slučajevima i na način posebno određenim ovim Zakonom.

Pravo na obaviještenost

Pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o:

- svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,
- mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
- svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
- mogućim zamjenama za preporučene postupke,

- tijekom postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,
- daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
- preporučenom načinu života,
- pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti.

Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku.

Na usmeni zahtjev pacijenta mišljenje o zdravstvenom stanju obvezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.

Pacijent uvijek ima pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju.

Tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, pacijent ima pravo na obaviještenost o uspjehu odnosno neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata, kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih.

Pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

Pravo na obaviještenost ima i pacijent s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi odnosno fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem.

Odbijanje primitka obavijesti

Pacijent ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svojeg zdravstvenoga stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera.

Pacijent s punom poslovnom sposobnošću ne može se odreći prava na

obaviještenost u slučajevima u kojima mora biti svjestan prirode svoje bolesti kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka

Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegova zdravlja.

Prihvaćanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti.

Zaštita pacijenta koji nije sposoban dati pristanak

Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta.

Zaštita pacijenta nad kojim se obavlja znanstveno istraživanje

Za znanstveno istraživanje nad pacijentom i uključivanje pacijenta u medicinsku nastavu nužan je izričiti pristanak obaviještenog pacijenta.

Zahvati na ljudskom genomu

Zahvat usmjeren na promjenu ljudskoga genoma može se poduzeti samo za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe, pod uvjetom da cilj promjene nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu potomka pacijenta.

Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji

Pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti. U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta,

izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik odnosno skrbnik pacijenta.

Pravo na povjerljivost

Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja, sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka.

Pravo na održavanje osobnih kontakata

Tijekom boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi pacijent ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove te pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama.

Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove

Pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima propisanim posebnim zakonom, u slučajevima kada bi to štetilo njegovu zdravlju i zdravlju ili sigurnosti drugih osoba.

Pravo na privatnost

Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege, pacijent ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost.

Pravo na naknadu štete

Pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznoga prava.

POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA

U cilju ostvarivanja i promicanja prava pacijenata u svakoj jedinici područne (regionalne) samouprave osniva se Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata.

U ostvarivanju društvene skrbi za zaštitu prava pacijenata, ministar osniva i imenuje Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Povjerenstvo (**lokalne zajednice**) obavlja sljedeće poslove:

- prati primjenu propisa na području jedinice područne (regionalne) samouprave koji se odnose na zaštitu prava i interesa pacijenata,*
- prati povrede pojedinačnih prava pacijenata,*
- predlaže poduzimanje mjera za zaštitu i promicanje prava pacijenata,*
- bez odgađanja obavještava Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo o slučajevima težih povreda prava pacijenata koje mogu ugroziti život ili zdravlje pacijenata,*
- podnosi skupštini jedinice područne (regionalne) samouprave i ministarstvu nadležnom za zdravstvo godišnje izvješće o svom radu,*
- obavještava javnost o povredama prava pacijenata,*
- obavlja druge poslove određene ovim Zakonom.*

Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata **Ministarstva** nadležnog za zdravstvo obavlja sljedeće poslove:

- prati provedbu ostvarivanja prava pacijenata,*
- raspravlja o izvješćima povjerenstava jedinica područne (regionalne) samouprave,*
- daje mišljenja, preporuke i prijedloge nadležnim tijelima o utvrđenom stanju,*
- predlaže poduzimanje mjera za izgradnju cjelovitog sustava zaštite i promicanja prava pacijenata u Republici Hrvatskoj i*
- surađuje s domaćim i međunarodnim tijelima i organizacijama na području zaštite promicanja prava pacijenata.*

KAZNENE ODREDBE

Za prekršaj nekog od prava pacijenata novčanom kaznom u iznosu od 10.000 do 50.000 kuna kaznit će se zdravstvena ustanova.

Ako prekršaj učini zdravstveni radnik, kaznit će se u iznosu od 5.000 do 10.000 kuna.

