

**Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih
centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u
Republici Hrvatskoj 2014. – 2016.**

PRIJEDLOG

Ministarstvo zdravlja, rujan 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>

Sadržaj

Popis tablica.....	IV
1. UVOD.....	1
1.1. Temeljna načela.....	1
1.2. Obuhvat Nacionalnog plana.....	3
1.3. Regije zdravstvenog planiranja.....	4
2. STRATEŠKA POLAZIŠTA.....	6
2.1. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.	6
2.2. Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske	7
2.3. Programski dokumenti za financijsko razdoblje Europske unije 2014. – 2020.	8
3. METODOLOGIJA IZRADE NACIONALNOG PLANA	9
3.1. Ključni dionici u izradi.....	9
3.2. Tijek izrade i ključne analize.....	10
3.3. Kriteriji planiranja razvoja bolnica	11
3.3.1. Prosječna stopa popunjenosti postelja.....	11
3.3.2. Prosječno trajanje boravka u bolnici.....	12
3.3.3. Minimalni broj postelja ustrojstvenih jedinica.....	13
3.3.4. Modalitet liječenja.....	14
4. OCJENA STANJA	17
5. PLAN RAZVOJA I FUNKCIONALNE INTEGRACIJE BOLNICA PO REGIJAMA ZDRAVSTVENOG PLANIRANJA.....	20
6. CILJEVI I MJERE NACIONALNOG PLANA.....	24
7. UČINCI PROVEDBE NACIONALNOG PLANA.....	25
7.1. Povećana dostupnost bolničke zdravstvene zaštite.....	25
7.2. Unaprijeđena kvaliteta i učinkovitost pružanja bolničkih usluga	26
7.3. Povećana djelotvornost bolnica i financijski učinci provedbe Nacionalnog plana.....	27
8. PROVEDBA NACIONALNOG PLANA	30
8.1. Preduvjeti uspješne provedbe Nacionalnog plana.....	30
8.2. Izrada projekata provedbe Nacionalnog plana.....	31
8.3. Sustav izvještavanja o provedbi Nacionalnog plana	32
Prilog 1. Ocjena stanja.....	34
Opći podaci o regijama zdravstvenog planiranja	34
Broj i struktura zaposlenih u bolnicama po regijama zdravstvenog planiranja	35
Grad Zagreb.....	35
Središnja i sjeverna regija (bez Grada Zagreba)	35
Istočna regija.....	35
Južna regija.....	36
Zapadna regija	36
Posteljni kapaciteti bolnica ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. po regijama zdravstvenog planiranja	36

Grad Zagreb.....	36
Središnja i sjeverna regija (bez Grada Zagreba)	40
Istočna regija.....	44
Južna regija.....	47
Zapadna regija	50
Naturalni pokazatelji bolnica po kategorijama	52

Popis tablica

Tablica 1. Opći podaci o regijama zdravstvenog planiranja	34
Tablica 2. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Grada Zagreba na dan 1. 3. 2014.	35
Tablica 3. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Središnje i sjeverne regije (bez Grada Zagreba) na dan 1. 3. 2014.....	35
Tablica 4. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Istočne regije na dan 1. 3. 2014.	35
Tablica 5. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Južne regije na dan 1. 3. 2014.	36
Tablica 6. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Zapadne regije na dan 1. 3. 2014.	36
Tablica 7. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Zagreb	36
Tablica 8. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“ ..	37
Tablica 9. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica Dubrava	37
Tablica 10. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica „Mercur“	38
Tablica 11. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica „Sveti Duh“	38
Tablica 12. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“	39
Tablica 13. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za dječje bolesti Zagreb	39
Tablica 14. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Županijska bolnica Čakovec	40
Tablica 15. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Bjelovar	40
Tablica 16. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Karlovac	41
Tablica 17. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Varaždin	41
Tablica 18. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Zabok .	42
Tablica 19. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak	42
Tablica 20. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica	43
Tablica 21. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Ogulin.	43

