

Prijedlog

Na temelju članka 31. stavka 3. Zakona o Vladi Republike Hrvatske (Narodne novine, br. 150/2011 i 119/2014), Vlada Republike Hrvatske je na sjednici održanoj _____ godine donijela

ZAKLJUČAK

Daje se prethodna suglasnost predstavniku Vlade Republike Hrvatske za prihvatanje amandmana dr. sc. Mirele Holy, zastupnice ORaH-a u Hrvatskome saboru, od 21. siječnja 2015. godine, na Prijedlog nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014. - 2016., i to:

- amandmana 2. i 16. u cijelosti,
- amandmana 10., 11. i 13., u izmijenjenom obliku, u tekstu kako je predložilo Ministarstvo zdravlja aktom, klase: 011-02/15-11/08, urbroja: 534-02-1-1/2-15-02, od 16. veljače 2015. godine.

Klasa:
Urbroj,

Zagreb,

PREDSJEDNIK

Zoran Milanović

O B R A Z L O Ž E N J E

Prihvaća se amandman broj 2. na poglavlje I. UVOD, na način da se druga rečenica drugog odlomka mijenja i glasi: "Važne činjenice su ubrzano starenje stanovništva, ali i produljenje očekivanog trajanja života.", radi poboljšanja izričaja.

Zatim se prihvaća amandman broj 16. na poglavlje 7.1. Povećana dostupnost bolničke zdravstvene zaštite na način da se u šestom odlomku riječ: "SKZ" zamijeni riječju: "SKZZ".

Djelomično se prihvaćaju amandmani 10., 11. i 13.

Prihvaća se amandman broj 10. u dijelu koji se odnosi na poglavlje 3.3.1. Prosječna stopa popunjenosti postelja, na način da se u trećem odlomku prva točka nabiranja mijenja i glasi: "vremenskoj dinamici procesa, tj. predviđenom broju godina koji je potreban kako bi ustanove realno mogle dostići optimalnu PSPP pa je predloženo da se transformacijski model razvija u razdoblju 2015.- 2016. te su prema tome definirane faze i kriteriji izrade projekata provedbe Nacionalnog plana (dio 8.2),". Navedeno se prihvaća sukladno razdoblju definirane provedbe Nacionalnog plana.

Prihvaća se amandman broj 11. u dijelu koji se odnosi na poglavlje 3.3.2. Prosječno trajanje boravka u bolnici, na način da se na stranici 13. brišu grafičke oznake kod prvog i drugog odlomka, radi redakcijskog poboljšanja teksta.

Prihvaća se amandman broj 13. u dijelu koji se odnosi na poglavlje 3.3.4. Modalitet liječenja, na način da se ispravi očita pogreška u izričaju, i to riječ: "PSPK" zamjenjuje se riječju: "PSPP", a riječ: "PDBB" zamjenjuje se riječju: "PTBB".

Slijedom navedenoga, predlaže se davanje suglasnosti predstavniku Vlade Republike Hrvatske za prihvaćanje navedenih amandmana dr. sc. Mirele Holy, zastupnice OraH-a.



1

HRVATSKI SABOR

dr. sc. Mirela Holy,
zastupnica ORaH-a

09

Zagreb, 21. siječnja 2015.

PREDSJEDNIKU HRVATSKOGA SABORA

Na temelju članka 196. Poslovnika Hrvatskog sabora na tekst konačnog **Prijedloga „Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016.“** (u tekstu dalje i: Nacionalni plan) podnosim sljedeće

AMANDMANE

1. Na naslov dokumenta.

Naslov dokumenta mijenja se i glasi: „Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2015. – 2016.“

Obrazloženje:

- a. Hrvatski Sabor o dokumentu raspravlja u siječnju 2015. godine. Prva inačica dokumenta usvojena je na Vladi Republike Hrvatske na 167. sjednici, 11. lipnja 2014. godine i provedba bi intenzivno počela nakon usvajanja u Hrvatskom Saboru (zadnji kvartal 2014.). Promjena terminskog plana zahtijeva i intervenciju u razdoblje provedbe koje proizlazi iz naslova dokumenta. Iz teksta Nacionalnog plana proizlazi da se provedba ne može očekivati prije prvog kvartala 2015.
- b. Prije 2015. godine ne planiraju se aktivnosti po dokumentu:
 - i. Str. 4.: „Detalji funkcionalne integracije bit će definirani u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite za 2016. godinu.“

- ii. Str. 21. i 22.: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2.).“
- iii. Str. 27.: „Plaćanje produljenog i dugotrajnog liječenja bit će definirano od strane HZZO-a do ugovaranja za 2015. godinu.“
- iv. Str. 31.: „...uprave svih bolnica obvezne su najkasnije mjesec dana nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt njegove provedbe i dostaviti ga Ministarstvu zdravlja.“
- v. Str. 31.: „Provođenje projekata i navedenih mjera počinje 1.1.2015. godine s punom implementacijom do 31.12.2015. godine. Kako su ove mjere polovične u odnosu na navedene u poglavlju 2.2.; jasno je da se očekuje nastavak provođenja reformi za postizanje konačnih ciljeva Nacionalnog plana do kraja 2016. godine.“
- vi. Str. 32.: „Funkcionalna integracija trebala bi započeti 1.1.2016. godine.“

2. Na 1. Uvod.

Druga rečenica drugog paragrafa mijenja se i glasi: „Važne činjenice su ubrzano starenje stanovništva, ali i produljenje očekivanog trajanja života.

Obrazloženje: Dodaje se zarez, sukladno pravopisnoj normi hrvatskoga standardnog jezika.

3. Na 1.1. Temeljna načela (str. 2 i 3).

Prva rečenica četvrtog paragrafa mijenja se i glasi: „Načelo funkcionalne integracije podrazumijeva funkcionalno povezivanje bolnica kako bi se ostvarili definirani ciljevi Nacionalnog plana, a koji su navedeni u dijelu 6.“

Obrazloženje: Suradnja bolnica je potrebna i treba ju poticati među svim kategorijama bolnica, neovisno je li za njih Nacionalnim planom predviđena funkcionalna integracija ili ne. Korigira se pogrešno napisana riječ „definirani“.

Druga rečenica četvrtog paragrafa mijenja se i glasi: „Ostvarenje ciljeva postiže se provođenjem specifičnih i definiranih mjera navedenih u dijelu 2.2., a pridržavanjem važećih Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica, kao i drugih relevantnih zakonskih i podzakonskih akata.“

Obrazloženje: Nabrojani pravilnici; Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova te Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica mogu biti

predmetom izmjena i dopuna tijekom provedbe Nacionalnog plana pa se umjesto brojeva Narodnih novina u kojima su objavljeni trenutno važeći pravilnici predlaže gore navedena formulacija.

Druga rečenica petog paragrafa mijenja se i glasi: „Definiranjem Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite (u tekstu dalje i: Nacionalni registar) te funkcionalnom integracijom bolnica kako ju definira Nacionalni plan ostvaruje se vizija zdravstvenog sustava „zdravlje za sve“ te misija osiguravanja kvalitetne zdravstvene zaštite s pacijentom u središtu sustava.“

Obrazloženje: Unapređenje rečenične konstrukcije. Pojam „postulati Nacionalnog plana“ nigdje se ne definira kroz tekst. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Dodaje se tekst iza druge rečenice petog paragrafa: „Za uspostavljanje Nacionalnog registra zaduženo je Ministarstvo zdravlja. Nacionalnim registrom definirat će se, između ostaloga, maksimalni broj postelja i stolaca po bolničkim zdravstvenim ustanovama, a koji će služiti kao jedan od preduvjeta za ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u tekstu dalje: HZZO). Podatci u Nacionalnom registru ažurirat će se najmanje jednom godišnje. Uspostavljanjem Nacionalnog registra, prestaje potreba za daljnjim razvojem Mreže javne zdravstvene službe (Narodne novine, broj 101/2012 i 31/2013).“

Obrazloženje: Struktura dokumenta, odnosno sadržaj dokumenta ostao je nepromijenjen od prijedloga usvojenog na 167. sjednici Vlade Republike Hrvatske održanoj 11. lipnja 2014. godine, a koncept određivanja posteljnih kapaciteta se znatno promijenio. Umjesto dokumentom Nacionalnog plana, isti će se utvrditi kroz Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. Slijedom navedenoga, a s obzirom da, kako i piše na str. 10 „...definirana je potreba uspostavljanja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, nakon čijeg uspostavljanja prestaje potreba za daljnjim definiranjem i razvijanjem Mreže javne zdravstvene zaštite (NN 101/2012 i 31/2013).“, Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite predstavlja znatnu novinu u odnosu na dosadašnje uređivanje kapaciteta javne zdravstvene zaštite, kao i novinu u odnosu na prvotnu inačicu dokumenta Nacionalnog plana treba uvodno biti detaljnije opisan. Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite spominje se izrijekom kroz više mjesta u Nacionalnom planu (str. 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30) te se smatra nužnim kako za kvalitetu samog dokumenta, tako i za razumijevanje svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti, uvodno istaknuti bitne karakteristike Nacionalnog registra koje se spominju kroz tekst Nacionalnog plana na više mjesta nesistematično.

