

Strukturni izazovi mentalne skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske: Analiza tranzicije od fragmentacije do integracije

Autor: Davor Moravek

Sažetak

Mentalna skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) u Republici Hrvatskoj suočava se sa složenim strukturnim izazovima proizašlima iz povijesne tranzicije zdravstvenog sustava. Ovaj rad analizira razvoj PZZ-a od ranijeg integriranog multidisciplinarnog modela do trenutnog sustava obilježenog fragmentacijom skrbi i dominacijom bolničkog liječenja. Kroz pregled organizacijskih, financijskih i tehnoloških barijera, rad identificira ključne probleme: destimulirajući glavarini model financiranja, deficit specifičnih stručnjaka (manjak od oko 600 psihologa i dostupnost svega 50–60 dječjih psihijatara) te oslanjanje na prolongirane pilot-projekte bez sustavne financijske potpore. Dodatno, rad analizira tehničke nedostatke digitalizacije (problem interoperabilnosti i takozvanog vendor lock-ina) te organizacijske zastoje u palijativnoj skrbi i telemedicini. Usporednom analizom europskih komparativnih rješenja i politike usmjeravanja proračunskih sredstava primarno u kapitalne investicije (CAPEX) umjesto u operativne troškove (OPEX), rad pruža detaljan uvid u uzroke zastoja procesa deinstitutionalizacije. Zaključno, analiza ukazuje na to da bez pune i trajne implementacije smjernica iz novijih strateških dokumenata, PZZ u sferi mentalnog zdravlja zadržava pretežito administrativnu i posredničku ulogu.

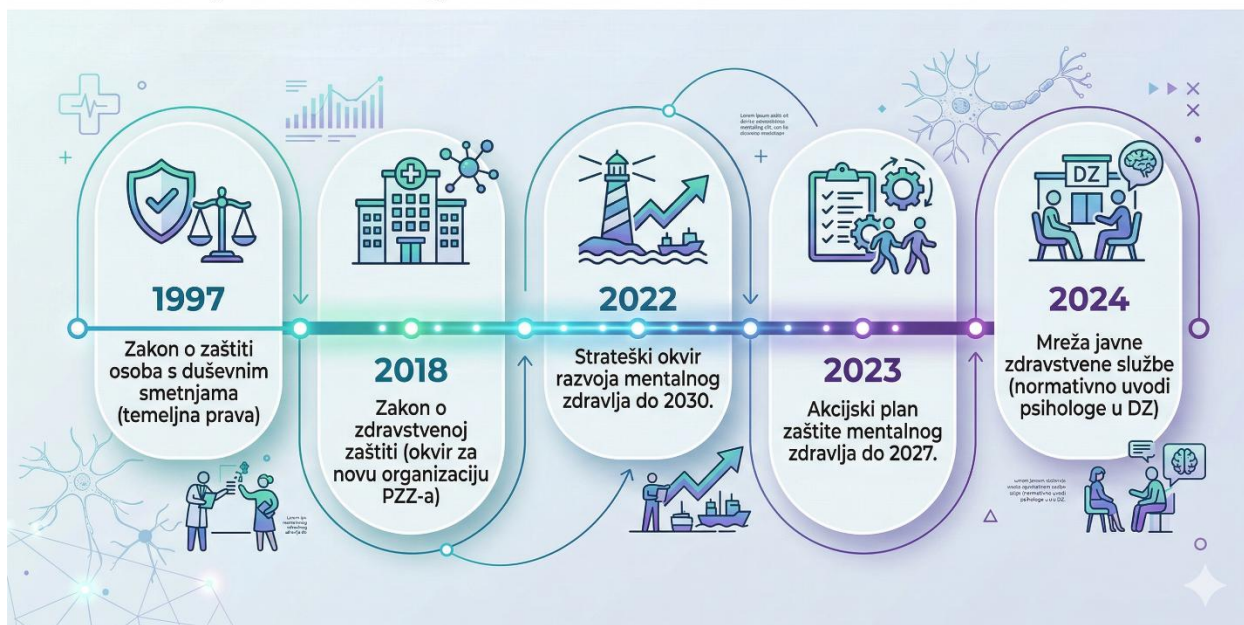
Ključne riječi: *primarna zdravstvena zaštita, mentalno zdravlje, zdravstvena politika, deinstitutionalizacija, fragmentacija skrbi, zdravstveni proračun, Hrvatska.*