Tablica 22. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Osijek	44
Tablica 23. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod	44
Tablica 24. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Požega	45
Tablica 25. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Virovitica	45
Tablica 26. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Našice	46
Tablica 27. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Vukovar	46
Tablica 28. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Vinkovci	47
Tablica 29. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Split	47
Tablica 30. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Zadar	48
Tablica 31. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin	48
Tablica 32. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Dubrovnik	49
Tablica 33. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Šibensko-kninske županije	49
Tablica 34. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Rijeka	50
Tablica 35. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za ortopediju Lovran	50
Tablica 36. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Pula	51
Tablica 37. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Gospić	51
Tablica 38. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica I. kategorije	52
Tablica 39. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica II. kategorije	52
Tablica 40. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica III. kategorije	53
Tablica 41. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica IV. kategorije	53

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

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 (NN 61/2011), te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (NN 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, započeti 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 biti će organizirane kroz specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i/ili dnevnu bolnicu, dok bi se hospitalizacija kroz akutne krevete i/ili krevete produljene/dugotrajne njege 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 najsloženijih oblika zdravstvenih usluga, zapošljavaju najveći broj zdravstvenih i nezdravstvenih 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 (NN 61/2011), te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (NN 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 HZZO-u.

U dugoročnom razdoblju planiranja do 2020. godine, nakon što promjene koje navodi ovaj Nacionalni plan postanu operative; 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 2014. 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, Koprivničko-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 biti 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 procijeniti će se nakon jednogodišnjeg perioda, dakle početkom 2015. godine.

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

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 županijska bolnica Našice i Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin.

Navedena kategorizacija bolnica također biti 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 toga 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 koji 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 multidisciplinarnan 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;
4. reorganizaciju ustroja i djelovanja hitne medicinske službe u smislu integracije izvanbolničke i bolničke službe kako bi se postiglo optimalno zbrinjavanje svih osoba koje su zbog iznenadne bolesti ili pogoršanja bolesti, ozljede ili otrovanja životno ugrožene. Horizontalno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijemom racionalizirat će poslovanje djelatnosti hitne medicine i istodobno osigurati izvrsnost u zbrinjavanju hitnih pacijenata.

2.2. Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske

Nacionalni plan je i jedna od ključnih mjera Projektnog plana provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014. – 2016. Vlade Republike Hrvatske.

Važnost reforme bolničkog sustava proizlazi iz činjenice da bolničke ustanove posluju sa stalnim gubitkom i generiraju dugove prema dobavljačima, da je postojeći sustav financiranja zdravstvenog sustava neodrživ i nelikvidan te da postoje ozbiljne teškoće u svakidašnjem poslovanju.

U Projektnom planu provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2016. navodi se da Nacionalni plan ima za cilj detaljno definirati buduću strukturu i potrebne kapacitete bolničkog sustava, znatno izmijeniti sadašnji model pružanja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj te ga uskladiti s najboljom suvremenom europskom praksom. Implementacijom predviđenih mjera i aktivnosti ukupni kapaciteti bolnica će se smanjiti, ne dovodeći u pitanje kvalitetu, učinkovitost i dostupnost bolničkih/zdravstvenih usluga, a što će se postići restrukturiranjem i reorganizacijom bolnica i njihovih ustrojstvenih jedinica. Ciljevi Nacionalnog plana navedeni u poglavlju 6. provesti će se kroz slijedeće specifične i definirane mjere a koje su dio ključnih mjera navedenih u istom poglavlju:

- 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%.

Nacionalni plan neće jasno definirati broj postelja unutar zdravstvenog sustava. To nije ni njegova uloga jer bi isto predstavljalo korak nazad u reformi mjera fiskalne konsolidacije ali i u reformi zdravstvenog sustava općenito. Maksimalni broj postelja odrediti će se 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 preuvjeta za ugovaranje usluga od strane HZZOa. Time se omogućava brža prilagodba sustava zdravstvene zaštite potrebama korisnika, ali i poboljšavamo njegovu učinkovitost, ostvarujemo bolju kvalitetu i dostupnost, a u konačnici, i bolju financijsku održivost.