ZAKON O KVALITETI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I SOCIJALNE SKRBI

(NN 124/11)

Zdravstvena i socijalna skrb stanovništva bitan su čimbenik kvalitete života i razvoja određenog društva. Kad se želi definirati primjerice kvalitetu zdravstvene skrbi, nailazi se na brojne probleme, ovisno o tome gdje smo smješteni u sustavu zdravstvene zaštite (profesionalni i menadžerski pogled ili perspektive glavnih aktera u zdravstvu). Stoga je jednostavnije prihvatiti definiciju koju nudi Svjetska zdravstvena organizacija. Ona definira kvalitetu kao „zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje“. Posljednjih godina događaju se sve veće promjene u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti osoba. Zadnjih godina doprinos stručnih djelatnika u ovim službama sve je značajniji u cjelokupnom socijalnom i zdravstvenom sustavu.

Iz godine u godinu pridaje se sve veći značaj kvaliteti pruženih usluga, stoga je cilj nove socijalne i zdravstvene politike očuvanje i unapređenje zdravlja te produljenje trajanja i kvalitete života pojedinaca i populacije.

Kako smo danas dio EU, moramo biti svjesni stava Unije da je pravo svake članice definirati svoj socijalni i zdravstveni sustav prikladnim mjerilima kvalitete. Sukladno tome, i u Hrvatskoj se primjenjuju norme kvalitete, kako u zdravstvenom, tako i u socijalnom sustavu naše zemlje. Unapređenje kvalitete provodi se radi osiguranja učinkovite, djelotvorne, jednako visokokvalitetne i jednako dostupne zaštite u svim

djelatnostima, na svim razinama zaštite i na cijelom teritoriju Hrvatske. Među navedenim dimenzijama kvalitete spominju se još i efikasnost, neprekidnost, pravičnost, prihvatljivost, pravodobnost, prikladnost i sigurnost.

Poboljšavanje kvalitete usluga provodi se kroz poboljšavanje infrastrukture, nabavkom nove opreme i instrumenata i kroz edukaciju osoblja. U unapređenju kvalitete bitnu ulogu ima kontinuirani nadzor, kako unutarnji (unutar ustanove) tako i vanjski (od strane ovlaštenih stručnjaka). Kvalitetna zdravstvena i socijalna usluga podrazumijeva zadovoljenje potreba korisnika ovih sustava skrbi. Cilj je poboljšavanja kvalitete što kvalitetnije rješavanje socijalne problematike najugroženijih skupina stanovništva (socijalno ranjivi) i što kvalitetnije liječenje pacijenata. Kad se želi poboljšati kvaliteta, nužno je sagledati utjecaj pojedinih sudionika u ovom procesu, dakle stav prema kvaliteti svih uključenih faktora. S jedne je strane poimanje kvalitete i očekivanja korisnika usluga, s druge je strane stav o poboljšanju kvalitete vezan za stručne djelatnike te, ne manje važan, onaj vezan za financijere usluga (političke strukture, uprave institucija). Da bi se uspjelo poboljšati kvalitetu socijalnih i zdravstvenih usluga, potrebno je objediniti sve uključene strane, tj. korisnike, stručnjake i upravu socijalnih i zdravstvenih ustanova.

Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi stoga se određuju načela i sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Slijedi pregled pojedinih pojmova kako ih definira ovaj Zakon.

Sustav kvalitete zdravstvenih postupaka jest sustav kojim se osigurava koordinacija, promicanje te praćenje svih aktivnosti poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite koja se pruža pacijentima sukladno zahtjevima međunarodno priznatih standarda te znanstveno-tehnološkom razvitku.

Zdravstveni postupak jest postupak koji u okviru mjera zdravstvene zaštite provode nositelji zdravstvene djelatnosti.

Nositelji zdravstvene djelatnosti jesu zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatni zdravstveni radnici, sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

Kvaliteta zdravstvene zaštite jest rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi.

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite jesu precizni kvantificirani opisi mjerila u vezi s obavljanjem zdravstvenih postupaka, zdravstvenim radnicima, opremom, materijalima i okolišem u kojima se obavljaju zdravstveni postupci, a kojima se osigurava kvaliteta zdravstvene zaštite.

Promicanje kvalitete zdravstvene zaštite jesu postupci kojima se omogućava povećanje utjecaja pacijenata prilikom suodlučivanja u sustavu zdravstva te time i unapređenje njihova zdravlja.

