

Šubićeva 9, 10000 Zagreb
T: 01 46 55 610
E: sredisnjica@hls.hr
www.hls.hr

U Zagrebu, 13. travnja 2026.
Broj: 37-001/26

Predmet: Očitovanje Hrvatskog liječničkog sindikata na Nacrt Pravilnika o standardima i načinu prijma specijalizanata

Poštovani,

predloženi *Nacrt Pravilnika*, osobito članak 3., uvodi kriterije bodovanja koji su pravno i stručno neodrživi te proizvode ozbiljne negativne posljedice za zdravstveni sustav.

Smatramo da predloženi *Nacrt Pravilnika* pristupa problemu kadrovske deficitarnosti u zdravstvenom sustavu parcijalno i neuravnoteženo, s naglašenim fokusom na poticanje rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), dok se istovremeno zanemaruje jednako izražen problem nedostatka liječnika u bolničkom sustavu.

1. Nelogičnost i neujednačenost bodovanja (članak 3.)

Posebno ističemo nelogičnost kriterija bodovanja iz članka 3. Nacrta Pravilnika. Predloženi model prema kojem rad u PZZ donosi do 25 bodova, dok se rad u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP) vrednuje s maksimalno 8 bodova, nema stručno ni logičko uporište.

Specijalizacija iz hitne medicine jedinstvena je za liječnike koji rade u izvanbolničkoj hitnoj medicini i u OHBP-ima, te ne postoji opravdani razlog za njihovo različito vrednovanje. Ovakva razlika u bodovanju:

- ne odražava stvarnu složenost i opterećenje rada u bolničkom sustavu,
- zanemaruje činjenicu da OHBP-i zbrinjavaju velik broj pacijenata iz domene PZZ (procjenjuje se i do 70% nehitnih slučajeva),
- dodatno destimulira rad i profesionalni razvoj u bolničkom sustavu.

Nakon reforme hitne medicine, značajan dio ambulantnog rada izvanbolničke hitne prebačen je u bolničke hitne prijeme, čime je opterećenje liječnika u OHBP-ima višestruko povećano. Istovremeno, izvanbolnička hitna medicina bilježi porast intervencija, često za nehitna stanja. Unatoč tome, predloženi sustav bodovanja favorizira isključivo jedan segment rada.

Jednako tako, potpuno je neprihvatljiv bodovni kriterij prema kojem se izjednačava rad u izvanbolničkoj hitnoj i u ambulantama opće/obiteljske medicine, kao i veće bodovno vrednovanje rada u ambulantama opće/obiteljske medicine u odnosu na rad u OHBP-u. Cijenimo rad naših preopterećenih kolegica i kolega u ambulantama obiteljske medicine, ali moramo ostati objektivni i priznati da njihovi uvjeti rada i radno vrijeme nisu usporedivi s onima u kakvima rade "hitnjaci".

Zaključno, model prema kojem rad u PZZ nosi višestruko više bodova od rada u OHBP predstavlja očitu povredu načela jednakosti i razmjernosti. Riječ je o arbitrarnom i neobrazloženom razlikovanju usporedivih oblika rada unutar iste specijalizacije (hitna medicina), čime se stvara diskriminatoran položaj liječnika u bolničkom sustavu i dodatno produbljuje postojeća kadrovska neravnoteža.

Takvo normiranje ima izravan učinak prisile: kandidati se de facto usmjeravaju prema PZZ radi bodovne prednosti, što predstavlja ograničavanje slobode izbora specijalizacije.

2. Ograničavanje profesionalne autonomije kandidata (članak 3.)

Predloženi sustav bodovanja de facto prisiljava mlade liječnike na rad u PZZ-u radi ostvarivanja konkurentnosti, čime se ograničava sloboda izbora specijalizacije, pri čemu se u osobito nepovoljnu i nejednaku poziciju dovode mladi kolege zainteresirani za neku od bolničkih specijalizacija. Takav pristup dovodi do stvaranja nezadovoljnih i demotiviranih kadrova, što dugoročno negativno utječe na kvalitetu zdravstvene zaštite.