Uvod: Povijesni kontekst i organizacijska tranzicija

Povijesni razvoj primarne zdravstvene zaštite (PZZ) u Republici Hrvatskoj obilježen je tranzicijom iz integriranog, socijalno usmjerenog modela u visoko fragmentirani sustav temeljen na modelu koncesija i privatnih praksi. U kontekstu zaštite mentalnog zdravlja, ovakva je organizacijska paradigma donijela specifične strukturne prepreke. Dok smjernice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) već desetljećima kontinuirano zagovaraju deinstitucionalizaciju i jačanje psihijatrije u zajednici (World Health Organization [WHO], 2022), hrvatska zdravstvena politika bilježi povijesni trend zadržavanja resursa unutar institucionalnog, takozvanog azilnog bolničkog sustava.

Kako bi se razumio današnji zakonodavni i organizacijski okvir, potrebno je sagledati ključne reformske iskorake kroz recentnu povijest (Slika 1).

Slika 1. Razvoj zakonodavnog okvira mentalne skrbi u RH



Sve do ranih 1990-ih godina, skrb u zajednici snažno se oslanjala na postulate Andrije Štampara. Domovi zdravlja tada su funkcionirali kao snažni, polivalentni centri. Temelj takvog modela činili su multidisciplinarni dispanzeri za mentalno zdravlje u kojima su blisko surađivali liječnici, klinički psiholozi, defektolozi, socijalni radnici i patronažne sestre. Procesom zdravstvene tranzicije i uvođenjem modela „zakupa“ (koncesija) krajem devedesetih godina 20. stoljeća, došlo je do disolucije ranijih timova. Ordinacije obiteljske medicine preuzele su oblik samostalnih poslovnih subjekata, a domovi zdravlja su u velikoj mjeri svedeni na infrastrukturne prostore (Hebrang et al., 2003).

U takvom sustavu, liječnik obiteljske medicine (LOM) ostao je stručno izoliran te administrativno opterećen ogromnim brojem pacijenata, dok je izvorni koncept kontinuiranog preventivnog rada i zdravstvene zaštite na terenu gotovo u potpunosti marginaliziran.

Utjecaj modela financiranja na preventivnu skrb

Uz samu organizacijsku fragmentaciju, ključni mehanizam koji oblikuje dinamiku i kvalitetu PZZ-a jest model financiranja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Sustav obiteljske medicine pretežito se financira putem glavarina (fiksni novčani iznos po upisanom osiguraniku), dok je tek manji dio ukupnih prihoda ordinacije vezan uz plaćanje po specifičnom dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP).

Ovakav model u svakodnevnoj kliničkoj praksi destimulira proaktivnu skrb o mentalnom zdravlju (Mužić, 2024). Intervencije poput rane detekcije anksioznosti, savjetovanja obitelji ili suportivnog psihoterapijskog razgovora zahtijevaju značajan vremenski resurs – u pravilu od 30 do 45 minuta po pacijentu. U sustavu u kojem liječnik dnevno mora obraditi i do stotinu pacijenata kako bi zadovoljio propisane administrativne norme, vrijeme postaje najdeficitarniji resurs. S obzirom na to da HZZO ne valorizira adekvatno preventivni angažman kroz DTP sustav, organizacija rada linijom manjeg otpora nagrađuje brza rješenja: propisivanje psihofarmakoterapije na recept te automatsko prosljeđivanje pacijenata na višu, bolničku razinu skrbi.

Posljedica ovakve strukturne postavke jasno je vidljiva u izrazito produženom prosječnom trajanju bolničkog liječenja (ALOS) za psihijatrijske pacijente u Republici Hrvatskoj, osobito u usporedbi s prosjekom ostalih bolničkih odjela (Tablica 1).

