

HRVATSKI SABOR

544

Na temelju članka 81. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski sabor na sjednici 27. veljače 2015. donio je

NACIONALNI PLAN

RAZVOJA KLINIČKIH BOLNIČKIH CENTARA, KLINIČKIH BOLNICA, KLINIKA I OPĆIH BOLNICA U REPUBLICI HRVATSKOJ 2015. – 2016.

1. UVOD

Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj od 2015. 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 prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.

Načelo funkcionalne integracije podrazumijeva suradnju bolnica tamo gdje je to potrebno kako bi se ostvarili definirani ciljevi Nacionalnog plana navedeni u poglavlju 6. Ostvarenje ciljeva postiže se provođenjem specifičnih i definiranih mjera navedenih u poglavlju 2.2., a pridržavanjem Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (»Narodne novine« 61/2011 i 128/2012), Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova (»Narodne novine« 145/2013) te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (»Narodne novine« 145/2013), kao i drugih relevantnih zakonskih i podzakonskih akata. Funkcionalnim integriranjem, uz restrukturiranje i osuvremenjivanje bolnica na osnovi zajedničkog razvoja; unapređuju se i usklađuju upravljanje, dijagnostičko terapijski postupci, dobra klinička praksa, kao svi drugi oblici operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti usluga, ishodima liječenja, povećanoj djelotvornosti, zadovoljstvu korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga te posljedičnoj dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava.

Oba načela počivaju na osiguravanju pravednosti, jednakosti, dostupnosti zdravstvene zaštite te sigurnosti i zaštiti prava pacijenata. Definiranjem Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite te funkcionalnom integracijom tamo gdje je ona potrebna po postulatima Nacionalnog plana; ostvaruje se vizija zdravstvenog sustava »Zdravlje za sve« te misija osiguravanja kvalitetne zdravstvene zaštite s pacijentom u središtu sustava.

Jasno je da koncentracijom većeg broja slučajeva kroz proces funkcionalne integracije u jednoj ustanovi kvaliteta pružanja zdravstvene skrbi postaje znatno bolja. Također je jasno da će takva funkcionalna integracija rezultirati određenim pozitivnim financijskim učincima. Time se poboljšava jedan oblik dostupnosti zdravstvenih usluga jer se koncentracijom medicinskog osoblja i opreme na jednom mjestu provodi učinkovitija zdravstvena skrb te smanjuju liste čekanja. Funkcionalna integracija će rezultirati neimanjem svih oblika zdravstvenih djelatnosti u svim bolnicama; tako da će ponekad biti potrebno potražiti određenu vrstu usluge u bolnici koja nije najbliža mjestu boravišta bolesnika. To je opravdano kroz činjenicu da će na tom, ponekad udaljenijem mjestu, usluga biti bolja i učinkovitija te će pozitivno utjecati na financijsku održivost sustava. To se može pogrešno protumačiti kao smanjenje dostupnosti, međutim ono to nije.

Funkcionalna integracija, tamo gdje bude potrebna, započet će s primjenom 1. 1. 2016. i do kraja te godine, sve specijalističke djelatnosti koje su postojale prije funkcionalne integracije i dalje će se nalaziti u svim bolnicama sustava ali ne i u svim oblicima. Određene djelatnosti u nekim bolnicama bit će organizirane kroz specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i/ili dnevnu bolnicu, dok bi se hospitalizacija kroz akutne krevete i/ili krevete produljenog/dugotrajnog liječenja nalazila na drugome mjestu ali u okviru funkcionalno integriranog sustava bolnica.

S druge strane, funkcionalna integracija bolnica nekima bi od njih donijela i djelatnosti koje do sada nisu imale. Time bi se, opet kroz SKZZ i/ili dnevnu bolnicu, ali i kroz akutno bolničko liječenje u bolnicama s kojima je ostvarena funkcionalna integracija, ostvarila bolja, učinkovitija, dostupnija i kvalitetnija zdravstvena skrb svim bolesnicima.

1.2. Obuhvat Nacionalnog plana

Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave (u daljnjem tekstu: bolnice). Riječ je o ustanovama koje obavljaju djelatnosti bolničke zdravstvene zaštite, koje obuhvaćaju pružanje najstroženijih oblika zdravstvenih usluga, zapošljavaju najveći broj zdravstvenih i neozdravstvenih radnika, imaju najveći broj obrađenih pacijenata te najviši udio u ukupnim troškovima, i za ukupnu, i za bolničku zdravstvenu zaštitu. Također, riječ je o ustanovama s najvećim potencijalom za funkcionalnu integraciju, jer u većoj ili manjoj mjeri pružaju slične ili istovrsne usluge bolničke zdravstvene zaštite.