Neki od ključnih ciljeva Nacionalnog plana koji su navedeni u poglavlju 6. definiraju i određene različitosti u načinu financiranja bolnica koji će zasigurno potpomoći Projektni plan provedbe dugoročnih mjera financijske konsolidacije za razdoblje 2014 – 2016, kojeg je usvojila Vlada Republike Hrvatske.

Sve navedeno, pomoći će postizanju dugoročne financijske i operativne održivosti poslovanja bolnica, a samim time otvoriti kapacitete za ulaganje u tehnološki i stručni razvoj sustava te povećati kvalitetu zdravstvenih usluga.

2.3. Programski dokumenti za financijsko razdoblje Europske unije 2014. – 2020.

Važna potpora u provedbi Nacionalnog plana bit će sredstva iz strukturnih fondova Europske unije dostupnih Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. Programsku osnovu za iskorištavanje tih sredstava čine Partnerski sporazum i operativni programi, u kojima je jasno naznačena potreba za reorganizacijom bolničkog sustava s ciljem poboljšanja njegove učinkovitosti i djelotvornosti. U okviru tematskog cilja posvećenog promicanju socijalne uključenosti i borbi protiv siromaštva jedan od investicijskih prioriteta odnosi se na ulaganje u zdravstvenu i socijalnu infrastrukturu koja će pridonijeti nacionalnom, regionalnom i lokalnom razvoju, smanjenju nejednakosti u zdravstvenom statusu, te prelasku s institucionalnih usluga prema zdravstvenim uslugama u zajednici. Kako bi se osigurala uspješnost i svrsishodnost iskorištavanja strukturnih fondova, definirani su *ex-ante* uvjeti koje svaka država članica mora zadovoljiti prije odobravanja sredstava. U sektoru zdravstva *ex-ante* uvjeti jesu: postojanje nacionalne ili regionalne strategije za zdravlje koja sadržava: a) koordinirane mjere za poboljšanje dostupnosti kvalitetnih zdravstvenih usluga; b) mjere za poticanje djelotvornosti u zdravstvenom sektoru, uključujući primjenu učinkovitih inovativnih tehnologija, modela pružanja usluga te infrastrukture i c) sustav praćenja i evaluacije; usvojen okvir (na nacionalnoj ili regionalnoj razini) koji predočava dostupna proračunska sredstva za zdravstvenu zaštitu.

Nacionalni plan s Nacionalnim registrom detaljno razrađuje predviđene mjere te zajedno s Nacionalnom strategijom i drugim ključnim dokumentima u sustavu zdravstva, kao i drugim povezanim sustavima i dokumentima, ispunjava *ex-ante* uvjete u kontekstu bolničkog sustava Republike Hrvatske.

3. METODOLOGIJA IZRADE NACIONALNOG PLANA

3.1. Ključni dionici u izradi

S obzirom na složenost i važnost uloge bolničkog sustava u zdravstvu Republike Hrvatske, u izradu Nacionalnog plana bilo je nužno uključiti više ključnih dionika koji su u tom procesu dali aktivan doprinos dostavljajući podatke potrebne za obradu i komentirajući radne inačice pripremljenih analiza, imajući u vidu specifičnosti pojedinih bolnica, kao i regija.

Ministarstvo zdravlja bilo je zaduženo za sveukupno vođenje i koordinaciju projekta izrade Nacionalnog plana te pripremu završne inačice Nacionalnog plana. Kako bi se osiguralo nepristrano sagledavanje stanja hrvatskoga bolničkog sustava te pripremile detaljne analize i preporuke s primjerima najboljih europskih praksi, kao podloga za izradu završnoga Nacionalnog plana, Ministarstvo zdravlja koristilo se konzultantskim uslugama ugovorenim na osnovi međunarodnog javnog natječaja i financiranim iz zajma Svjetske banke.