Tablica 1. *Prosječno trajanje bolničkog liječenja u danima (ALOS) u RH prema kategorijama.*

Kategorija pacijenata	Psihijatrijski odjeli (dani)	Prosjek svih ostalih odjela (dani)
Akutni pacijenti	~ 12	~ 6
Kronični pacijenti	~ 48	~ 28

Izvor: Prilagođeno prema grafičkim i analitičkim podacima iz Mužić (2024).

Izazovi rane dijagnostike i praćenja terapije

U zaštiti mentalnog zdravlja, rana dijagnostika i uspostava kontinuiranog praćenja terapije predstavljaju razdjelnicu između kratkotrajnog poremećaja i dugotrajnog, kroničnog invaliditeta. Unatoč tome, PZZ se u Hrvatskoj suočava sa složenim uskim grlima koja generiraju defanzivnu medicinu i zakašnjele intervencije.

Kadrovski deficiti, dječja psihijatrija i socioekonomske nejednakosti

Apsolutni preduvjet za postavljanje precizne psihijatrijske dijagnoze jest temeljita psihodijagnostička obrada. Aktualni podaci upozoravaju na kritičan deficit od približno 600 psihologa u javnom sektoru – od čega oko 400 u samom zdravstvu (Hrvatska psihološka komora, 2025). Nedostatak kliničkih psihologa u domovima zdravlja rezultira višemjesečnim listama čekanja, što napose pogađa osjetljive obrade djece kod sumnje na poremećaje iz autističnog spektra ili ADHD. Zbog nemogućnosti brze reakcije javnog sustava, dio pacijenata usmjerava se prema privatnim poliklinikama, čime mentalno zdravlje postaje pitanje socioekonomske nejednakosti. Dodatni sistemski apsurd očituje se u tome što sustav socijalne skrbi i obrazovanja u nekim slučajevima otežano priznaje nalaze iz privatnog sektora bez pečata državnih institucija, čime se proces intervencije dodatno usporava.

Problem se multiplicira u domeni dječje i adolescentne psihijatrije, grani koja na nacionalnoj razini raspolaže sa svega 50 do 60 specijalista (Mužić, 2024). Analiza radnih procesa otkriva strukturni „zrakoprazni prostor”: sa sedam godina starosti, dijete prelazi iz nadležnosti pedijatra u nadležnost liječnika obiteljske medicine. S obzirom na to da su LOM-ovi u velikoj mjeri opterećeni kroničnim bolestima odraslih i gerijatrijskom patologijom, često izostaje specifična edukacija i raspoloživo vrijeme za rano prepoznavanje dječje depresije ili neurodivergentnosti. Rezultat je rana medikalizacija adolescenata i kompenzatorno propisivanje lijekova izvan specijalističkog nadzora.

Ograničenja i rizici u praćenju farmakoterapije

Značajan problem predstavlja i dugoročno praćenje pacijenata na psihofarmakoterapiji, posebno u ordinacijama koje nemaju stalno zaposlenog liječnika (tzv. „timovi bez nositelja”). Antipsihotici i stabilizatori raspoloženja zahtijevaju rigorozan klinički nadzor. Lijekovi nove generacije nose dokazan rizik od razvoja metaboličkog sindroma, brzog povećanja tjelesne težine, dislipidemije i dijabetesa tipa 2. Zbog manjka vremena za preventivne preglede i redovite laboratorijske kontrole u PZZ-u, psihijatrijski pacijenti razvijaju ozbiljne kardiovaskularne komplikacije, što rezultira time da osobe s teškim duševnim bolestima imaju značajno kraći životni vijek u usporedbi s općom populacijom.

Pored toga, lijekovi s uskim terapijskim indeksom (poput litija) zahtijevaju specifično praćenje funkcije bubrega i štitnjače, što u fragmentiranoj PZZ često prolazi ispod radara, povećavajući rizik od toksičnosti. Naposljetku, u nedostatku dostupnih i besplatnih psihoterapijskih intervencija, rješavanje anksioznih stanja svodi se na dugoročno propisivanje benzodiazepina, što generira visoku stopu ovisnosti i kognitivnog propadanja, osobito u populaciji starije životne dobi (Jukić et al., 2020).