Ovim Nacionalnim planom nisu obuhvaćene specijalne bolnice i lječilišta ni Klinika za psihijatriju Vrapče koja je jedina ustanova na tercijarnoj razini bolničke zdravstvene zaštite koja se bavi isključivo zbrinjavanjem osoba s duševnim smetnjama. Njezin daljnji razvoj bit će planiran u kontekstu cjelokupnog razvoja zdravstvene zaštite

osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitucionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.

Ovim Nacionalnim planom obuhvaćene su samo osnovne djelatnosti ali ne i poddjelatnosti. Organizacija poddjelatnosti – 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. 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 bi se uvrštavanjem svih poddjelatnosti u Nacionalni plan ograničilo razvijanje zdravstvene zaštite ovisno o potrebama lokalne zajednice.

Međutim, sve zdravstvene ustanove koje obavljaju bolničku zdravstvenu djelatnost, neovisno o osnivaču bit će uključene u Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. Više podataka o Nacionalnom registru, kao i njegova uloga na razini pojedinačnih bolnica i funkcionalno integriranih bolnica navedeno je u poglavlju 5. Za uspostavu i ažuriranje Nacionalnog registra odgovorno je Ministarstvo zdravlja, uz pridržavanje Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (»Narodne novine« 61/2011 i 128/2012), Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova (»Narodne novine« 145/2013), te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (»Narodne novine« 145/2013), kao i uz druge relevantne zakonske i podzakonske akte. Podaci u Nacionalnom registru ažuriraju se minimalno jednom godišnje jer, između ostaloga, predstavljaju osnovu za ugovaranje s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO).

U dugoročnom razdoblju planiranja do 2020. godine, nakon što promjene koje navodi ovaj Nacionalni plan postanu operativne; bit će potrebno procijeniti i sve ostale zdravstvene ustanove. Tu se neće činiti razlika između ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave ili privatne fizičke odnosno pravne osobe. Uključit će se i specijalne bolnice i lječilišta jer će se do tada već sve one nalaziti u Nacionalnom registru, te kroz prilagodbe istih sustavu ali i sustava njima, osigurati učinkovitiji zdravstveni sustav po mjeri pacijenata.

Do tada, 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.

1.3. Regije zdravstvenog planiranja

Nacionalni plan odnosi se na razdoblje od 2015. do 2016. i temelji se na četiri regije zdravstvenog planiranja:

1. Središnja i sjeverna regija, koja uključuje Grad Zagreb i sljedeće županije: Bjelovarsko-bilogorsku, Karlovačku, Kopriivničko-

-križevačku, Krapinsko-zagorsku, Međimursku, Sisačko-moslavačku, Varaždinsku i Zagrebačku. Zbog veličine i broja bolnica u Gradu Zagrebu, Grad Zagreb se u određenim analizama prikazuje zasebno od ostatka Sjeverne i središnje regije.

2. Istočna regija, koja uključuje sljedeće županije: Brodsko-posavsku, Osječko-baranjsku, Požeško-slavonsku, Virovitičko-podravsku i Vukovarsko-srijemsku.

3. Južna regija, koja uključuje sljedeće županije: Dubrovačko-

-neretvansku, Splitsko-dalmatinsku, Šibensko-kninsku i Zadarsku.

4. Zapadna regija, koja uključuje sljedeće županije: Istarsku, Ličko-senjsku i Primorsko-goransku.

Kako bi se omogućilo učinkovitije planiranje, organizacija i financiranje bolničkog sustava, razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj zasnivat će se na spomenutim četirima regijama zdravstvenog planiranja, a u skladu s gravitirajućim područjima svojih kliničkih bolničkih centara (KBC): 2 KBC-a u Središnjoj i sjevernoj regiji (u Zagrebu), 1 KBC u Istočnoj regiji (u Osijeku), 1 KBC u Južnoj regiji (u Splitu) i 1 KBC u Zapadnoj regiji (u Rijeci).

Podjela regija zdravstvenog planiranja operativna je i nema formalno-pravno značenje. Nacionalni plan u iznimnim slučajevima predviđa i funkcionalnu integraciju bolnica iz dviju različitih regija zdravstvenog planiranja. Detalji funkcionalne integracije bit će definirani u Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite za 2016. godinu.