Orijentiranost prema pacijentu podrazumijeva da je dobrobit pacijenta temeljno polazište za odluku o zdravstvenim postupcima, što uključuje njegovo pravo na suodlučivanje u cilju unapređenja kvalitete njegova života.

Sigurnost zdravstvenog postupka podrazumijeva osiguravanje zdravstvenih postupaka od štetnih neželjenih događaja čija bi posljedica mogla biti bolest, ozljeda na radu i drugi štetni neželjeni događaji za pacijente, nastali tijekom provođenja zdravstvenih postupaka zbog smanjene ili pogrešne uporabe zdravstvene tehnologije ili standardnih operativnih postupaka, odnosno nastali njihovom

zlorabom. Sigurnost se odnosi na sigurnost pacijenta, zdravstvenih radnika te sigurnost zdravstvenih postupaka.

***Sljedivost zdravstvenog postupka** jest rezultat mjera koji se postiže dokumentiranjem u provođenju zdravstvenih postupaka i analiziranjem medicinskih rezultata tih postupaka u cilju poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite.*

***Učinkovitost zdravstvenog postupka** odnosi se na stupanj postignutog rezultata u odnosu na očekivani rezultat zdravstvenog postupka.*

***Djelotvornost zdravstvenog postupka** jest sposobnost pružanja većeg opsega i kvalitetnije zdravstvene zaštite istim sredstvima i troškovima u najkraćem vremenu.*

***Osiguranje kvalitete** zdravstvenih postupaka jest sustavno praćenje i procjenjivanje obavljanja i rezultata zdravstvenih postupaka, planiranje aktivnosti radi poboljšanja zdravstvene zaštite i prevladavanja utvrđenih nedostataka u cilju ostvarenja učinkovitosti zdravstvenih postupaka i izbjegavanja štetnih neželjenih događaja.*

***Poboljšanje kvalitete** zdravstvenih postupaka jest postupak ocjenjivanja i poboljšanja tih postupaka zasnovan na multidisciplinarnom pristupu te usmjeren na cjelokupni sustav zdravstvene zaštite pacijenata.*

***Strukturalna kvaliteta** podrazumijeva ukupnost materijalnih, prostornih i ljudskih kapaciteta u okviru kojih se mjeri kvaliteta zdravstvene zaštite.*

***Postupovna kvaliteta** podrazumijeva metode rada u obavljanju zdravstvenih postupaka koje se sustavno provode sukladno obnovljivim*

i provjerljivim pravilima te koje se redovito evaluiraju i kontinuirano unapređuju.

Posljedična kvaliteta jest konačan rezultat strukturalne i postupovne kvalitete zdravstvenih postupaka te predstavlja mjerljivu promjenu stručno ocijenjenoga zdravstvenoga stanja, kvalitete života i zadovoljstva pacijenta.

Klinički pokazatelji kvalitete jesu sredstva mjerenja u obavljanju zdravstvenih postupaka određenih vrijednostima koje služe za prikazivanje rezultata tih postupaka.

Procjena zdravstvenih tehnologija jest postupak analize i istraživanja kojim treba prikupiti informacije o troškovima, učinkovitosti i utjecaju primjene lijekova, medicinskih proizvoda, opreme, zdravstvenih postupaka i okoliša na pružanje zdravstvene zaštite te sigurnosti pacijenata i zdravstvenih radnika u primjeni zdravstvenih tehnologija.

Akreditacijski postupak jest postupak procjenjivanja kvalitete rada zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnih zdravstvenih radnika na osnovi ocjene sukladnosti njihova rada s utvrđenim optimalnim standardima za djelatnost koju obavljaju.

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu jest pravna osoba koju ovim Zakonom osniva Republika Hrvatska te čija se nadležnost na području osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite i akreditacije u zdravstvu utvrđuje ovim Zakonom.

Svi nositelji zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj obvezni su uspostaviti, razvijati i održavati sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite sukladno planu i programu mjera.

Zdravstvene ustanove s više od 40 zaposlenih radnika obvezne su ustrojiti posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, a druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite. Svi zdravstveni radnici obvezni su aktivno sudjelovati u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite.