Posebno upozoravamo na stvarni sustavni rizik: na dio fizički i psihički najzahtjevnijih bolničkih specijalizacija već se duže vrijeme ne javlja niti jedan kandidat, čak ni nakon ponovljenih natječaja. Ovakav Pravilnik taj će trend dodatno pogoršati, što u kratkom roku vodi kadrovskoj devastaciji i funkcionalnom kolapsu bolničkog sustava, osobito u ustanovama izvan velikih centara.

3. Podcijenjena uloga razgovora s kandidatom (članak 3., stavci koji uređuju intervju)

Dodatno ističemo kako je bodovanje razgovora s kandidatom (maks. 1,5 bod) svedeno na razinu statističke pogreške, čime se narušava svrha selekcijskog postupka, a uloga stručnih povjerenstava gubi svrhu i smisao.

Ovakvo rješenje obezvrjeđuje ulogu stručnih povjerenstava, zanemaruje kvalitativnu procjenu kandidata (motivacija, komunikacijske vještine, sposobnost rada u timu) i smanjuje mogućnost odabira kandidata koji su najprikladniji za rad u konkretnom radnom okruženju.

Procjena Stručnog povjerenstva mora imati znatno veću težinu u odnosu na predloženu. Primjerice, razgovor s kandidatom u susjednoj Sloveniji vrednuje se čak do 40% od mogućeg ukupnog broja bodova.

4. Izostanak mogućnosti razmatranja pisma preporuke

Pismo preporuke prethodnog poslodavca može dati korisne informacije i ukazati na sklonost i sposobnost kandidata za konkretnu specijalizaciju. U tu svrhu može se pripremiti on-line strukturirani obrazac, koji bi također trebao donijeti određeni dio bodova.

5. Izostanak odredbi o nadležnosti i rokovima (pravna praznina Nacrta Pravilnika)

Ukazujemo i na ozbiljan normativni nedostatak Nacrta Pravilnika, koji ne definira jasno nadležnost Ministarstva zdravstva u postupku raspisivanja i odobravanja specijalizacija niti propisuje rokove za izdavanje Rješenja (Dekreta) o odobrenju specijalizacije nakon provedenog postupka odabira kandidata u zdravstvenim ustanovama.

Praktične posljedice ovog propusta su višemjesečna kašnjenja nakon provedenih natječaja, što predstavlja ozbiljan nedostatak pravne sigurnosti i učinkovitosti upravnog postupanja.

Takva kašnjenja

- odgađaju početak specijalizacija,
- dodatno destabiliziraju organizaciju rada u zdravstvenim ustanovama,
- demotiviraju odabrane kandidate i povećavaju rizik njihovog odustajanja.

Smatramo da je nužno da Pravilnik (ako ne baš ovaj, onda svakako Pravilnik o specijalističkom usavršavanju) jasno propiše rokove postupanja Ministarstva zdravstva kako bi se osigurala pravna sigurnost i učinkovitost sustava.

Slijedom navedenog, nužno je:

- izjednačiti bodovanje rada u hitnoj medicini (izvanbolnička hitna i OHBP),
- osigurati razmjerno i uravnoteženo vrednovanje bolničkog i primarnog sustava,
- značajno povećati težinu razgovora s kandidatom,
- propisati jasne rokove i odgovornost Ministarstva zdravstva.

U protivnom, predloženi Pravilnik neće riješiti postojeće probleme, već će ih dodatno produbiti, uz potencijalno ozbiljne pravne i funkcionalne posljedice za cijeli zdravstveni sustav.

U nastavku prilažemo i konkretne prijedloge izmjena i dopuna Nacrta Pravilnika, sa ciljem otklanjanja uočenih nedostataka i osiguravanja pravne jasnoće, jednakosti i provedivosti propisa.