Mijenja se peti paragraf i glasi: „Koncentracijom medicinskog osoblja i opreme te većeg broja slučajeva u jednoj bolnici kroz funkcionalno integriranje bolnica, poboljšat će se dostupnost zdravstvenih usluga jer će se poboljšati ishodi liječenja, kvaliteta pružanja zdravstvene skrbi, time i skratiti liste čekanja. Funkcionalna integracija bolnica rezultirat će i pozitivnim financijskim učincima. Iako se neće zadržati svi oblici zdravstvenih djelatnosti u svim funkcionalno integriranim bolnicama te će u nekim slučajevima biti potrebno potražiti određenu vrstu zdravstvene usluge u bolnici koja nije najbliža mjestu boravišta bolesnika, nikako neće doći do smanjenja dostupnosti zdravstvene zaštite. Poštujući načelo supsidijarnosti, u navedenim slučajevima to znači da će zdravstvena usluga biti kvalitetnija i učinkovitija, a takva organizacija bolničkog zdravstvenog sustava pozitivno utjecati na njegovu financijsku održivost.“

Obrazloženje: Nužno promijeniti izričaj i preoblikovati rečenice sukladno pravopisnoj normi hrvatskoga standardnoga jezika zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Mijenjaju se šesti i sedmi paragrafi i glase: „Funkcionalna integracija bolnica definirana Nacionalnim planom započet će 1.1.2016. godine. Sve specijalističke djelatnosti koje su postojale prije funkcionalne integracije i dalje će djelovati u svim bolnicama, ali ne u svim oblicima. Određene djelatnosti u nekim međusobno funkcionalno integriranim bolnicama mogu biti organizirane kroz specijalističko – konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i/ili dnevnu bolnicu, a u nekima kroz akutno i/ili produljeno i/ili dugotrajno liječenje. Funkcionalna integracija može dovesti i do uvođenja djelatnosti u bolnice u nekom od spomenutih oblika koje do provedbe funkcionalne integracije nisu imale, a što sve doprinosi ostvarenju kvalitetnije, učinkovitije i dostupnije zdravstvene skrbi svim bolesnicima. S obzirom na navedeno, do završetka provedbe funkcionalne integracije, odnosno Nacionalnog plana, neće se odobravati obavljanje novih djelatnosti bolnicama.“

Obrazloženje: Nejasno je definiran početak provedbe funkcionalne integracije u postojećem tekstu „1.1.2016. i do kraja te godine“ te nije razvidno radi li se o faznom pristupu ili greški. Stoga se predlaže jasno definirati početak provedbe s 1.1.2016. Nadalje, s obzirom da se navodi kako će sve zdravstvene djelatnosti bolnice prije funkcionalne integracije, djelovati i nakon provedbe funkcionalno integracije, smatra se nužnim i ključnim, do provedbe funkcionalne integracije zabraniti bolnicama odobravanje obavljanja novih djelatnosti, odnosno tek nakon što se utvrdi eventualna potreba za novim djelatnostima nakon provedbe Nacionalnog plana, prvenstveno funkcionalne integracije. Time bi se spriječila „inflacija“ zdravstvenih djelatnosti te mogući utjecaj na financijsku održivost bolnica. Ostale izmjene

počivaju na nužnosti promjene izričaja, smislenog povezivanja rečenica u cjeline i preoblikovanja rečenica sukladno pravopisnoj normi hrvatskoga standardnoga jezika zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

4. Na 1.2. Obuhvat Nacionalnog plana (str. 3 i 4).

Briše se treći paragraf.

Obrazloženje: Tekst trećeg paragrafa kontradiktoran je s uvođenjem pojma i svrhe Nacionalnog registra. Naime, na str. 8 Nacionalnog plana navodi se kako će Nacionalni registar definirati „između ostaloga i maksimalni broj postelja kao jedan od preduvjeta za ugovaranje usluga od strane HZZO-a“, a kako će Nacionalni plan „definirati odrednice razvoja bolničkoga zdravstvenog sustava, načela provođenja reformi kroz procese supsidijarnosti i funkcionalne integracije“. Nadalje, navedeno se iščitava kroz cijeli dokument. Stoga, tvrdnja da su Nacionalnim planom „obuhvaćene samo osnovne djelatnosti ali ne i pod-djelatnosti. Organizacija pod-djelatnosti – užih specijalizacija kao i specijalizacija koje su odvojene od osnovnih, ali koje se i dalje vežu uz osnovne kapacitete (primjerice pedijatrijska infektologija, dječja i adolescentna psihijatrija i druge); nije obuhvaćena ovim nacionalnim planom.“ apsolutno ne stoji. Slijedom navedenih argumenata, ni ostatak paragrafa koji glasi „One će se organizirati suradnjom i dogovorom Ministarstva zdravlja i sanacijskih upravitelja/ravnatelja zdravstvenih ustanova gdje su one ugovorene, stručnih društava, udruga pacijenata i drugih zainteresiranih strana ovisno o epidemiološkim karakteristikama gravitirajućeg stanovništva. to je učinjeno s namjerom, jer bis e uvrštavanjem svih poddjelatnosti u Nacionalni plan ograničilo razvijanje zdravstvene zaštite ovisno o potrebama lokalne zajednice.“. Koliko je razvidno iz drugih dijelova dokumenata preduvjeti za ugovaranje s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje i djelatnosti i pod-djelatnosti stvorit će se uspostavljanjem Nacionalnog registra koji onda mora pružati sve potrebne informacije, a za očekivati je da će navedeni dionici sudjelovati i surađivati u njegovom kontinuiranom razvoju i unaprjeđenju te da to nije zadatak ovako koncipiranog Nacionalnog plana. Navedeno je argumentirano i u četvrtom paragrafu dijela 1.2. Obuhvat Nacionalnog plana.

Četvrti paragraf mijenja se i glasi: „Sve zdravstvene ustanove koje obavljaju bolničku zdravstvenu djelatnost, neovisno o osnivaču bit će uključene u Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. Kao što je već navedeno, za uspostavu i ažuriranje Nacionalnog registra odgovorno je Ministarstvo zdravlja, uz pridržavanje važećih Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih

ustanova te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica, kao i drugih relevantnih zakonskih i podzakonskih akata. Kako podatci iz Nacionalnog registra predstavljaju osnovu za ugovaranje s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, ažurirat će se najmanje jednom godišnje.“

Obrazloženje: Nabrojani pravilnici; Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova te Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica mogu biti predmetom izmjena i dopuna tijekom provedbe Nacionalnog plana pa se umjesto brojeva Narodnih novina u kojima su objavljeni trenutno važeći pravilnici predlaže gore navedena formulacija. Nadalje, s obzirom da se u dijelu 5 ne daju nikakve dodatne informacije o Nacionalnom registru niti je Nacionalni registar istaknut kao zasebni dio te cjeline, predlaže se izbacivanje dijela teksta koji upućuje čitatelja na dio 5 iz spomenutih razloga. Ostale izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja, smislenog povezivanja rečenica u cjeline i preoblikovanja rečenica sukladno pravopisnoj normi hrvatskoga standardnoga jezika zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Peti paragraf se briše.

Obrazloženje: Peti paragraf kontradiktoran je sa drugim i šestim paragrafom dijela 1.2. Obuhvat Nacionalnog plana. Nacionalni plan se odnosi na razdoblje do kraja 2016. godine, a petim paragrafom se ističe plan za razdoblje do 2020. godine „nakon što promjene koje navodi ovaj Nacionalni plan postanu operative; bit će potrebno procijeniti i sve ostale zdravstvene ustanove.“ Iako iz samog teksta nije razvidno pretpostavlja se na bolničke zdravstvene ustanove koje nisu uključene u Nacionalni plan.

Šesti paragraf se mijenja i glasi: „Razvoj svih bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom potrebno je definirati zasebnim planskim i operativnim dokumentima na razini Ministarstva zdravlja. Definiranje njihovog razvoja znatno će olakšati uspostavljanje Nacionalnog registra u koji će biti uključene.“

Obrazloženje: Dodaje se upotrebljivi dio zaključka petog paragrafa, a vezano uz Nacionalni registar i njegovu ulogu u definiranju razvoja ostalih bolničkih zdravstvenih ustanova koje nisu definirane Nacionalnim planom.

5. Na 1.3. Regije zdravstvenog planiranja (str. 4 i 5).

Druga rečenica trećeg paragrafa mijenja se i glasi: „Funkcionalna integracija bolnica bit će definirana u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite za 2016. godinu.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Riječ „detalji“ je preopćenita i zbunjujuća. Uspostavom Nacionalnog registra neće više postojati Mreža javne zdravstvene službe (Narodne novine, broj 101/2012 i 31/2013).

Četvrti paragraf mijenja se i glasi: „Klinički bolnički centri u regijama planiranja predstavljaju krovnu bolničku ustanovu regije. Sve bolnice unutar pojedine regije trebaju se okomito povezati s pripadajućim regionalnim kliničkim bolničkim centrima, neovisno jesu li s njima funkcionalno integrirane ili ne. Na taj način optimalno će se koristiti klinički te znanstveno – nastavni potencijal kliničkih bolničkih centara te pružati kvalitetnija i učinkovitija zdravstvena zaštita.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Klinički bolnički centri su krovne bolnice, ne institucije u regijama planiranja.

Treća, četvrta, peta, šesta i sedma rečenica petog paragrafa se mijenjaju i glase: „Spajanje bolnica zasigurno bi donijelo više ušteda zdravstvenom sustavu zbog veće učinkovitosti i smanjenja troškova pratećih službi spojenih bolnica u usporedbi s funkcionalno integriranim koje i dalje predstavljaju neovisne pravne entitete. Spajanja bolnica provedena u siječnju 2014. godine ukazuju na veliki otpor spajanju bolnica na lokalnoj razini. U smanjivanju potencijalnog otpora te uviđanju svih prednosti provođenja takvih aktivnosti važnu ulogu ima komunikacijski i edukacijski proces sa svim ključnim dionicima: od radnika bolnica, jedinca lokalne i regionalne samouprave do građana. Učinci spajanja bolnica provedenih u siječnju 2014. godine promijenit će se nakon proteka jednogodišnjeg razdoblja, odnosno početkom 2015. godine.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Šesti paragraf mijenja se i glasi: „Klinički bolnički centar Zagreb, iako je u kategoriji središnje nacionalne bolnice, analiziran je u grupi bolnica prve kategorije.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Ubacuje se red razmaka između šestog i sedmog paragrafa.

Obrazloženje: Jednoobrazno uređenje teksta.

Sedmi paragraf mijenja se i glasi: „Kategorizacija bolnica također će biti predmetom prilagodbe u vremenskom razdoblju provedbe Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020.“

Obrazloženje: Unapređenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Puni naziv dokumenta koji se prvi put spominje u tekstu.