Za analitičku podlogu upotrijebljeni su podaci prikupljeni od više dionika za različita razdoblja, ovisno o kontinuitetu njihova praćenja:

1. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) dostavio je podatke o ugovorenim sadržajima zdravstvene zaštite po razinama zdravstvene zaštite, ugovorenim sadržajima bolničke zdravstvene zaštite, načinu prijama pacijenata u bolnicama, ugovorenim dnevnim bolnicama, radnicima bolnica, dinamiци godišnjeg proračuna, prihodima i rashodima bolnica, troškovima akutne, subakutne i kronične bolničke zdravstvene zaštite, dijagnostičko-terapijskim skupinama, danima stacionarnog bolničkog liječenja, fakturiranoj realizaciji bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, broju faktura, te sve druge prirodne i financijske pokazatelje i izvješća kojima raspolaže.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) dostavio je podatke o instaliranim sadržajima zdravstvene zaštite u akutnoj i kroničnoj stacionarnoj djelatnosti, radnicima bolnica, broju radnika po bolesničkoj postelji, radu u djelatnosti dnevnih bolnica i hemodijalizi te podatke o prirodnim pokazateljima i sva izvješća kojima raspolaže.
3. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (AAZ) dostavila je podatke o politikama i postupcima koji su usvojeni za osiguranje kvalitete i akreditaciju u Hrvatskoj te objasnila čimbenike i mjerila koji se u pogledu kvalitete smatraju primjerenima za hrvatski zdravstveni sustav.
4. Zdravstvene ustanove dostavile su podatke o broju radnika, broju i površini građevinskih objekata, opremi kojom raspolažu te sva relevantna izvješća o poslovanju.

Svi dobiveni podaci koristiti će se za uspostavljanje Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite.

Analizom dostavljenih podataka utvrđena je nekonzistentnost pojedinih podataka kojima raspolažu dionici (primjerice, podaci o broju radnika variraju kod različitih dionika), a na što su i sami dionici u izradi Nacionalnog plana kontinuirano upozoravali. To je znatno otežalo izradu Nacionalnog plana i imalo utjecaja na dinamiku procesa njegove izrade te zahtijevalo dodatni angažman u provjeri i

utvrđivanju stvarnog stanja. Uz navedeno, konzultacije s dionicima (ravnateljima/sanacijskim upraviteljima) zahtijevale su nekoliko razina razgovora, čime je proces produljen.

Ravnatelji/sanacijski upravitelji bolnica bili su ključni dionici tijekom stručnih konzultacija u završnoj fazi izrade Nacionalnog plana. Njihov je doprinos bio presudan u validaciji kvantitativnih podataka i analiza te u razjašnjavanju lokalnih/regionalnih okolnosti i specifičnosti o kojima se vodilo računa u planiranju razvoja bolnica, odnosno izradi Nacionalnog plana.

3.2. Tijek izrade i ključne analize

U suradnji s konzultantskim timom, ključni su dionici definirali metodologiju izrade Nacionalnog plana, pri čemu su prethodno navedeni zaključci Nacionalne strategije služili kao osnovno polazište. Također, razjašnjen je opseg projekta i uloga pojedinih dionika. Razmotrene su pretpostavke i rizici za uspješnu provedbu projekta izrade Nacionalnog plana i strategije za ublažavanje rizika.

U svim analizama primijenjen je suradnički i iterativni pristup procesu validacije podataka, tj. korišteni su najbolji dostupni podaci, a komunikacija sa svim dionicima bila je kontinuirana kako bi se kvaliteta podataka dodatno poboljšala, a dvojbe otklonile.

Kao početni korak, analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju. Kronične bolesti i promijenjena demografska slika stanovništva prepoznate su kao glavni izazovi sustava zdravstvene zaštite. Provedena je i sveobuhvatna ocjena stanja čiji su rezultati detaljnije objašnjeni u 4. dijelu Nacionalnog plana.