Dinamika reformi: Sindrom prolongiranih pilot-projekata i digitalizacija

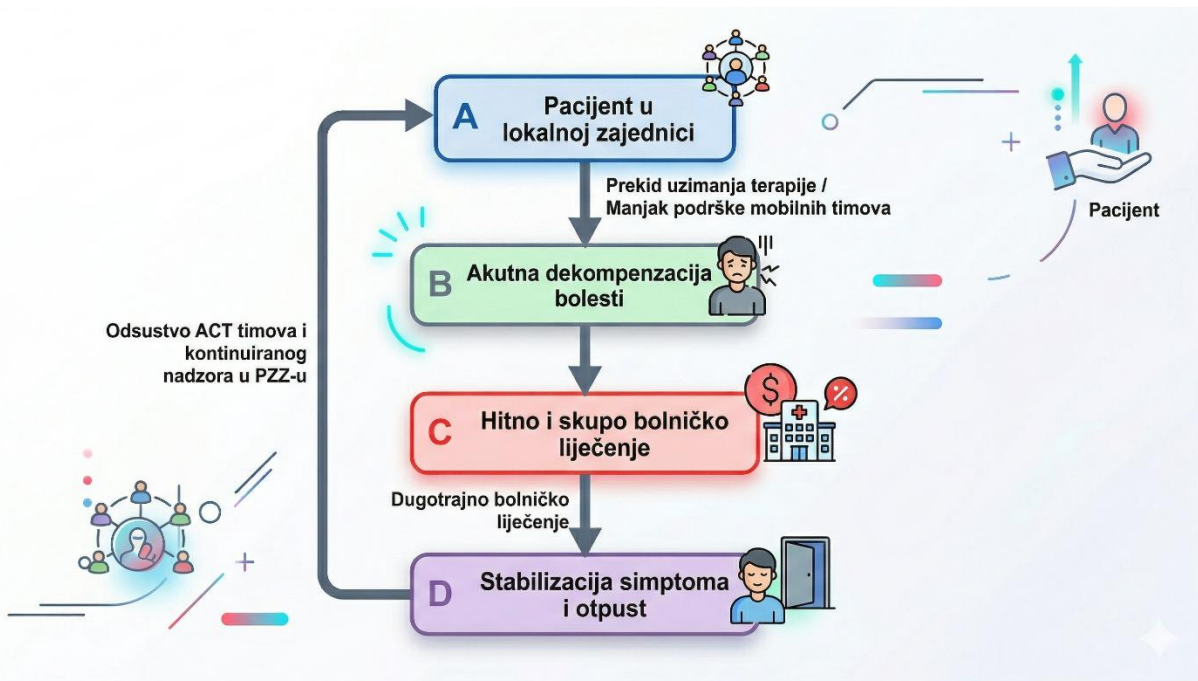
Pokušaji unaprjeđenja skrbi u zajednici često se oslanjaju na implementaciju informacijskih tehnologija te privremeno financirane projekte. Ipak, analiza otkriva jasan obrazac u kojem inicijative ne prelaze u nacionalni standard.

ACT timovi, palijativna skrb i fenomen „okretnih vrata”

Mobilni psihijatrijski timovi za asertivno liječenje u zajednici (ACT – *Assertive Community Treatment*) prepoznati su međunarodni standard, a u hrvatskim strateškim dokumentima prisutni su godinama. Ipak, implementacija se u pravilu svodi na geografski izolirane i vremenski ograničene pilot-projekte, poput nedavno otvorenih dispanzera u Zagrebu i Splitu (2024.) koji se mahom oslanjaju na fondove Europske unije. Sustavni problem nastaje kada projektno financiranje prestane; HZZO odbija trajno integrirati takve DTP postupke u nacionalni budžet, a bolnički sustav destimuliran je slati svoje stručnjake na teren jer time narušava organizaciju vlastitog ambulantnog pogona.