6. Na dio 2.1. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (str. 6 i 7).

Treći paragraf, početak prve točka nabiranja mijenja se i glasi: „funkcionalno, ali i organsko udruživanje bolnica...“

Obrazloženje: Nije jasno što se misli pod pojmom „apsolutno“ udruživanje bolnica. Aludira se na postojanje i „relativnog“. Potrebno je zamijeniti riječ „apsolutno“ s riječju „organsko“.

Treći paragraf, treća točka nabiranja, peta rečenica mijenja se i glasi: „Pri tome, trebaju se izbjeći svi nepotrebni troškovi i voditi računa o tome kako je moguće dnevne bolnice organizirati, u većini slučajeva, u postojećim infrastrukturnim uvjetima.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Pojam „postulati Nacionalnog plana“ nigdje se ne definira kroz tekst. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

7. Na dio 2.2. Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske (str. 7 i 8).

Mijenja se naslov dijela 2.2. i glasi: „Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske“.

Obrazloženje: Netočan naziv.

Treća rečenica trećeg paragrafa mijenja se i glasi: „Ciljevi Nacionalnog plana navedeni u dijelu 6. provesti će se kroz sljedeće specifične mjere:

- **smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za 10 %,**
- **prosječnu stopu popunjenosti kreveta dovesti na 80 – 85 % (ovisno o djelatnosti),**
- **smanjiti duljinu bolničkog liječenja (ovisno o djelatnosti i ustanovi) za 10 – 40 %,**

- **povećati broj ambulantnih usluga za minimalno 10 %,**
- **povećati broj slučajeva dnevne bolnice i dnevne kirurgije za minimalno 10 %.**

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. „Specifične i definirane mjere“ predstavlja nejasan izričaj koji treba popraviti zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Vjerojatno se misli na „definirane specifične“ mjere.

Četvrti paragraf mijenja se i glasi: „Nacionalni plan neće jasno definirati broj postelja u bolnicama obuhvaćenima Nacionalnim planom, već će se maksimalni broj postelja odrediti u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite. Nacionalni plan će definirati odrednice razvoja bolničkog zdravstvenog sustava, načela provođenja reformi kroz procese supsidijarnosti i funkcionalne integracije, dok će Nacionalni registar definirati, između ostaloga i maksimalni broj postelja kao jedan od preduvjeta za ugovaranje usluga od strane HZZO-a. Time se omogućava brža prilagodba sustava bolničke zdravstvene zaštite potrebama korisnika i poboljšava njegova učinkovitost, ostvaruje bolja kvaliteta i dostupnost, a u konačnici, i bolja financijska održivost.

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Tvrdnja da je definiranje postelja Nacionalnim planom „korak nazad u reformi mjera fiskalne konsolidacije, ali i u reformi zdravstvenog sustava općenito“ je netočna.

8. Na dio 3.2. Tijek izrade i ključne analize (str. 10).

Peti paragraf, zadnja rečenica (zadnja rečenica na str. 10.) se briše.

Obrazloženje: Navedeni dio dodan je u kroz amandman na dio 1.1. jer uvodno nedostaju informacije o Nacionalnom registru.

9. Na dio 3.3. Kriteriji planiranja razvoja bolnica (str. 11).

Drugi paragraf, druga rečenica se briše.

Obrazloženje: Sami naslov dijela „Kriteriji planiranja razvoja bolnica“ upućuje na utvrđivanje i opis kriterija planiranja razvoja bolnica u okviru Nacionalnog plana. Ukoliko to ne bi bio slučaj, kriterije bi trebalo jasno i nedvosmisleno u ovom dijelu Nacionalnog plana definirati i obrazložiti. S obzirom da su navedeni kriteriji i pojašnjeni u ovom dijelu, rečenica predložena za brisanje ne stoji, odnosno dovodi u pitanje postojanje kriterija planiranja razvoja bolnica.

Treći paragraf se mijenja i glasi: „Prenamjena kapaciteta te opsega i vrsta zdravstvenih usluga ažurirat će se u Nacionalnom registru redovito, a najmanje jednom godišnje, na temelju demografskih, epidemioloških i geografskih značajki i potreba.“

Obrazloženje: Trenutni tekst trećeg paragrafa baca sumnju na kriterije planiranja razvoja bolnica, odnosno na cijeli dokument Nacionalnog plana, a što može dovesti do nesigurnosti svih dionika, kao i šire javnosti. Kriteriji nisu mijenjani te su zadržani, iako je od prve inačice dokumenta prihvaćene na Vladi Republike Hrvatske prošlo pet mjeseci. Stoga tvrdnja: „zahtjev da ovaj dokument postane operativan što je to prije moguće onemogućila je takav pristup u ovome trenutku“, u smislu unaprjeđenja u dokumentu utvrđenih kriterija planiranja razvoja bolnica, ne stoji. Pojam „regularno“ ažuriranje, aludira na mogućnost „neregularnog“ ažuriranja te se stoga predlaže korištenje pojma „redovito“. Izmjena je potrebna stoga jer su svi vodeći dionici izrade Nacionalnog plana bili aktivno uključeni u izradu istoga od samog početka donošenja ove reformske mjere (članstva u Radnoj skupini Vlade Republike Hrvatske i drugo).

10. Na dio 3.3.1. Prosječna stopa popunjenosti postelja

Prvi paragraf mijenja se i glasi: „Prema međunarodno priznatim optimizacijskim kriterijima za popunjenost bolničkih postelja koji se koriste u Europi, optimalna stopa popunjenosti u akutnoj bolničkoj zdravstvenoj zaštiti jest 80 – 85 %. Prema rezultatima istraživanja, postoje naznake da rizici u pružanju bolničke zdravstvene zaštite postaju vidljivi kada prosječne stope popunjenosti postelja (PSPP) premaše 85 %, a bolnica za akutnu zdravstvenu zaštitu može očekivati redovit nedostatak postelja i periodične krize ako se prosječna stopa popunjenosti postelja poveća na 90 % ili više. Na osnovi te analize, kriterij od 85 % PSPP postavljen je kao ciljani PSPP do kraja 2016. godine.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Drugi paragraf mijenja se i glasi: U svim bolnicama za akutnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj prosječna stopa popunjenosti postelja analizirana je zasebno po djelatnostima. Kao krajnji rezultat, sudeći po razlici između izračunate i optimalne prosječne stope popunjenosti postelja od 85 %, određeni broj postelja mogao bi se ili ukloniti ili prenamijeniti iz kapaciteta akutne zdravstvene zaštite u neakutnu zdravstvenu zaštitu, a s ciljem postizanja optimalne prosječne stope popunjenosti postelja, ali i poboljšanja prostornih uvjeta u samoj bolnici.

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Treći paragraf, prva točka nabiranja mijenja se i glasi: „vremenskoj dinamici procesa, tj. predviđenom broju godina koji je potreban kako bi ustanove realno mogle dostići optimalnu PSPP pa je predloženo da se transformacijski model razvija u razdoblju 2015.-2016. te su prema tome definirane faze i kriteriji izrade projekata provedbe Nacionalnog plana (dio 8.2).“

Obrazloženje:

- a. Hrvatski Sabor o dokumentu raspravlja u siječnju 2015. godine. Prva inačica dokumenta usvojena je na Vladi Republike Hrvatske na 167. sjednici, 11. lipnja 2014. godine i provedba bi intenzivno počela nakon usvajanja u Hrvatskom Saboru (zadnji kvartal 2014.). Promjena terminskog plana zahtijeva i intervenciju u razdoblje provedbe koje proizlazi iz naslova dokumenta. Iz teksta Nacionalnog plana proizlazi da se provedba ne može očekivati prije prvog kvartala 2015.
- b. Prije 2015. godine ne planiraju se aktivnosti po dokumentu:
 - i. Str. 4.: „Detalji funkcionalne integracije biti će definirani u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite za 2016. godinu.“
 - ii. Str. 21. i 22.: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavljje 8.2).“
 - iii. Str. 27.: „Plaćanje produljenog i dugotrajnog liječenja biti će definirano od strane HZZO-a do ugovaranja za 2015. godinu.“
 - iv. Str. 31.: „...uprave svih bolnica obvezne su najkasnije mjesec dana nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt njegove provedbe i dostaviti ga Ministarstvu zdravlja.“
 - v. Str. 31.: „Provođenje projekata i navedenih mjera počinje 1.1.2015. godine s punom implementacijom do 31.12.2015. godine. Kako su ove mjere polovične u odnosu na navedene u poglavlju 2.2.; jasno je da se očekuje nastavak provođenja reformi za postizanje konačnih ciljeva Nacionalnog plana do kraja 2016. godine.“
 - vi. Str. 32.: „Funkcionalna integracija trebala bi započeti 1.1.2016. godine.“
- c. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Treći paragraf, treća točka nabiranja, zadnja rečenica, mijenja se i glasi: „Za provedbu modela dnevnih bolnica od iznimne važnosti su aktivnosti HZZO-a koji treba definirati što više dijagnostičko-terapijskih postupaka (u daljnjem tekstu: DTP) dnevne bolnice te stimulirati bolnice na njihovo uvođenje i provedbu.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Treći paragraf, četvrta točka nabiranja, zadnja rečenica, mijenja se i glasi: „Time se omogućuje prilagodba bolničkog sustava aktualnim potrebama koje neće biti stacionarne u razdoblju provedbe Nacionalnog plana, a što omogućuje veću kvalitetu, učinkovitost, dostupnost te potencijalno i na smanjenje troškova pružanja bolničkih zdravstvenih usluga.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Trogodišnje razdoblje provedbe Nacionalnog plana je upitno, jedino ako se razdoblje provedbe protegne i na 2017. Iz cijelog dokumenta Nacionalnog plana proizlazi da provedba počinje 1.1.2015. godine, a završava krajem 2016. godine što čini razdoblje od dvije godine.

11. Na dio 3.3.2. Prosječno trajanje boravka u bolnici (str. 13).

Brišu su grafičke oznake kod prvog i drugog paragrafa na str 13.