I. Prijedlog izmjene članka 3. (Standardi za utvrđivanje redoslijeda pristupnika)

1. Izmjena odredbi o bodovanju radnog iskustva

Predlaže se izmjena članka 3. na način da se odredbe koje uređuju bodovanje rada u PZZ i rada u OHBP izmijene tako da glase:

„Radno iskustvo u sustavu hitne medicine, neovisno o tome obavlja li se u izvanbolničkoj hitnoj medicini ili u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, vrednuje se jednako, sukladno jedinstvenim kriterijima bodovanja.“

„Ukupan broj bodova koji se može ostvariti temeljem rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i rada u bolničkom sustavu mora biti uravnotežen te odražavati stvarnu složenost, opterećenje i odgovornost pojedinog radnog mjesta.“

Obrazloženje:

Ovom izmjenom uklanja se neosnovana i stručno neutemeljena razlika u bodovanju rada u hitnoj medicini, čime se osigurava jednak tretman liječnika i sprječava diskriminatorni učinak postojećeg prijedloga.

2. Dopuna odredbi o slobodi izbora specijalizacije

Predlaže se dodavanje novog stavka u članku 3.:

„Kriteriji bodovanja ne smiju imati za posljedicu ograničavanje slobode izbora specijalizacije niti posredno prisiljavanje kandidata na rad u određenom segmentu zdravstvene zaštite radi ostvarivanja bodovne prednosti.“

Obrazloženje:

Normativno se sprječava korištenje bodovnog sustava kao instrumenta prisile, čime se štiti profesionalna autonomija kandidata.

3. Izmjena odredbi o razgovoru s kandidatom

Predlaže se izmjena članka 3. u dijelu koji se odnosi na bodovanje razgovora s kandidatom:

„Razgovor s kandidatom vrednuje se s najmanje 20%(do 40%) ukupnog broja bodova.“

„Pri provedbi razgovora Stručno povjerenstvo dužno je vrednovati profesionalnu motivaciju, komunikacijske vještine, sposobnost rada u timu te opću prikladnost kandidata za obavljanje poslova iz odabrane specijalizacije.“

Obrazloženje:

Povećanjem bodovne vrijednosti intervjua osigurava se stvarni utjecaj stručnog povjerenstva na odabir kandidata, čime se jača kvalitativna komponenta postupka.

II. Prijedlog dopune – nadležnost Ministarstva zdravstva

Predlaže se uvođenje novog članka (npr. članak 5.a) koji bi glasio:

„Ministarstvo zdravstva nadležno je za davanje suglasnosti za raspisivanje specijalizacija te donošenje Rješenja o odobrenju specijalizacije (u daljnjem tekstu: Dekret).“

„Ministarstvo zdravstva dužno je odlučiti o zahtjevu zdravstvene ustanove za izdavanje Dekreta u roku od 15 dana od dana zaprimanja urednog zahtjeva.“

Obrazloženje:

Jasno se definira nadležnost Ministarstva zdravstva, čime se otklanja postojeća pravna praznina u Nacrtu Pravilnika.

III. Prijedlog dopune – rokovi za izdavanje Dekreta

Predlaže se dodatna odredba:

„U slučaju da Ministarstvo zdravstva ne donese rješenje u roku iz stavka 2. ovoga članka, smatrat će se da je suglasnost dana (šutnja uprave), osim ako posebnim propisom nije drukčije određeno.“

Obrazloženje:

Uvođenjem instituta šutnje uprave osigurava se pravna sigurnost i sprječavaju neopravdana administrativna kašnjenja koja u praksi dovode do višemjesečnih odgoda početka specijalizacija.

IV. Zaključno

Predložene izmjene imaju za cilj:

- uklanjanje nelogičnosti i nejednakosti u bodovanju
- jačanje uloge stručnih povjerenstava
- zaštitu profesionalne autonomije kandidata
- osiguravanje pravne jasnoće i učinkovitosti postupka.

Njihovim prihvaćanjem doprinijelo bi se uravnoteženom razvoju i primarne i bolničke zdravstvene zaštite, uz istovremeno povećanje transparentnosti i pravne sigurnosti cijelog postupka.