Sličan obrazac uočen je i u razvoju palijativne medicine. Iako su uloženi veliki entuzijastični napori od strane udruga civilnog društva i uspostavljene prve koordinatorice pri domovima zdravlja, sustav je ostao visoko fragmentiran. Mobilni palijativni timovi, bez jasnih zakonskih ovlasti da samostalno propisuju cjelokupnu terapiju bez bolničkih specijalista, nailaze na nepremostive birokratske zapreke.

Izostanak snažnog i trajnog patronažnog sustava u zajednici izravno generira takozvani *revolving door* fenomen (Slika 2), gdje se pacijenti bez adekvatnog praćenja na terenu brzo dekompenziraju i vraćaju u bolnicu (Kozumplik et al., 2018).



Digitalna iluzija: Administrativno opterećenje i *vendor lock-in*

Uvođenje Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava (CEZIH) imalo je za cilj de-birokratizaciju ordinacija. Međutim, revizijska izvješća višestruko upozoravaju na tehničku nestabilnost sustava (Državni ured za reviziju, 2024). Liječnici PZZ-a često djeluju kao nenamjerni *beta-testeri* nedovršenih programskih rješenja koja redovito pucaju pod opterećenjem u radnom vremenu. Iz straha od potpunog zastoja u pružanju skrbi, medicinsko osoblje primorano je

provoditi „defanzivnu administraciju” – paralelno vođenje papirnatih evidencija uz one digitalne.

Dodatni strukturni problem jest monopolizacija informatičkog održavanja, poznata kao *vendor lock-in*. Natječajni za izradu nacionalnih registara i modula rijetko zahtijevaju punu interoperabilnost, što rezultira fragmentiranim aplikacijama (kolokvijalno nazivanim „Frankenstein softverom”) koje međusobno ne komuniciraju (KoHOM, 2025). Liječnici su primorani gubiti dragocjene minute pregleda na ručno prepisivanje podataka i kliktanje kroz padajuće izbornike kako bi zatražili „e-Odobrenja” od kontrolora HZZO-a, čime se direktan očni kontakt s pacijentom – presudan za psihijatrijsku procjenu – drastično gubi. Sličnu sudbinu bilježe i projekti telemedicine, gdje je u ruralnim i otočkim sredinama nabavljena iznimno skupa video oprema, no bez utvrđenog financijskog modela za rad liječnika putem mreže, oprema ostaje neiskorištena.

Rasprava: Usporedba i politička ekonomija zdravstva

Zastoj u integraciji mentalne skrbi na primarnoj razini nije isključivo stručno, već prvenstveno političko i ekonomsko pitanje. Komparativni prikaz (Tablica 2) jasno ocrtava razlike u pristupima deinstitucionalizaciji u sličnim tranzicijskim sustavima.