Obrazloženje: Tehnička greška u tekstu.

Zadnja rečenica prvog paragrafa na str. 13 mijenja se i glasi: „Općenito, smanjenje prosječnog trajanja boravka u bolnicama u Republici Hrvatskoj trebalo bi u većini slučajeva biti od 10 % do 40 % tijekom razdoblja provedbe Nacionalnog plana, a kroz faze provedbe Nacionalnog plana definirane u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Iz dijela 8.2. Nacionalnog plana na koji se upućuje proizlazi da provedba počinje 1.1.2015. godine, a završava krajem 2016. godine što čini razdoblje od dvije godine.

12. Na dio 3.3.3. Minimalni broj postelja ustrojstvenih jedinica (str. 13 i 14).

Prvi paragraf mijenja se i glasi: „Broj bolničkih postelja u suvremenoj medicinskoj i bolničkoj praksi ne može se uzimati kao jedini ili čak najvažniji pokazatelj aktivnosti. U načelu, broj bolničkih postelja trebao bi se određivati fleksibilno te planirati tako da se može prilagođavati na temelju demografskih, epidemioloških i geografskih značajki i potreba stanovništva. Shodno tome, maksimalni broj postelja određene bolnice ukupno i po djelatnostima neće biti definirani Nacionalnim planom nego Nacionalnim registrom pružatelja zdravstvene zaštite, kao što je već istaknuto. Ministarstvo zdravlja propisuje pravilnicima o unutarnjem ustroju zdravstvenih ustanova minimalni broj postelja određene ustrojstvene jedinice kako bi se osigurala kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite i racionalnost u organizaciji i pružanju zdravstvenih usluga.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Ostale izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog

kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Drugi paragraf, zadnja (šesta) rečenica briše se.

Obrazloženje: Navedeno ne proizlazi iz važećih pravilnika o unutarnjem ustroju bolnica kao što se tvrdi navedenom rečenicom. Radi se o dva različita pravna entiteta te način na koji oni mogu međusobno dijeliti ustrojstvenu jedinicu ne proizlazi iz spomenutih pravilnika. Amandman je nužan zbog pravne upitnosti koja dovodi u pitanje kvalitetu samog dokumenta, razumijevanje svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Treći paragraf mijenja se i glasi: „Sukladno pravilnicima o unutarnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova ustrojstvene jedinice definirane su s minimalno 15 postelja, no ostavljeno je na slobodu da se u posebnim uvjetima odobre i s manjim brojem. Primjerice, to će biti potrebno u nekim ustanovama u kojima poradi epidemioloških karakteristika gravitirajućeg stanovništva postoji potreba za obavljanjem određenih zdravstvenih djelatnosti, ali ne u obujmu definiranom minimalnim posteljnim kapacitetima. Takvi slučajevi biti će definirani u Nacionalnom registru.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nadalje, Nacionalni plan definira, odnosno utvrđuje funkcionalnu integraciju među bolnicama te tvrdnja kako se u slučajevima nepostojanja uvjeta za ustrojavanje zasebne ustrojstvene jedinice na način jedna zdravstvena djelatnost u jednoj ustrojstvenoj jedinici, ne može se savjetovati „provesti funkcionalnu integraciju s drugom ustanovom kako bi se osigurali uvjeti definirane ustrojstvene jedinice a sve u cilju bolje kvalitete zdravstvene usluge“. Prema tome, Nacionalni plan definirana na koje se bolnice primjenjuje funkcionalna integracija temeljem načela i kriterija Nacionalnog plana. S druge strane, ističe se kako paradigma da se kvalitetne zdravstvene usluge pojedinih zdravstvenih djelatnosti mogu pružati isključivo u zasebnim ustrojstvenim jedinicama treba otkloniti. Kako se povećava broj zdravstvenih pod-djelatnosti i užih specijalizacija, može doći do inflacije ustrojstvenih jedinica i rukovodećih radnih mjesta, a što negativno utječe na financijsku održivost bolničkog zdravstvenog sustava, iako nije dokazano da vodi boljoj kvaliteti i učinkovitosti. Ministarstvo zdravlja propisuje pravilnicima o unutarnjem ustroju zdravstvenih ustanova minimalni broj postelja određene ustrojstvene jedinice kako bi se osigurala kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite i racionalnost u organizaciji i pružanju zdravstvenih usluga. Slijedom navedenoga, tekst Nacionalnog plana ne treba zadirati u pitanja koja uređuju predmetni pravilnici.

13. Na dio 3.3.4. Modalitet liječenja (str. 14, 15 i 16).

Drugi paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Shodno tome, Nacionalni plan do kraja 2016. godine predviđa povećanje broja liječenih slučajeva u dnevnoj bolnici kao i slučajeva dnevne kirurgije za minimalno 10 %, povećanje broja ambulantnih usluga za minimalno 10 %, a što bi trebalo rezultirati smanjenjem stope akutnog bolničkog liječenja za 10 % uz ukupno veći broj pruženih zdravstvenih usluga svim korisnicima zdravstvene zaštite.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

Šesti paragraf, treća rečenica mijenja se i glasi: „Dinamika procesa opisana je u poglavlju izrade projekta provedbe Nacionalnog plana (dio 8.2), a po nekim procjenama broj postelja/stolaca dnevne bolnice ovisno o ustanovama trebat će povećati od 10 - 40% u odnosu na postojeće stanje ugovorenih postelja/stolaca dnevne bolnice 2014. godine.“

Obrazloženje: Ispravljena greška. Ne povećava se udio postelja/stolaca dnevne bolnice ovisno o ustanovama, već broj.

Sedmi paragraf, zadnja (treća rečenica) mijenja se i glasi: „Po nekim procjenama, udio postelja za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu trebao bi iznositi oko 8 % od ukupnog broja postelja do kraja 2016. godine.“

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika te unaprijeđenje izričaja. Udio se ne može odnositi „na razinu ukupnog broja“.

Ubacuje se redak razmaka između sedmog i osmog paragrafa.

Obrazloženje: Jednoobrazno uređenje teksta.

Osmi paragraf mijenja se i glasi: „Usluge dnevne bolnice, iako u većini slučajeva financijski povoljnije za bolnice, HZZO bi trebao inicijalno stimulirati kako bi ih bolnice prepoznale kao povoljnije po ugovorenim cijenama. Time se potiče supsidijarnost kao jedno od temeljnih načela ovog Nacionalnog plana. Kod produljenog i dugotrajnog liječenja, važno je da ih HZZO ne obračunava istim metodama koje bi stimulirale produljenje PTBB i imale za rezultat samo povećanje PSPP, čime bi negativno djelovale na troškove sustava. Dakle, prije konačne prilagodbe i postavljanja sustava produljenog i dugotrajnog liječenja operativnim, moraju se definirati kriteriji i cijene za navedene usluge. Ovisno o dijagnozi i/ili značajnom postupku, pojedina epizoda akutnog stacionarnog liječenja grupira se u DTS kategoriju što čini temelj za plaćanje izvršene usluge. Do sada je bila ista cijena usluge bez obzira na to koliko je trajala epizoda liječenja. Uvođenjem produljenog liječenja utvrdit će se maksimalni trim dan za svaku pojedinu DTS kategoriju kojim će se definirati najdulje

trajanje liječenja pacijenta na akutnoj postelji. Liječenje pacijenta na postelji za produljeno liječenje financirat će se po drugom principu, odnosno plaćat će se dodatno svaki dan bolničkog liječenja koji prelazi utvrđeni trim dan. Financiranje dugotrajnog/kroničnog liječenja kao modaliteta bolničke zdravstvene zaštite definirat će HZZO do ugovaranja usluga za 2015. godinu.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Umjesto PDBB treba pisati PTBB (prosječno trajanje boravka u bolnici), kratica koja se koristi kroz cijeli dokument i navedena je u popisu kratice. Umjesto kratice PSPK treba pisati PSPP (prosječna stopa popunjenosti postelja), kratica koja se koristi kroz cijeli dokument i navedena je u popisu kratice.

14. Na dio 5. Plan razvoja i funkcioniranje integracije bolnica po regijama zdravstvenog planiranja (str. 20, 21, 22 i 23).

Prvi paragraf, druga rečenica mijenja se i glasi: „Ciljane vrijednosti maksimalnog broja postelja po modalitetima liječenja definirat će i ažurirati Ministarstvo zdravlja kroz uspostavu Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite. Specifične mjere koje služe ostvarivanju ciljeva Nacionalnog plana (dijelovi 6 i 7) navedene su u dijelu 2.2.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. „Specifične i definirane mjere“ predstavlja nejasan izričaj koji treba popraviti zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Vjerojatno se misli na „definirane specifične“ mjere.

Drugi i treći paragrafi mijenjaju se i glase: „Planirano smanjenje stope akutnog bolničkog liječenja, jedne od mjera Nacionalnog plana za 10 % ne znači i smanjenje broja akutnih postelja za 10 %. Tako ni planirano povećanje broja slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici i jedinicama dnevne kirurgije za 10 %, također ne znači toliki postotak povećanja broja posteljnih kapaciteta dnevne bolnice. To je i razlog zašto maksimalni broj posteljnih kapaciteta koji će služiti za dostizanje ciljeva Nacionalnog plana nije određen u samom Nacionalnom planu, nego u Nacionalnom registru.