U zdravstvenoj ustanovi koja ima do 400 bolesničkih postelja Povjerenstvo čini pet članova, od čega najmanje jedan član srednje ili više stručne spreme te jedan predstavnik udruga pacijenata. Članovi Povjerenstva, osim člana predstavnika udruga pacijenata, moraju biti zdravstveni radnici.

Iznimno u zdravstvenoj ustanovi s preko 400 bolesničkih postelja, na svakih započelih daljnjih 200 bolesničkih postelja Povjerenstvo ima još jednog člana.

Predsjednik Povjerenstva jest pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor.

Članove Povjerenstva imenuje ravnatelj na četiri godine.

Povjerenstvo obavlja sljedeće poslove:

- provodi aktivnosti vezane uz uspostavu sustava osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite,*
- provodi aktivnosti vezane uz uspostavu sustava sigurnosti pacijenta,*
- procjenjuje ispunjavanje standarda kvalitete zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima zdravstvene ustanove,*
- sudjeluje u vanjskim provjerama kvalitete,*
- provodi aktivnosti vezane uz pripreme za akreditacijski postupak,*
- predlaže i sudjeluje u provedbi edukacije iz područja kvalitete zdravstvene zaštite i*
- surađuje s Agencijom u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene*

zaštite.

Povjerenstvo je obvezno Agenciji polugodišnje podnositi izvješće o svome radu.

Akreditacija se može dati nositelju zdravstvene djelatnosti za kojeg Agencija utvrdi da ispunjava akreditacijske standarde za određeno područje zdravstvene zaštite.

Akreditacija se daje, odnosno uskraćuje, rješenjem Agencije.

Protiv rješenja Agencije dopuštena je žalba koja se podnosi ministarstvu nadležnom za zdravstvo.

Akreditacija se daje na vremensko razdoblje od četiri godine.

Rješenje o davanju, uskraćivanju ili oduzimanju akreditacije objavljuje se u »Narodnim novinama«.

Troškove postupka akreditacije snosi nositelj zdravstvene djelatnosti koji je zatražio akreditaciju.

Agencija za kvalitetu i akreditaciju obavlja sljedeće poslove:

- *provodi postupak davanja, obnove i ukidanja akreditacije nositelja zdravstvene djelatnosti,*
- *predlaže ministru, u suradnji sa stručnim udrugama, plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite,*
- *predlaže ministru standarde kvalitete zdravstvene zaštite,*
- *predlaže ministru standarde kvalitete zdravstvene zaštite na razini primarne zdravstvene zaštite,*
- *predlaže ministru akreditacijske standarde,*
- *provodi postupak procjene zdravstvenih tehnologija,*
- *vodi registar danih akreditacija te osigurava bazu podataka vezanu uz akreditiranje, unaprjeđivanje kvalitete zdravstvene zaštite, edukaciju i procjenjivanje medicinskih tehnologija,*
- *obavlja edukaciju na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete zdravstvene zaštite,*
- *nadzire standarde zdravstvenih osiguranja,*

- predlaže plan i program mjera za osiguranje, unapređenje, promicanje i praćenje kvalitete usluga socijalne skrbi,*
- predlaže standarde kvalitete usluga socijalne skrbi,*
- predlaže optimalne standarde za usluge socijalne skrbi,*
- vodi registar danih akreditacija nositelja djelatnosti socijalne skrbi,*
- obavlja edukaciju na području osiguranja, unapređenja i promicanja kvalitete usluga socijalne skrbi,*
- obavlja i druge poslove na području osiguranja, unapređenja, promicanja i praćenja kvalitete zdravstvene zaštite i kvalitete usluga socijalne skrbi.*

KAZNENE ODREDBE

Novčanom kaznom u iznosu od 30.000 do 80.000 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova te trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost ako ne uspostavi, ne razvija ili ne održava sustav za osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite.

LITERATURA

Babić T, Roksandić S. Osnove zdravstvenog prava. Zagreb, 2006.

Bošković Z. Medicina i pravo. Zagreb, 2007.

Čizmić J. Pojam, izvori i načela medicinskog prava. Pravo i porezi 2007; 16(6): 25-34.

Čizmić J. Pravni aspekti medicinske dokumentacije. Pravo i porezi 2007; 16(6): 3-18.