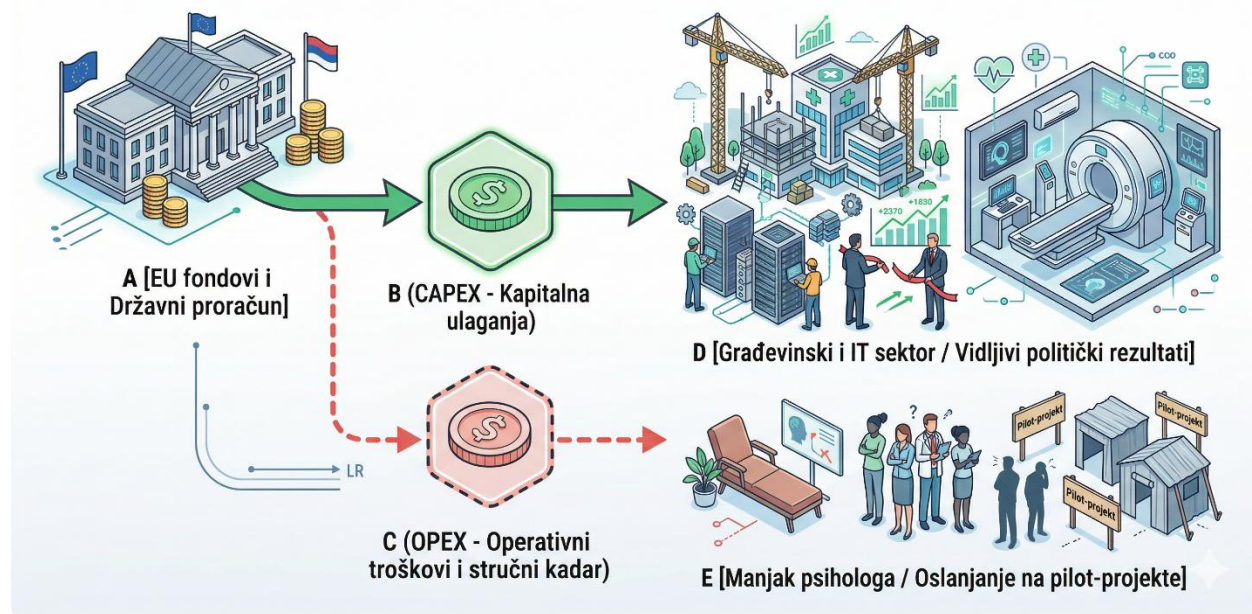
Tablica 2. Usporedba tranzicijskih modela primarne skrbi za mentalno zdravlje.

Država	Model financiranja PZZ-a	Deinstitucionalizacija i integracija	Model digitalizacije
Poljska	Ciljana redirekcija proračuna iz bolnica u lokalne timove.	Centri za mentalno zdravlje (CZP) s dostupnom 24-satnom kriznom intervencijom u kući. Integracija <i>peer</i> radnika.	Visoka integracija lokalnih zdravstvenih platformi.
Estonija	Jaki financijski DTP poticaji za rane i preventivne zahvate u primarnoj mreži.	Visoko decentralizirana skrb koja prevenira hospitalizaciju kroz rješavanje lakših patologija.	Pravi, funkcionalni i potpuno interoperabilni e-Health sustav.
Slovenija	Stabilno dugoročno financiranje institucija (Zdravstvenih domova).	Zadržan stari sustav uz nadogradnju: referentne ambulante i integrirani Centri za mentalno zdravlje.	Povezan sustav evidencije LOM-a i domova zdravlja.
Hrvatska (2025.)	Dominantan glavarinski model koji destimulira dugotrajne psihološke postupke.	Strateški okviri i <i>Mreža PZZ (2024.)</i> normativno uvode timove, no glavni proračunski resursi ostaju u bolnicama.	Česti tehnički ispadi, nedostatak interoperabilnosti registara, dvostruka administracija.

Izvor: Temeljeno na analizama OECD (2023), WHO (2024) i Sagan et al. (2022).

Temeljni uzrok zbog kojeg Hrvatska zaostaje za navedenim primjerima leži u usmjeravanju nacionalnog zdravstvenog proračuna. Dok su Poljska i Slovenija decentralizirale skrb usmjeravanjem sredstava u operativne troškove timova (*OPEX* – plaće psihologa, terenski rad, preventivni programi), u hrvatskoj zdravstvenoj politici vidljiva je sustavna preferencija prema kapitalnim ulaganjima (*CAPEX* – energetske obnove zgrada, nabava skupih uređaja za magnetsku rezonancu, infrastruktura) (Slika 3).

Slika 3: Financiranje infrastrukture i kadra za mentalno zdravlje



Ovakva praksa proizlazi iz prirode političkih ciklusa i mehanizama javne nabave. Ulaganja u infrastrukturu pružaju brze, opipljive rezultate koji su vizualno atraktivni u javnoj sferi, a ujedno omogućuju lakšu apsorpciju EU fondova putem Nacionalnog plana oporavka i otpornosti (NPOO). S druge strane, ulaganje u prevenciju mentalnog zdravlja dugoročan je proces čiji su rezultati (poput spriječene hospitalizacije adolescenta) politički „nevidljivi” i teže mjerljivi u kratkom roku (Transparency International, 2024).