U dijelu 8.2. definiran je plan provedbe Nacionalnog plana do kraja 2016. godine. Vrlo je vjerojatno da u nekim bolnicama neće biti moguće bez građevinskih i drugih preinaka ostvariti specifične mjere definirane u poglavlju 2.2., pridržavajući se važećih Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih

zdravstvenih ustanova te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica kao drugih relevantnih zakonskih i podzakonskih akata. Nadalje, za bolnice u kojima provedba mjera i ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana potencijalno neće dovesti do poboljšanja kvalitete, učinkovitosti i dostupnosti zdravstvene skrbi, kao što to definira Nacionalni plan u svojim temeljnim načelima (dio 1.1), Nacionalni plan predviđa funkcionalnu integraciju.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Izbačen pojam „specifičnih“ mjera, jer nisu definirane opće u dokumentu. Izbačen pojam „planska strategija provedbe“ jer nije jasno što isti predstavlja, a što utječe kako na kvalitetu samog dokumenta, tako i na razumijevanje svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta te šire javnosti. Nadalje, mjere se ne „ostvaruju“, već provode. Nabrojeni pravilnici; Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova te Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica mogu biti predmetom izmjena i dopuna tijekom provedbe Nacionalnog plana pa se umjesto brojeva Narodnih novina u kojima su objavljeni trenutno važeći pravilnici predlaže gore navedena formulacija.

Na dnu četvrtog paragrafa, s lijeve strane, briše se oznaka ostala od evidentiranja promjena u tekstu.

Obrazloženje: Tehničko uređenje teksta.

Peti paragraf mijenja se i glasi: „Kako je već navedeno, Nacionalni plan predviđa fazno uvođenje promjena u razdoblju do kraja 2016. godine.“

Obrazloženje: Spominjanje trogodišnjeg razdoblja provedbe 2014. – 2016. ne proizlazi iz samog dokumenta. Prije 2015. godine ne planiraju se aktivnosti po dokumentu:

- i. Str. 4.: „Detalji funkcionalne integracije biti će definirani u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite za 2016. godinu.“
- ii. Str. 21. i 22.: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2.).“
- iii. Str. 27.: „Plaćanje produljenog i dugotrajnog liječenja biti će definirano od strane HZZO-a do ugovaranja za 2015. godinu.“
- iv. Str. 31.: „...uprave svih bolnica obvezne su najkasnije mjesec dana nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt njegove provedbe i dostaviti ga Ministarstvu zdravlja.“
- v. Str. 31.: „Provođenje projekata i navedenih mjera počinje 1.1.2015. godine s punom implementacijom do 31.12.2015. godine. Kako su ove

mjere polovične u odnosu na navedene u poglavlju 2.2.; jasno je da se očekuje nastavak provođenja reformi za postizanje konačnih ciljeva Nacionalnog plana do kraja 2016. godine.“

vi. Str. 32.: „Funkcionalna integracija trebala bi započeti 1.1.2016. godine.“

S obzirom da se nigdje u dokumentu ne objašnjava proces postizanja ciljeva definiranih Nacionalnom strategijom, taj se dio rečenice predlaže izbaciti jer utječe kako na kvalitetu samog dokumenta, tako i na razumijevanje svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta te šire javnosti.

Osmi paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine, a kako je definirano u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nejasna i zbunjujuća formulacija „smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu“ je zamijenjena.

Deveti paragraf, druga, treća, četvrta i peta rečenica mijenjaju se i glase: Ključni pokazatelji kvalitete i uspješnosti spojenih bolnica analizirat će se godinu dana od njihovog spajanja, u siječnju 2015. godine, kada će se usporediti dostupnost, učinkovitost i kvaliteta zdravstvene skrbi, ali i financijski rezultati ostvareni u 2014. godini. Njih će se usporediti s onima koje su bolnice pojedinačno ostvarivale u 2013. godini te na osnovu tih pokazatelja procijenit će se učinci spajanja. Ta analiza bit će još zanimljivija kada se dobiju prvi rezultati ključnih pokazatelja kvalitete i uspješnosti nekih funkcionalno integriranih bolnica koji će biti dostupni početkom 2017. godine. Kontinuiranim praćenjem i organski spojenih bolnica i onih funkcionalno integriranih te usporedbom njihovih rezultata, moći će se procijeniti koji je od primijenjenih modela bolji.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Ne radi se o „dvije spojene cjeline“, već o dvije bolnice od kojih se jedna drugoj pripojila.

Jedanaesti paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine, a kako je definirano u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nejasna i zbunjujuća formulacija „smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu“ je zamijenjena.

Trinaesti paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine, a kako je definirano u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nejasna i zbunjujuća formulacija „smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu“ je zamijenjena.

Petnaesti paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine, a kako je definirano u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nejasna i zbunjujuća formulacija „smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu“ je zamijenjena.

Sedamnaesti paragraf, druga rečenica, mijenja se i glasi: „Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine, a kako je definirano u dijelu 8.2.“

Obrazloženje: Unapređenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika. Nejasna i zbunjujuća formulacija „smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu“ je zamijenjena.

Osamnaesti paragraf se mijenja i glasi: „Kao što je navedeno u dijelu 1.3., klinički bolnički centri u regijama planiranja predstavljaju krovnu bolničku ustanovu regije. Sve bolnice unutar pojedine regije trebaju se okomito povezati s pripadajućim regionalnim kliničkim bolničkim centrima, neovisno jesu li s njima funkcionalno integrirane ili ne. Na taj način optimalno će se koristiti klinički te znanstveno – nastavni potencijal kliničkih bolničkih centara te pružati kvalitetnija i učinkovitija zdravstvena zaštita.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Klinički bolnički centri su krovne bolnice, ne institucije u regijama planiranja.

Dvadeseti paragraf, četvrta i peta rečenica mijenjaju se i glase: „Broj postelja u Nacionalnom registru predstavlja osnovu za ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite s HZZO-om na razini pojedinačne bolnice, ali i funkcionalno integriranih bolnica te regije zdravstvenog planiranja s HZZO-om. Sve vrijednosti utvrđene Nacionalnim registrom podložne su promjenama na osnovu definiranih ciljeva Nacionalnog plana. Ažuriranje Nacionalnog registra vršit će se kontinuirano, a najmanje jednom godišnje, odnosno pred svako ugovaranje s HZZO-om.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Slijedom navedenoga, izbačeni su dvosmisleni dijelovi.

Dvadeset i prvi paragraf mijenja se i glasi: „HZZO može ugovarati djelatnosti na razini pojedinačnih ustanova, na razini funkcionalno integriranih bolnica ili na razini regija zdravstvenog planiranja sukladno Nacionalnom planu, a prema podacima iz Nacionalnog registra.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Slijedom navedenoga, izbačeni su dvosmisleni dijelovi. Kroz dokument se ističe kako će se prenamjena kapaciteta te opsega i vrsta zdravstvenih usluga ažurirati u Nacionalnom registru redovito, a najmanje jednom godišnje, na temelju demografskih, epidemioloških i geografskih značajki i potreba.

15. Na dio 6. Ciljevi i mjere Nacionalnog plana (str. 24).

Treći paragraf, druga točka nabiranja mijenja se i glasi: „uspostavljanje četiri regije zdravstvenog planiranja i funkcionalne integracije pojedinih bolnica“.

Obrazloženje: Suvišna je riječ „omogućavanje“ funkcionalne integracije. Funkcionalna integracija jedno je od temeljnih načela Nacionalnog plana.

16. Na dio 7.1. Povećana dostupnost bolničke zdravstvene zaštite (str 25).

Šesti paragraf se mijenja i glasi: „Metode kojima se planira intenzivirati rad u dnevnim bolnicama te metode kojima se planira povećati broj usluga u SKZZ, uprave bolnica predstavljaju u projektima provedbe Nacionalnog plana opisanima u poglavlju 8.2.“

Obrazloženje: Umjesto SKZ treba pisati SKZZ (specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita), kratica koja se koristi kroz cijeli dokument i navedena je u popisu kratica.

17. Na dio 7.2. Unaprjeđena kvaliteta i učinkovitost pružanja bolničkih usluga (str. 26 i 27).

Sedmi (zadnji) paragraf mijenja se i glasi: „Mjere provođenja načela supsidijarnosti, projekata provedbe funkcionalne integracije ukoliko je ista predviđena Nacionalnim planom te metode povećanja obrtaja pacijenata, kao i načine ostvarivanja svih drugih ciljeva definiranih Nacionalnim planom, uprave bolnica predstavljaju u projektima provedbe Nacionalnog plana opisanima u poglavlju 8.2.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Slijedom navedenoga, izbačeni su dvosmisleni dijelovi. Prvenstveno, vezano uz funkcionalnu integraciju izrazi „ako je ona indicirana i potrebna“ su zbunjujući jer nacionalni plan utvrđuje za koje bolnice je funkcionalna integracija potrebna i mora se provesti.

18. Na dio 7.3. Povećana djelotvornost bolnica i financijski učinci provedbe Nacionalnog plana (str. 27, 28 i 29).

Osmi paragraf, četvrta rečenica, mijenja se i glasi: „U upravljanju ljudskim resursima od presudne će uloge biti komunikacijski proces pojašnjen u poglavlju 8.1. kako bi se jasno definirala potreba za promjenom koja će pomoći u prihvaćanju načela, ali i posljedica funkcionalne integracije, kako na djelovanje sustava, tako i na pojedince unutar sustava.“

Obrazloženje: Unaprjeđenje rečenične konstrukcije. Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika.

19. Na dio 8.1. Preduvjeti uspješne provedbe Nacionalnog plana (str. 30).

Treći paragraf, četvrto nabranje, prva riječ mijenja se i glasi: „ostale“.

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika – početno malo slovo je primijenjeno od prvog nabrajanja u ovom paragrafu.

Peti paragraf, zadnja rečenica, zadnje dvije riječi se mijenjaju i glase: „*management of change*“.

Obrazloženje: Usklađivanje s pravopisnom normom hrvatskoga standardnog jezika – tuđice se pišu kosim slovima.