Deutsch-Spickhoff. Medizinrecht. Berlin, 2003.

European Quality of Life Survey (EQLS). Dostupno na:

<http://www.eurofound.europa.eu/hr/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2012>

Evans DE, Tandon A, Murray CJL et al. The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2000 (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.29).

Hervey T, McHale JV. Health Law and the European Union.

Cambridge, 2004.

<http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/>

Jacobs R, Godarrd M. Trade-offs in social health insurance systems. International Journal of Social Economics 2002; 29(11): 861 – 875.

Janković S, Čizmić J. Liječnička pogreška – medicinski i pravni aspekti. Zbornik radova, Split, 2007.

Kodeks medicinske etike i deontologije. NN 55/05.

Laufs-Uhlenbruck. Handbuch des Arztrechts. Munchen, 2002.

Obiteljski zakon. NN 5/15

Organization for Economic Cooperation and Development. The Health System of OECD Countries: Financing and delivering Health Care – A Comparative Analysis of OECD Countries. Social Policy Studies No4, Paris OECD, 1987:24-32.

Ropac D. Zdravstveno i socijalno zakonodavstvo. VTŠ, Bjelovar, 2010.

Saltman BR, Figueras J. European Health Care Reform. Copenhagen. 1997; 277.

Saltman RB, Busse R, Figueras J. Social health insurance systems in western Europe. Berkshire/New York: Open University Press/McGraw-Hill, 2004.

Saltman RB, Dubois HFW. Current reform proposals in social health insurance countries. Eurohealth 2005; 11(1): 10-14.

Stašević I, Šarčević S, Ropac D. Stanovništvo i vitalni događaji. U: Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A. (ur.). Javno zdravstvo. Medicinska naklada, Zagreb, 2016, 10-22.

Stašević I, Derk D. Osobitosti maloljetničke delinkvencije u Republici Hrvatskoj. Policija i sigurnost 2016; 3: 259-75.

Šućur Z. Objektivno i subjektivno siromaštvo u Hrvatskoj. Zagreb, 2006.

Ustav Republike Hrvatske. NN 28/2001

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. NN 71/10

Zakon o hrvatskom registru o osobama s invaliditetom. NN 64/01

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite. NN 124/11

Zakon o osnovnom zdravstvenom osiguranju. NN 137/13

Zakon o ravnopravnosti spolova. NN 82/2008

Zakon o sestrinstvu. NN 57/11

Zakon o socijalnoj skrbi, NN 16/17

Zakon o sudovima za mladež. 56/15

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. NN 76/14

Zakon o zaštiti prava pacijenata. NN 37/08

Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji. NN 60/10

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. NN 70/16

Zakon o životnom partnerstvu osoba istog spola NN 92/14

World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva, Switzerland. World Health Organization, 2000.

KAZALO POJMOVA

A

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu	171
akreditacijski postupak	171
alkoholizam	32
autizam	78

B

beskućnik	20
Beveridgeov model zdravstvenog osiguranja	4, 6
Bismarckov model zdravstvenog osiguranja	6
bolnica	106
bračna stečevina	59

C

centar za socijalnu skrb	43
--------------------------	----

D

dijete	56, 79
diskriminacija na temelju spola	60
djelatnost medicinske sestre	144
dobrovoljno zdravstveno osiguranje	141
dodatno zdravstveno osiguranje	143
dom zdravlja	103
dopunska lista lijekova	133
dopunsko zdravstveno osiguranje	142
drugo stručno mišljenje	163
dužnosti medicinske sestre	149

E

elektrokonvulzivno liječenje	181
etički kodeks medicinskih sestara	156
etika	156

H

hendikep	76
Hrvatski registar o osobama s invaliditetom	76

Hrvatski zavod za hitnu medicinu	111
Hrvatski zavod za javno zdravstvo	109
Hrvatski zavod za mentalno zdravlje	109
Hrvatski zavod za telemedicinu	110
Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping	111
Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu	109
Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu	110
I	
imovinsko stanje	20
indeks starosti	23
institucionalna skrb	49
invaliditet	76
istospolna zajednica	65
izvanbračna zajednica	19
J	
jednokratna naknada	40
K	
klinička bolnica	108
klinički bolnički centar	113
klinika	108
komore	124
komponente sustava socijalne skrbi	48
koncesija	113
korisnici socijalne skrbi	36
krizni stožer	116
krvno srodstvo	69
kućanstvo	19
kvaliteta zdravstvene zaštite	169
L	
licenca	148
LJ	
lječilište	107
ljekarnička djelatnost	111