Klinički bolnički centri u regijama planiranja predstavljaju krovnu instituciju regije. Sve bolnice na sekundarnoj i tercijarnoj razini trebaju se vertikalno povezati s pripadajućim regionalnim Kliničkim bolničkim centrima, neovisno jesu li s njima funkcionalno integrirani ili ne; a sve u cilju provođenja dijagnostičko terapijskih postupaka najviše razine kako bi se najbolje iskoristio njihov klinički i znanstveno nastavni potencijal.

Administrativne granice jedinica područne (regionalne) samouprave nisu ograničavajući čimbenik u funkcionalnoj integraciji bolnica budući da bolnice do daljnjega ne mijenjaju svoj formalno-pravni oblik. S postupnim usklađivanjem politika i praksa te organizacijske kulture unutar funkcionalno integriranih bolnica, a i šire, u budućnosti se mogu provesti i čvršći oblici udruživanja, poput stvaranja grupacija ili spajanja bolnica, no samo ako se s dovoljnom pouzdanošću utvrdi da će takvo čvršće udruživanje biti primjereno i donijeti korist svim dionicima i široj zajednici. Taj drugi korak zasigurno bi donio više ušteda zdravstvenom sustavu zbog bolje učinkovitosti i smanjenja troškova općih službi spojenih bolnica u usporedbi s funkcionalno integriranim, koje i dalje predstavljaju dva pravna entiteta. No, imajući u vidu iskustva spajanje bolnica iz siječnja 2014. godine, postoji veliki otpor takvom spajanju na lokalnoj razini. Jedan od značajnih uzroka toga otpora leži, između ostaloga, u izostanku kvalitetnog komunikacijskog procesa s edukacijom ključnih dionika u cilju prihvaćanja i provođenja tog spajanja. Važnost komunikacijskog procesa potencirana je u poglavlju 8.1 gdje se navode preduvjeti za uspješnu provedbu Nacionalnog plana. Spajanje bolnica provedeno u siječnju 2014. predmet je analize, a učinkovitost (ili suprotno) istoga spajanja procijenit će se nakon jednogodišnjeg perioda, dakle početkom 2015. godine.

Tamo gdje je to potrebno, bolnice se analiziraju i na razini kategorija, na način:

1. Nacionalne bolnice (u daljnjem tekstu: prva kategorija): Klinički bolnički centar Zagreb, Klinički bolnički centar »Sestre milosrdnice«, Klinički bolnički centar Osijek, Klinički bolnički centar Rijeka, Klinički bolnički centar Split, Klinička bolnica Dubrava i Klinička bolnica »Merkur«. Budući da je riječ o bolnicama na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, u prvu kategoriju bolnica uvrštene su i kliničke ustanove koje nisu kategorizirane: Klinika za infektivne bolesti »Dr. Fran Mihaljević«, Klinika za dječje bolesti Zagreb te Klinika za ortopediju Lovran. Prva kategorija analitički se, gdje je to prikladno, promatra u dva dijela: (1) klinički bolnički centri i (2) ostali.

2. Županijske bolnice regionalnog značenja (u daljnjem tekstu: druga kategorija): Klinička bolnica »Sveti Duh«, Opća bolnica »Dr. Josip Benčević« Slavonski Brod, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica Dubrovnik, Opća bolnica Pula i Opća bolnica Varaždin.

3. Županijske bolnice (u daljnjem tekstu: treća kategorija): Županijska bolnica Čakovec, Opća bolnica Bjelovar, Opća bolnica Karlovac, Opća bolnica »Dr. Tomislav Bardek« Koprivnica, Opća bolnica Zabok, Opća bolnica »Dr. Ivo Pedišić« Sisak, Opća županijska bolnica Požega, Opća bolnica Virovitica, Opća županijska bolnica Vukovar, Opća županijska bolnica Vinkovci, Opća bolnica Šibensko-

-kninske županije i Opća bolnica Gospić.

4. Lokalne bolnice (u daljnjem tekstu: četvrta kategorija): Opća bolnica Ogulin, Opća bolnica Našice i Opća bolnica »Hrvatski ponos« Knin.

Klinički bolnički centar Zagreb, iako je u kategoriji središnje nacionalne bolnice analiziran je u sklopu bolnica prve kategorije.

Navedena kategorizacija bolnica također bit će predmetom prilagodbe u vremenskom intervalu Nacionalne strategije do 2020. godine.

2. STRATEŠKA POLAZIŠTA

2.1. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.