20. Na dio 8.2. Izrada projekata provedbe Nacionalnog plana (str. 31 i 32).

Drugi paragraf mijenja se i glasi: „U skladu s time, uprave svih bolnica obvezne su najkasnije mjesec dana nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt njegove provedbe i dostaviti ga Ministarstvu zdravlja. Sadržaj projekta provedbe opisan je u dijelovima 7.1. i 7.2. ovoga Nacionalnog plana, a isti treba detaljno razraditi sve potrebne aktivnosti i resurse za postizanje specifičnih mjera i ciljeva definiranih Nacionalnim planom. U 2015. godini to su:

- smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za 5 %,
- prosječnu stopu popunjenosti postelja dovesti na 80 % (s dozvoljenim varijacijama ovisno o djelatnosti),
- smanjiti duljinu bolničkog liječenja (ovisno o djelatnosti i ustanovi) za 5 – 20 %,
- povećati broj ambulantnih usluga za minimalno 5 %,

- povećati broj slučajeva dnevne bolnice i dnevne kirurgije za minimalno 5 %.

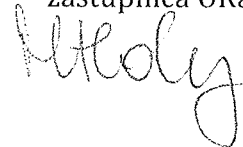
Ministarstvo zdravlja će projekte ocijeniti i predložiti promjene ukoliko budu potrebne, a nakon toga uprave bolnica s projektima trebaju upoznati sve radnike kao važne dionike procesa provedbe projekata. Provođenje projekata i navedenih mjera počinje 1.1.2015. godine s punom implementacijom do 31.12.2015. godine. Kako su ove mjere polovične u odnosu na navedene u poglavlju 2.2., u 2016. godini planira se nastavak provođenja reformi za postizanje konačnih ciljeva Nacionalnog plana do kraja 2016. godine.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti.

Četvrti paragraf mijenja se i glasi: „ U roku od 6 mjeseci od dana usvajanja Nacionalnog plana, uprave bolnica obvezne su dostaviti projekt provedbe Nacionalnog plana za 2016. godinu po specifičnim mjerama navedenim u poglavlju 2.2. Do istog roka, uprave bolnica kod kojih se planira funkcionalna integracija definirana u poglavlju 5, obvezne su napraviti projekt provedbe funkcionalne integracije, a imajuću u vidu konzultacije u Ministarstvu zdravlja tijekom srpnja i kolovoza 2014. godine. Funkcionalna integracija trebala bi započeti s provedbom 1.1.2016. godine. Ministarstvo zdravlja će projekte funkcionalne integracije ocijeniti i predložiti promjene ukoliko budu potrebne, a po prihvatanju projekata provedbe isti će služiti kao osnova za prilagodbu Nacionalnog registra.“

Obrazloženje: Izmjene počivaju na nužnosti promjene izričaja i preoblikovanja rečenica zbog kvalitete samog dokumenta, razumijevanja svih dionika zaduženih za provedbu dokumenta, kao i šire javnosti. Zbog nomotehničkih standarda predlaže se rok od šest mjeseci nakon usvajanja Nacionalnog plana za dostavu projekta provedbe nacionalnog plana za 2016. godinu. Nadalje, kroz cijeli dokument se tvrdi kako će podatci iz Nacionalnog registra predstavljati osnovu za ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite s HZZO-om, a u ovom dijelu se navodi da će to za 2016. godinu biti projekt provedbe Nacionalnog plana. Taj dio je izbačen.

dr. sc. Mirela Holy,
zastupnica ORaH-a



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE

**PRIJEDLOG NACIONALNOG PLANA RAZVOJA
KLINIČKIH BOLNIČKIH CENTARA, KLINIČKIH BOLNICA, KLINIKA I
OPĆIH BOLNICA U REPUBLICI HRVATSKOJ 2014. - 2016.**

Zagreb, studeni 2014.

Popis kratica

AAZ	<i>Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi</i>
BO	<i>bolničkoopskrbni</i>
DTS	<i>dijagnostičko-terapijske skupine</i>
HZJZ	<i>Hrvatski zavod za javno zdravstvo</i>
HZZO	<i>Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje</i>
K	<i>klinika</i>
KB	<i>klinička bolnica</i>
KBC	<i>klinički bolnički centar</i>
OB	<i>opća bolnica</i>
OECD	<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>
OZO	<i>obvezno zdravstveno osiguranje</i>
OŽB	<i>opća županijska bolnica</i>
PSPP	<i>prosječna stopa popunjenosti postelja</i>
PTBB	<i>prosječno trajanje boravka u bolnici</i>
SKZZ	<i>specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita</i>

1. UVOD

Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj od 2014. do 2016. (u daljnjem tekstu: Nacionalni plan) ključni je operativni dokument za budući razvoj navedenih bolnica.

Svijet je, kao i Republika Hrvatska, obilježen novim trendovima u području zdravlja i načina života ljudi. Važne činjenice su ubrzano starenje stanovništva ali i produljenje očekivanog trajanja života. Do 2025. godine trećina Europljana imat će šezdeset i više godina, što će znatno utjecati na potražnju za uslugama zdravstvene zaštite. Ključni izazovi razvoja očituju se u potrebi prilagodbe načina pružanja zdravstvene zaštite jer će veći broj starijih ljudi s više kroničnih bolesti zahtijevati drugačija liječenja i drugačiji način pružanja zdravstvenih usluga.

Dosadašnji sustavi upravljanja bolnicama postaju zastarjeli i dugoročno neodrživi. Kako bi se poboljšali ishodi, potrebno je promijeniti cijeli sustav, a ne izvršiti parcijalne promjene samo nekih procesa koji se smatraju neuspješnima. Potrebna su nova pravila i poticanje strateškog razmišljanja u okviru bolnica. Neučinkovitosti postoje u svim sustavima, odnosno uvijek postoje mogućnosti povećanja vrijednosti za isti novac na različitim razinama: poboljšanjem koordinacije zdravstvene zaštite, izbjegavanjem prekomjerne potrošnje resursa i unapređivanjem sustava financiranja, sustavnom i dugoročnom zdravstvenom politikom te konzistentnim temeljnim pravnim okvirom s obvezujućim smjernicama.

Slijedom navedenog, financijski, demografski i socijalni pritisci znatno povećavaju troškove zdravstvene zaštite. Prilagodbe bolnica novonastalim uvjetima trebaju se provoditi u okviru stalnih reformi s ciljem optimizacije procesa pružanja usluga te istodobno zadovoljiti potrebe i očekivanja stanovništva. Promijenjeni uvjeti zahtijevaju bolju koordinaciju između različitih razina zdravstvene zaštite, brži protok informacija te učinkovitije strategije kojima bi se osigurala odgovornost svih sudionika.

Nacionalni plan preduvjet je bržeg razvoja promjena, osobito u pogledu ostvarivanja visokog stupnja fleksibilnosti bolnica i njihovih resursa kako bi se moglo brzo odgovoriti na trenutačne potrebe i očekivanja naših građana.

1.1. Temeljna načela

Nacionalni plan temelji se na dva ključna načela: na načelu supsidijarnosti i funkcionalne integracije.

Prema načelu supsidijarnosti, zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. To je načelo potpuno u skladu s težnjom za deinstitutionalizacijom pružanja zdravstvene zaštite, koju je međutim nužno započeti od samog vrha, to jest od tercijarne razine zdravstvene zaštite. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje

3.3. Kriteriji planiranja razvoja bolnica

Četiri su ključna kriterija primijenjena u pripremi prijedloga plana razvoja zdravstvenog sustava koji je naveden u poglavlju 5. Isti kriteriji predstavljaju i osnovu za planiranje funkcionalne integracije bolnica u pojedinim regijama zdravstvenog planiranja, a čine i osnovu za Nacionalni plan. To su:

1. prosječna stopa popunjenosti postelja,
2. prosječno trajanje boravka u bolnici,
3. minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama,
4. modalitet liječenja.

Iako su navedeni kriteriji bili temelj za izradu plana razvoja i funkcionalnih integracija bolnica, njihova primjena bit će donekle fleksibilna, odnosno dopuštati će se određena odstupanja od općenito definiranih ciljanih, tj. optimalnih vrijednosti ako za to postoji opravdana potreba. Neki od kriterija su korišteni i u definiranju specifičnih mjera koje ovaj Nacionalni plan koristi kako bi ostvario definirane ciljeve.

Navedeni kriteriji predstavljali su naslijeđeno stanje jer se analiza stranog konzultantskog tima koje je predstavljala jedan od osnova ovoga dokumenta bazirala na istima (Conseil Sante with SOFRECO and European Consulting Group). Oni su daleko od idealnih iako se koriste za planiranje u nekim zemljama svijeta. Analiza i metodološke dorade, pogotovo u segmentima koji trenutno nisu obuhvaćeni Nacionalnim planom, provesti će se po akutnim nacionalnim i lokalnim epidemiološkim potrebama stanovništva za korištenjem definiranih zdravstvenih usluga. Prenamjena kapaciteta te opsega i vrsta usluga definiranih u Nacionalnom registru ažurirati će se regularno na osnovu demografskih, geografskih i epidemioloških potreba. Zahtjev da ovaj dokument postane operativan što je to prije moguće onemogućila je takav pristup u ovome trenutku.

3.3.1. Prosječna stopa popunjenosti postelja

Prema međunarodno priznatim optimizacijskim kriterijima za popunjenost bolničkih postelja koji se koriste u Europi, optimalna stopa popunjenosti u akutnoj bolničkoj zdravstvenoj zaštiti jest 80-85%. Prema rezultatima istraživanja, postoje naznake da rizici u pružanju bolničke zdravstvene zaštite postaju vidljivi kada prosječne stope popunjenosti postelja (PSPP) premaše 85%, a bolnica za akutnu zdravstvenu zaštitu može očekivati redovit nedostatak postelja i periodične krize ako se prosječna stopa popunjenosti postelja poveća na 90% ili više. Na osnovi te analize kriterij od 85% PSPP postavljen je kao ciljana definirana specifična mjera do kraja 2016. godine.

U svim bolnicama za akutnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj prosječna stopa popunjenosti postelja analizirana je zasebno po djelatnostima. Kao krajnji rezultat, sudeći po razlici između izračunane i optimalne prosječne stope popunjenosti postelja od 85%, određeni broj postelja mogao bi se ili ukloniti ili prenamijeniti iz kapaciteta akutne zdravstvene zaštite u neakutnu zdravstvenu zaštitu, a s ciljem postizanja optimalne prosječne stope popunjenosti postelja, ali i poboljšanja prostornih uvjeta u samoj ustanovi.