M	
maloljetnički zatvor	73
mentalna retardacija	78
mjere zdravstvene zaštite	98
mlađa punoljetna osoba	19
mreža javne zdravstvene službe	112
N	
nacionalno zdravstveno vijeće	116
načela socijalne skrbi	35
načela zdravstvene zaštite	97
naknade troškova prijevoza	137
nasilje u obitelji	69
neubrojiva osoba	80
nositelji zdravstvene djelatnosti	169
O	
obdukcija	123
obitelj	19
obiteljski dom	44
oblici zdravstvenog osiguranja	125
obvezno zdravstveno osiguranje	125
očekivano trajanje života	26
odgojne mjere	73
odobrenje za samostalan rad	120
osigurane osobe	126
osnovna lista lijekova	133
osnovne životne potrebe	20
osoba s duševnim smetnjama	79, 82
osoba s invaliditetom	75
osobna invalidnina	40
ovisnost o drogama	34
ozljeda na radu	99
P	
pacijent	164

perseveracija	78
plan zdravstvene zaštite	96
poliklinika	106
posredovanje prije razvoda braka	56
posvojenje	57
povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata	165
prag rizika od siromaštva	27
prava djeteta	56
prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja	129
prava osoba s duševnim smetnjama	82
prava pacijenata	165
prava u sustavu socijalne skrbi	39
pravo na naknadu plaće	134
pravo na novčane naknade	134
prestanak braka	55
primarna razina zdravstvene djelatnosti	101
primjena fizičke sile	89
pripravnički staž	119
prirodno kretanje stanovništva	23
prisilni smještaj	80
pristanak obaviještenog	164
privatna praksa	120
privatno zdravstveno osiguranje	143
priziv savjesti	145
profesionalna tajna	158
prosječna starost	23
R	
ravnopravnost spolova	60
razina zdravstvenih zavoda	108
razine zdravstvene djelatnosti	101
referentni centar	116
S	
samac	19

samohrani roditelj	19
sekundarna razina zdravstvene djelatnosti	105
Semaškov model zdravstvenog osiguranja	3
sestrinska dokumentacija	153
sigurnosne mjere	73
sigurnost zdravstvenog postupka	169
siromaštvo	26
sklapanje braka	54
skrbništvo	57
sljedivost zdravstvenog postupka	169
socijalna skrb	35
socijalne usluge	41
spolno uznemiravanje	61
srodstvo	69
standard obrazovanja medicinske sestre	147
standardi kvalitete zdravstvene zaštite	169
status roditelja njegovatelja	40
stopa nezaposlenosti	27
stopa rizika od siromaštva	4
stručni nadzor komore	122
stupnjevi mentalne retardacije	78
sudovi za mladež	74
T	
tazbinsko srodstvo	69
tercijarna razina zdravstvene djelatnosti	107
teže povrede radne dužnosti	153
težina invaliditeta	76
tijela zdravstvene ustanove	114
trajno stručno usavršavanje	148
trajno usavršavanje	158
U	
udomiteljstvo	45
ugled struke	159

unutarnji nadzor	122
ustanova za palijativnu skrb	104
ustanova za zdravstvenu njegu	104
ustanova za zdravstvenu skrb	104
ustanove socijalne skrbi	43
Ustav Republike Hrvatske	9
uzdržavanje	58
uznemiravanje	61
Z	
zakonski zastupnik	81
zdravstvena zaštita	94
zdravstvena zaštita radnika	99
zdravstvene ustanove na primarnoj razini	103
zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini	106
zdravstvene ustanove na tercijarnoj razini	107
zdravstveni postupak	168
zdravstveni radnici	117
zdravstveni suradnici	119
zdravstveni zavodi	108
zdravstveno-inspekcijski nadzor	123
Ž	
životno partnerstvo	65