Nacionalni plan jedan je od ključnih planskih i operativnih dokumenata predviđenih Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva od 2012. do 2020. (u daljnjem tekstu: Nacionalna strategija). Taj krovni strateški dokument za sustav zdravstva, usvojen u Hrvatskom saboru u rujnu 2012. godine, definirao je pet strateških razvojnih smjerova:

1. poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu
2. ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
3. povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava
4. povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite
5. poboljšanje pokazatelja zdravlja.

Da bi se ti razvojni smjerovi ostvarili, definirana su prioritetna područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Jedno od osam prioritetnih razvojnih područja odnosi se na reorganizaciju ustroja i djelovanja stacionarnih zdravstvenih ustanova, a izrada i provedba Nacionalnog plana ključna je aktivnost u okviru tog prioriteta. U Nacionalnoj strategiji utvrđuju se stanje i trendovi u bolničkom sustavu Republike Hrvatske te je istaknuto da bolničke ustanove čine najveći dio hrvatskoga zdravstvenog sustava, kako u pogledu broja zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji u njima rade, tako i u pogledu sredstava koja se izdvajaju za obavljanje njihove djelatnosti. Reorganizacija ustroja i djelovanja bolničkog sustava koju je potrebno kontinuirano provoditi ima osobito velik potencijal za unapređenje učinkovitosti, kvalitete, ishoda i dostupnosti zdravstvene zaštite.

Rezultati analize na razini cijelog zdravstvenog sustava, provedene u okviru izrade Nacionalne strategije, utvrdili su smjerove razvoja bolničkog sustava koje Nacionalni plan dodatno razrađuje. Predviđeno je da će se definiranjem i provedbom Nacionalnog plana a pogotovo definiranjem Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, ukloniti nedostaci funkcioniranja bolničkog sustava nastali neplanskim širenjem mreže bolničkih ustanova i neplanskim širenjem opsega usluga koje pružaju, te time učinkovitije alocirati i kadrovske i medicinsko-tehničke resurse. Nacionalna strategija općenito je definirala sljedeće ključne mjere:

1. funkcionalno, ali i apsolutno udruživanje bolnica u regionalne bolničke mreže ili zajednice ustanova, čime će se omogućiti preraspodjela i koncentracija bolničkih usluga, bolje iskorištavanje svih ugovorenih kapaciteta, otvoriti mogućnost ugovaranja novih kapaciteta gdje za to postoji potreba, te ukloniti nepotrebno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim geografskim udaljenostima, a sve s ciljem povećavanja kvalitete zdravstvene zaštite. Nacionalnim registrom, uz gore navedeno, definirat će se nacionalna i regionalna središta izvrsnosti što će omogućiti ciljano tehnološko i kadrovsko opremanje bolnica u skladu s njihovom ulogom u zdravstvenom sustavu i potrebama pacijenata o kojima skrbe;

2. povezivanje bolnica sekundarne i tercijarne razine u obrazovne i kliničke mreže kako bi se potpuno iskoristili znanstveno-

-nastavni kapaciteti i klinička ekspertiza koji postoje u bolnicama u Republici Hrvatskoj, a koji bi se uz takvu mrežu mogli dodatno poticati i osnaživati;

3. reorganizaciju pružanja bolničke zdravstvene zaštite uz jačanje dnevnih bolnica i smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, oslobađanje odgovarajućih kapaciteta za produljeno liječenje bolesnika i palijativnu skrb. Dnevne bolnice omogućuju suvremen, ekonomičan i multidisciplinarn način liječenja koji znatno poboljšava kvalitetu zdravstvene zaštite. U dnevnim bolnicama trebao bi se rješavati najveći dio zdravstvenih problema stanovništva, uključujući i manje kirurške zahvate. Optimalan razvoj dnevnih bolnica podrazumijeva i građevinske preinake koje bi dovele do toga da su zdravstveni radnici bliže pacijentima umjesto da pacijenti obilaze bolnice u potrazi za sljedećom uslugom ili osobom koja će mu tu uslugu pružiti. Paziti treba da se izbjegnu »megalomanski« projekti jer se uz dobru organizaciju jedinice dnevne bolnice u velikoj većini slučajeva mogu inicijalno organizirati u postojećim uvjetima. Građevinske preinake u bolnicama općenito trebaju biti usmjerene na povećanje energetske učinkovitosti te smanjenje onečišćenja radnog okruženja kako bi se poboljšalo zdravlje i sigurnost na radu;