U idućem koraku, definirani su kriteriji za optimizaciju bolničke mreže po navedenim parametrima te definirani potencijalni kriteriji za funkcionalnu integraciju. U završnom koraku izrade Nacionalnog plana, inicijalni prijedlog razvoja bolnica definiran od strane stranih konzultanata te njihova pozicioniranost kroz Nacionalni registar, detaljno su analizirani i raspravljani s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica, u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. Inicijalno predstavljene opcije za restrukturiranje bolnica i uspostavu novih kapaciteta detaljno su proučene i revidirane kako bi se osigurala njihova realističnost i provedivost.

Kako je već navedeno, vodilo se računa o regionalnim i lokalnim specifičnostima te internim kapacitetima za restrukturiranje, uzimajući u obzir infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekte koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, strukturu i udjel postelja po specijalizacijama i užitim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarnu razinu radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti. Također, vodilo se računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Na osnovu svega navedenog, definirana je potreba za uspostavljanjem Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, nakon čijeg uspostavljanja prestaje potreba za daljnjim definiranjem i razvijanjem Mreže javne zdravstvene službe (NN 101/2012).

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 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 ciljne 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 to više moguće 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. Baš poradi 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 djelotvornosti rada bolnice. Uz pretpostavku da su svi drugi parametri jednaki, kraći boravak pacijenata u bolnici smanjit će troškove liječenja i omogućiti preusmjeravanje 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 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 PZZ, poglavito patronaže i zdravstvene njege u kući koja nije bila sastavnim djelom ovog Nacionalnog plana ali je opisana u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2020. 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 je i učinilo Ministarstvo zdravlja Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (NN 145/2013).

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) po važećem Pravilniku Ministarstva zdravlja; 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.

Po pravilniku Ministarstva zdravlja 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 priznanju ustrojstvene jedinice s manjim brojem postelja od broja definiranog u pravilniku. 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 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 kreveta/stolaca dnevne bolnice ovisno o ustanovama trebat će povećati od 10-40% u odnosu na postojeće stanje ugovorenih kreveta/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 kreveta za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu na razinu ukupnog broja kreveta 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 HZZOa 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.

4. OCJENA STANJA

Sveobuhvatna ocjena stanja, odnosno analiza postojeće bolničke mreže, pokazala je da ta mreža nije dovoljno prilagođena potrebama stanovništva i ekonomskim mogućnostima. Ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito ako se uspoređuju s drugim europskim zemljama.

Analizirajući regije zdravstvenog planiranja, vidljivo je da najveći broj stanovnika živi u Središnjoj i sjevernoj regiji: bez Grada Zagreba to je 30% ukupnog broja stanovnika Republike Hrvatske, a s Gradom Zagrebom 48% ukupnog broja stanovnika. Najniža je gustoća naseljenosti u Zapadnoj regiji (47 stanovnika/km²), najveća je u Gradu Zagrebu (1233 stanovnika/km²), a prosjek zemlje iznosi 76 stanovnika/km². Od ukupno 31 bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom, osam ih se nalazi u Središnjoj i sjevernoj regiji bez Grada Zagreba (sve opće bolnice)¹, odnosno 25,8%. U samom Gradu Zagrebu, a što je i razlog posebnog izdvajanja, odnosno analize u odnosu na ostatak Središnje i sjeverne regije, ima ih sedam, odnosno 22,6%.² Analiziramo li Središnju i sjevernu regiju s Gradom Zagrebom, to bi značilo da na nju otpada ukupno 15 bolnica ili 48,4%. U Istočnoj regiji nalazi se sedam bolnica, odnosno 22,6% (jedan klinički bolnički centar i šest općih bolnica)³, u Južnoj regiji pet bolnica ili 16,1% (jedan klinički bolnički centar i četiri opće bolnice)⁴, u Zapadnoj regiji četiri bolnice ili 12,9% (jedan klinički bolnički centar, 1 klinika i dvije opće bolnice)⁵ od ukupnog broja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom (tablica 1).