Kako bi se ostvarila optimalna PSPP, u izradi prijedloga plana razvoja i funkcionalnih integracija bolnica vodilo se računa o:

- vremenskoj dinamici procesa, tj. predviđenom broju godina koji je potreban kako bi ustanove realno mogle dostići optimalnu PSPP pa je predloženo da se transformacijski model razvija u razdoblju od tri godine (2014.-2016.) te su kao takve definirane u izradi projekta provedbe Nacionalnog plana (poglavlje 8.2),
- brzini provedbe promjena i prilagodbe, odnosno vremenskoj dinamici kojom bi bolnice trebale uvesti promjene u radu, kako bi u utvrđenom razdoblju postigle ciljane vrijednosti uz nužno povećavanje kvalitete zdravstvene usluge,
- mogućnosti postupnog smanjivanja prosječne stope popunjenosti postelja usporednim povećanjem broja i udjela pacijenata koji se liječe pružanjem zdravstvene zaštite prema modelu dnevnih bolnica te usporednim smanjenjem broja i udjela pacijenata koji se liječe prema modelu stacionarnog akutnog bolničkog liječenja s ciljem povećanja protoka pacijenata, pružanja više zdravstvenih usluga odjednom i na jednom mjestu, a time i veće produktivnosti u okviru istih resursa. Ovaj model treba biti praćen aktivnostima HZZO-a jer je potrebno definirati što je više moguće dijagnostičko terapijskih postupaka (u daljnjem tekstu: DTP) dnevne bolnice te stimulirati bolnice za njihovo uvođenje i provođenje.
- mogućnosti primjene modela „fleksibilnog“ ustroja prilagođenog fluktuiranju pacijenata uz istu razinu kvalitete zdravstvene zaštite, kako bi se olakšalo uvođenje promjene strukture kapaciteta i načina rada, a otpor prema promjenama sveo na najmanju mjeru. Radi navedenoga, odlučeno je izdvojiti brojčane pokazatelje bolničkih posteljnih kapaciteta i djelatnosti iz Nacionalnog plana te ih definirati kroz Nacionalni registar. Time prilagođavamo sustav bolnica trenutnoj situaciji koja neće biti stacionarna u trogodišnjem planiranom intervalu provođenja Nacionalnog plana, te prilagođavamo sustav korisnicima što pozitivno djeluje na kvalitetu, učinkovitost, dostupnost, te može pozitivno utjecati na troškove.

3.3.2. Prosječno trajanje boravka u bolnici

Prosječno trajanje boravka u bolnici (PTBB) često se koristi kao pokazatelj djelatnosti rada bolnice. Uz pretpostavku da su svi drugi parametri jednaki, kraći boravak pacijenata u bolnici smanjit će troškove liječenja i omogućiti preusmjerenje pružanja zdravstvene zaštite s akutnih stacionarnih kapaciteta prema financijski povoljnijim oblicima post-akutne zdravstvene zaštite. Ipak, kraći boravci u bolnici podrazumijevaju intenzivnije pružanje zdravstvene zaštite, što ponekad povećava troškove po danu boravka u bolnici.

Preporuke i rezultati međunarodne i nacionalne prakse potvrđuju da je u području kirurgije moguće postići nizak PTBB, posebice u oftalmologiji i optometriji te otorinolaringologiji (ORL). Relativno nizak PTBB trebao bi biti u određenoj mjeri ostvaren u ginekologiji i opstetriciji, ortopediji i traumatologiji, urologiji, dječjoj kirurgiji, maksilofacijalnoj kirurgiji, plastičnoj i rekonstrukcijskoj kirurgiji, kao i u standardnoj vaskularnoj, endokrinnoj i općoj kirurgiji.

Relativno dulje boravke u bolnicama i veći PTBB zahtijevaju složene onkološke operacije različitih sustava organa (probavnih, uroloških, ginekoloških, respiratornih, endokrinih itd.), složene vaskularne operacije, kardijalna kirurgija, neurokirurgija i transplantacijske operacije. U nekirurškim djelatnostima općenito je prihvaćeno da pedijatrija, dermatologija i venerologija, a donekle i fizikalna medicina i rehabilitacija, infektologija, gastroenterologija i kardiologija mogu imati niži PTBB nego, primjerice, hematologija, nefrologija, neurologija i psihijatrija.

- Tijekom izrade Nacionalnog plana analizirane su vrijednosti prosječnog trajanja boravka u bolnici prema specijalističkoj djelatnosti i kategoriji bolnica te uspoređene s predviđenim optimalnim vrijednostima prosječnog trajanja boravka u bolnici. Time je smanjena opasnost da određene djelatnosti u početku budu tretirane nejednako iako metodologija rada čak i u međunarodnim usporedbama bilježi prosječna trajanja boravka u bolnici različita od prosjeka (npr. četiri dana za ginekologiju i opstetriciju ili deset dana za neurokirurgiju). Kako bi se izbjegla ta opasnost, umjesto definiranja i primjene općeg postotka za smanjenje prosječnog trajanja boravka u bolnici za sve djelatnosti unutar različitih veličina i kategorija bolnica, zaključeno je da se vrijednosti prosječnog trajanja boravka u bolnici trebaju postupno smanjivati prema rasponu međunarodnih vrijednosti, uzimajući u obzir razlike u početnim pozicijama kod svake pojedine djelatnosti. Općenito, smanjenje prosječnog trajanja boravka u bolnicama u Republici Hrvatskoj trebalo bi u većini slučajeva biti od 10% do 40% tijekom iduće tri godine, i definirano je kroz vremenski interval provedbe nacionalnog plana (poglavlje 8.2).
- Smanjenje PTBB mora biti praćeno unaprijeđenjima i poboljšanjima na razini primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: PZZ), poglavito patronaže i zdravstvene njege u kući koja nije bila sastavnim djelom ovog Nacionalnog plana ali je opisana u Nacionalnoj strategiji. U tom segmentu, broj patronažnih posjeta koji je dominantno do sada bio namijenjen kroničnim bolesnicima u svrhu uputa i demonstracije određenih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnovne kronične bolesti treba reorganizirati u cilju zbrinjavanja i pomoći te kontrole bolesnika nakon liječenja akutnih i/ili kroničnih bolesti kod kojih je liječenje provedeno u bolničkoj ustanovi na razini dnevne bolnice.

3.3.3. Minimalni broj postelja ustrojstvenih jedinica

Broj bolničkih postelja u suvremenoj medicinskoj i bolničkoj praksi ne može se uzimati kao jedini ili čak najvažniji pokazatelj aktivnosti. U načelu, broj bolničkih postelja trebao bi se određivati fleksibilno te planirati tako da se može prilagođavati potrebama. Shodno tome, maksimalni broj postelja određene bolnice ukupno i po djelatnosti neće biti definiran Nacionalnim planom nego Nacionalnim registrom pružatelja zdravstvene zaštite. Međutim, potrebno je definirati minimalni broj postelja određene ustrojstvene jedinice kako bi se osigurala kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite, kao i racionalnost njenog postojanja što Ministarstvo zdravlja sukladno zakonskoj nadležnosti propisuje pravilnicima o unutarnjem ustroju zdravstvenih ustanova.

Činjenica je da će uz planiranu dinamiku smanjivanja akutnog bolničkog liječenja slijediti i smanjenje potrebe za postojećim brojem akutnih stacionarnih kapaciteta kako bi se ostvarilo očekivano PTBB. Prema tome neke od postojećih ustrojstvenih jedinica postati će neodržive. Time se otvaraju mogućnosti za postupnu preraspodjelu i koncentraciju kapaciteta unutar samih bolnica, ali i u okvirima funkcionalno integriranih bolnica. Primjerice, ako je šest liječnika u ustrojstvenoj jedinici s minimalno 15 postelja, za dvije takve minimalne ustrojstvene jedinice u dvjema različitim bolnicama potrebno je 12 liječnika. Za djelovanje jedne veće, udružene ustrojstvene jedinice veličine primjerice od 22 do 25 postelja dovoljno je osam do devet liječnika, što znači da se preostala tri do četiri liječnika mogu preusmjeriti na druge modalitete bolničkog liječenja, kao što je dodatni rad s pacijentima u poliklinici, dnevnoj bolnici i slično. Slično tome, ako u dvije bolnice postoje ustrojstvene jedinice iste djelatnosti s brojem postelja koje ne opravdavaju njihovo pojedinačno postojanje (a broj

postelja obično prati i broj osoblja) sukladno važećim pravilnicima o unutarnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova; njihova funkcionalna integracija ne samo da će tu ustrojstvenu jedinicu učiniti održivom, nego će osigurati bolju kvalitetu, učinkovitost i dostupnost zdravstvene zaštite koju ona pruža.

Sukladno pravilnicima o unutarnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova ustrojstvene jedinice definirane su s minimalno 15 postelja, no ostavljeno je na slobodu da su u posebnim uvjetima iste odobre i s manjim brojem. To će biti potrebno u nekim ustanovama u kojih poradi epidemioloških karakteristika gravitirajućeg stanovništva postoji potreba za djelatnosti ali ne i definiranim minimalnim posteljnim kapacitetima. U tim slučajevima savjetuje se provesti funkcionalnu integraciju s drugom ustanovom kako bi se osigurali uvjeti definirane ustrojstvene jedinice a sve u cilju bolje kvalitete zdravstvene usluge. Ako to nije moguće, može se primijeniti odredba pravilnika o unutarnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova o ustrojavanju jedinice s manjim brojem postelja od broja definiranog u istima. Takvi slučajevi biti će definirani u Nacionalnom registru, a trebali bi predstavljati iznimku a ne pravilo.