Ipak, normativno usvajanje *Strateškog okvira* (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2022) te *Odluke o mreži javne zdravstvene službe* (2024), kojom se konačno predviđa sistemsko uvođenje kliničkih psihologa, logopeda i dispanzera u domove zdravlja, predstavlja snažan legislativni preduvjet i pozitivan pomak prema europskim standardima.

Zaključak

Razvoj i provedba mentalne skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj snažno su opterećeni posljedicama organizacijske fragmentacije, loše provedene digitalizacije te duboko ukorijenjenim oslanjanjem na skupi, institucionalni model bolničkog liječenja. Primarna zaštita, financirana glavarinskim modelom koji penalizira vremenski zahtjevan preventivni rad, suočava se s kritičnim kadrovskim deficitima koji izravno utječu na porast stopa kroničnih bolesti, socioekonomske nejednakosti i polifarmacije.

Inovativni modeli i intervencije u zajednici, poput mobilnih palijativnih i psihijatrijskih timova, do sada su egzistirali uglavnom u limbu prolongiranih pilot-projekata bez jamstva dugoročne integracije unutar sustava HZZO-a. Usporedna komparativna analiza jasno ukazuje da istinska reforma deinstitucionalizacije ne zahtijeva primarno izgradnju novih objekata ili nabavu izoliranih softverskih rješenja, već suštinsko preusmjeravanje proračunskih prioriteta iz kapitalnih investicija u operativne kapacitete stručnih kadrova u lokalnoj zajednici. Započeta implementacija nove Mreže PZZ (2024) normativno je otvorila vrata ovim nužnim strukturnim promjenama, a uspješnost cjelokupnog procesa ovisit će prvenstveno o trajnoj prilagodbi načina financiranja i prevladavanju institucionalnih partikularnih interesa.

Popis literature

Državni ured za reviziju. (2024). *Izvešće o učinkovitosti upravljanja i održavanja nacionalnih zdravstvenih informacijskih sustava*. Republika Hrvatska.

Hebrang, A., Henigsberg, N., Erceg, M., Foro, P., & Vitezić, D. (2003). Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy and Planning*, 18(4), 421–428. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg051>

Hrvatska psihološka komora. (2025). *Izvešće o deficitu stručnog kadra u javnom zdravstvu*.

Jukić, V., Bilić, P., & Ožegović, G. (2020). Potrošnja i nuspojave psihofarmaka u Republici Hrvatskoj: Analiza stanja. *Socijalna psihijatrija*, 48(3), 250–265.

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine [KoHOM]. (2025). *Analiza administrativnog opterećenja LOM-a i utjecaj nefunkcionalnosti informatičkih sustava*.

Kozumplik, O., Jukić, V., & Goreta, M. (2018). Deinstitutionalizacija psihijatrije u Hrvatskoj: Prepreke i perspektive. *Liječnički vjesnik*, 140(5–6), 150–155.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2022). *Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030*.

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2023). *Akcijski plan za implementaciju sustava zaštite mentalnog zdravlja u zajednici do 2027*.

Mužić, R. (2024). Re-building the network: mental health system reform in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 65(1), 65–72. <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.65>

OECD. (2023). *Croatia: Country Health Profile 2023*. State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9d50640a-en>

Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja – Pravilnik o mreži javne zdravstvene službe, Narodne novine br. 49/24. (2024). <https://narodne-novine.nn.hr/>

Sagan, A., Sowada, C., & Kowalska-Bobko, I. (2022). Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5774. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095774>

Transparency International. (2024). *Indeks percipirane korupcije u zdravstvenim sustavima jugoistočne Europe*.

World Health Organization [WHO]. (2022). *Mental Health Atlas 2020: Country Profile – Croatia*.

World Health Organization [WHO]. (2024). *Mental Health Atlas 2024: Country Profile – Croatia*.