3.3.4. Modalitet liječenja

U bolničkom liječenju moguće je razlučiti nekoliko ključnih modaliteta koji se razlikuju po trajanju i intenzitetu zdravstvene zaštite koja se pruža pacijentu. U Nacionalnom planu pod pojmom specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita podrazumijeva se polikliničko-ambulantna zdravstvena zaštita koja se pruža u bolnicama. Dnevna bolnica definira se kao modalitet bolničkog liječenja koje ne traje dulje od 16 sati u tijeku jednoga dana. Akutno stacionarno liječenje definira se kao pružanje bolničke zdravstvene zaštite visokog ili višeg intenziteta, u jedinicama intenzivnog ili akutnog liječenja, pri čemu je trajanje liječenja u okvirima međunarodno preporučenih i prihvatljivih prosjeka za pojedinu djelatnost. Pri tome jedinice intenzivnog liječenja pružaju visokospecijaliziranu zdravstvenu zaštitu za pacijente neposredno ugroženog zdravlja i života i nezamjenjiv su modalitet liječenja u bolnicama. Produljeno liječenje namijenjeno je pacijentima liječenim u akutnim stacionarnim kapacitetima čije zdravstveno stanje ne dopušta otpuštanje iz bolnice u okvirima preporučenoga prosječnog trajanja boravka u bolnici za pojedinu djelatnost, ali čije se bolničko liječenje može nastaviti smanjenim intenzitetom. Dugotrajno liječenje namijenjeno je bolesnicima kojima je potrebna kontinuirana i dugotrajna zdravstvena zaštita nižeg intenziteta, koja obično traje i dulje od trideset dana. Kronično liječenje odnosi se na specifično liječenje kroničnih bolesnika u pojedinim djelatnostima poput, primjerice, pedijatrije i pulmologije. Palijativna skrb u bolnici odnosi se na zbrinjavanje bolesnika s neizlječivom bolešću u posljednjem stadiju bolesti sprečavanjem i olakšavanjem simptoma, liječenjem boli te pružanjem psihosocijalne potpore.

Suvremeno bolničko liječenje temelji se na učinkovitim i djelotvornim modalitetima poput dnevne bolnice te na specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti uz upotrebu akutnih stacionarnih kapaciteta samo u slučajevima kada je to nužno. Shodno tome, Nacionalni plan do kraja 2016. godine predviđa povećanje broja liječenih slučajeva u dnevnoj bolnici kao i slučajeva dnevne kirurgije za minimalno 10%, povećanje broja ambulantnih usluga za minimalno 10%; što bi trebalo rezultirati smanjenjem stope akutnog bolničkog liječenja za 10% uz ukupno veći broj zdravstvenih usluga koje bi sustav trebao pružiti svim korisnicima.

U bolnicama u Republici Hrvatskoj određeni se postupci u različitim specijalističkim djelatnostima već provode u modalitetu dnevne bolničke zdravstvene zaštite. Slijedom svega navedenoga, u bolnicama koje nisu imale razvijen modalitet pružanja zdravstvene zaštite u obliku dnevne bolnice ili dnevne bolnice nisu bile znatno zastupljene u pružanju zdravstvene zaštite primijeniti će se progresivniji pristup koji uključuje znatno povećanje broja postelja/stolaca u dnevnoj bolnici u razdoblju do kraja 2016. godine.

Planiranje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite u bolnicama zasniva se na načelima i trendovima povećanja dostupnosti zdravstvene zaštite i jačanja izvanbolničkog pružanja zdravstvene zaštite. Provedba Nacionalnog plana otvara prostor za porast u pružanju zdravstvenih usluga specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite za minimalno 10%. To ne znači da će se pojaviti velik broj novih izvanbolničkih slučajeva, nego će pacijenti koji već primaju zdravstvenu zaštitu u bolnicama dobiti više usluga na djelotvorniji način.

Istodobno s povećanjem broja pacijenata liječenih u dnevnoj bolnici te u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, provedba Nacionalnog plana omogućuje smanjenje broja pacijenata liječenih u stacionarnim akutnim kapacitetima na razini svih djelatnosti za 10%, što može imati pozitivne učinke na učinkovitost i kvalitetu usluga.

Potrebno je naglasiti da se povećanjem primjene modaliteta dnevne bolnice, uz smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, dostupnost bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ne smanjuje, nego se ostvaruje pomak znatnog broja standardnih postupaka prema postupcima dnevne bolnice. Time se smanjuje ukupna potražnja za bolničkim kapacitetima i skraćuju liste čekanja gdje one postoje. Dinamika procesa opisana je u poglavlju izrade projekta provedbe Nacionalnog plana (poglavlje 8.2), a po nekim procjenama udio postelja/stolaca dnevne bolnice ovisno o ustanovama trebat će povećati od 10-40% u odnosu na postojeće stanje ugovorenih postelja/stolaca dnevne bolnice 2014. godine.

Konačno, uspostava i/ili povećanje bolničkih kapaciteta za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu, te u manjoj mjeri kapaciteta za palijativnu skrb, pruža još jednu mogućnost za preraspodjelu djelatnosti i kapaciteta uz poboljšanje učinkovitosti i produktivnosti te smanjenje troškova, a osobito u kontekstu smanjenja akutnih stacionarnih kapaciteta. Nacionalni plan predviđa povećanje kapaciteta za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu te palijativnu skrb kako bi se stvorila dodatna „zaštitna mreža“ u procesu restrukturiranja ukupnih bolničkih kapaciteta. Po nekim procjenama, udio postelja za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu na razinu ukupnog broja postelja trebao bi biti oko 8% do kraja 2016. godine.

Kod procjene financijske učinkovitosti ovakvog sustava važno je obratiti pozornost na nekoliko načela. Usluge dnevne bolnice, iako u većini slučajeva financijski povoljnije za bolnice; trebale bi inicijalno biti stimulirane od strane HZZO-a te biti prepoznate od strane bolnica po ugovorenim cijenama kao povoljnije. Time potičemo supsidijarnost kao jedno od temeljnih načela ovog Nacionalnog plana. Kod produljenog i dugotrajnog liječenja važno je da HZZO ne obračunava isto metodama koje bi stimulirale produljenje PDBB i imale za rezultat samo povećanje PSPK, čime bi negativno djelovale na troškove sustava. Dakle, prije konačne prilagodbe i postavljanja sustava produljenog i dugotrajnog liječenja operativnim, moraju se definirati kriteriji i cijene za navedene usluge. Ovisno o dijagnozi i/ili značajnom postupku pojedina epizoda akutnog stacionarnog liječenja grupira se u DTS kategoriju što čini temelj za plaćanje izvršene usluge. Do sada je bila ista cijena usluge bez obzira koliko dana je trajala epizoda liječenja. Uvođenjem produljenog liječenja utvrdit će se maksimalni trim dan za svaku pojedinu DTS kategoriju kojim će se definirati najdulje trajanje

liječenja pacijenta na akutnoj postelji. Liječenje pacijenta na postelji za produljeno liječenje financirat će se po drugom principu, odnosno plaćat će se dodatno svaki dan bolničkog liječenja koji prelazi utvrđeni trim dan. Financiranje dugotrajnog/kroničnog liječenja kao modaliteta bolničke zdravstvene zaštite definirat će HZZO do ugovaranja usluga za 2015. godinu.

7. UČINCI PROVEDBE NACIONALNOG PLANA

Provedba mjera definiranih Nacionalnim planom preduvjet je ostvarivanja sljedećih ciljeva i učinaka:

1. povećane dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite,
2. unaprijeđene kvalitete i učinkovitosti pružanja bolničkih usluga,
3. povećane djelotvornosti i smanjenja troškova poslovanja bolnica.

7.1. Povećana dostupnost bolničke zdravstvene zaštite

Učinak povećane dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite treba omogućiti pacijentu da u medicinski prihvatljivom roku dobije primjerenu bolničku uslugu.

Načelo supsidijarnosti intenzivirat će rad u dnevnim bolnicama i povećati ukupni obrtaj pacijenata te smanjiti pritisak na stacionarne kapacitete u svim bolnicama, a time i ubrzati hospitalizaciju onih pacijenata koji na drugim razinama ne mogu biti primjereno zbrinuti. Prenamjenom dijela akutnih stacionarnih kapaciteta povećat će se dostupnost produljenog i dugotrajnog bolničkog liječenja te palijativne skrbi, koja je dosad u Republici Hrvatskoj bila nedovoljno razvijena.

Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom organizacije rada u djelatnostima koje se preklapaju među bolnicama otvorit će se mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti s većim brojem stručnjaka pojedine djelatnosti na jednom mjestu. Time će se ostvariti uvjeti za bolju organizaciju rada i veću iskoristivost kapaciteta, kako kadrovskih tako i medicinsko-tehničkih. Funkcionalnom integracijom bolnica različitih kategorija te vertikalnim povezivanjem s pripadajućim kliničkim bolničkim centrom osigurat će se kontinuitet zdravstvene zaštite te povećati prohodnost između sekundarne i tercijarne razine bolničke zdravstvene zaštite, što bi trebalo pozitivno utjecati na kvalitetu usluge i smanjenje lista čekanja.

Obrtaj pacijenata povećat će se i povećanjem broja usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kako je već istaknuto kod definiranja različitih modaliteta pružanja zdravstvenih usluga, to znači da će pacijenti dobiti više usluga na djelotvorniji način jer im se mogu pružati primjerice paketi od više zdravstvenih usluga u određenim procesnim algoritmima u jednom polikliničkom posjetu. Taj način bi u isto vrijeme trebao omogućiti bolji pristup zdravstvenoj zaštiti, poboljšati učinkovitost, uključujući iskorištavanje bolničkih resursa, smanjiti troškove po uslugama i osigurati veću razinu zadovoljstva pacijenta.

U konačnici, između ostaloga, učinak svega navedenoga bit će vidljiv u skraćenju listi čekanja.

Metode kojima se planira intenzivirati rad u dnevnim bolnicama te metode kojima se planira povećati broj usluga u SKZ, uprave bolnica predstavljaju u projektima provedbe Nacionalnog plana opisanima u poglavlju 8.2.