Objekti bolnica obuhvaćenih ovim Nacionalnim planom zauzimaju ukupno 1.056.251 m² površine, što bi u prosjeku bilo čak 34.073 m² površine objekata po bolnici. Ovaj podatak upozorava na znatne troškove održavanja bolničkih objekata, pogotovo uzimajući u obzir da je dio navedenih objekata izgrađen prije stotinu i više godina te da je većina objekata energetske neučinkovita, neplanski građena i neprilagođena u potpunosti svojoj osnovnoj namjeni (tablica 1).

Bolnice zapošljavaju ukupno 39.938 radnika, od čega je u Gradu Zagrebu zaposleno 14.040 radnika ili 35,2%, u Središnjoj i sjevernoj regiji bez Grada Zagreba 6764 radnika ili 16,9%, u Istočnoj regiji 7831 radnik ili 19,6%, u Južnoj regiji 6288 radnika ili 15,7% te u Zapadnoj regiji 5015 radnika ili 12,6%. Primjetne su razlike u omjeru zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u bolnicama. Udio zdravstvenih radnika u ukupnom broju radnika kreće se od 67% u Općoj bolnici „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak do 79% u Kliničkom bolničkom centru Zagreb (tablice 2 – 6).

¹ Središnja i sjeverna regija bez Grada Zagreba: Županijska bolnica Čakovec, Opća bolnica Bjelovar, Opća bolnica Karlovac, Opća bolnica Varaždin, Opća bolnica Zabok, Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak, Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica i Opća bolnica Ogulin.

² Grad Zagreb: Klinički bolnički centar Zagreb, Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“, Klinička bolnica Dubrava, Klinička bolnica „Merkur“, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Klinika za dječje bolesti Zagreb i Klinička bolnica „Sveti Duh“.

³ Istočna regija: Klinički bolnički centar Osijek, Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod, Opća županijska bolnica Požega, Opća bolnica Virovitica, Opća županijska bolnica Našice, Opća županijska bolnica Vukovar i Opća županijska bolnica Vinkovci.

⁴ Južna regija: Klinički bolnički centar Split, Opća bolnica Zadar, Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin, Opća bolnica Dubrovnik i Opća bolnica Šibensko-kninske županije.

⁵ Zapadna regija: Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za ortopediju Lovran, Opća bolnica Pula i Opća bolnica Gospić.

Od ukupnog kapaciteta u svim bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom 83% je akutnih postelja, 13% stolaca/postelja dnevne bolnice, a samo četiri posto postelja za dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb. Potrebno je istaknuti kako danas u Gradu Zagrebu i Zapadnoj regiji nema postelja za dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb. Trenutačno nema ugovorenih postelja produljenog liječenja ni u kojoj bolnici. Konačno, bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom imaju 150 postelja za palijativnu skrb, a što čini 0,01% ukupnog kapaciteta bolnica. Postelje za palijativnu skrb nisu ravnomjerno raspoređene po regijama zdravstvenog planiranja te je vidljiv manjak u odnosu na ciljane kapacitete i standard propisan Strateškim planom razvoja palijativne skrbi od 2014. do 2016.

Analiza posteljnih kapaciteta po bolnicama također je pokazala nerazmjer u resursima između akutne bolničke zdravstvene zaštite i drugih modela pružanja bolničkih usluga (tablice 7 – 37). Najveći udio akutnih postelja u ukupnim kapacitetima ima Klinička bolnica „Sveti Duh“, a to je 97%. Ta bolnica s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje trenutačno ima ugovoreno petsto akutnih postelja i samo 14 stolaca/postelja u dnevnoj bolnici što upozorava na vrlo slabu razvijenost dnevne bolnice kao oblika suvremenog načina pružanja zdravstvenih usluga. Od ostalih bolnica po visokom udjelu akutnih postelja u ukupnom kapacitetu ističu se Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Opća bolnica Zabok i Opća bolnica Gospić s 93% te Županijska bolnica Čakovec s 92% i Klinička bolnica Dubrava s 90%.

Analizom posteljnih kapaciteta uočljive su i neke nelogičnosti ugovorenih kapaciteta. Tako primjerice Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica ima trenutačno ugovoreno 149 stolaca/postelja u dnevnoj bolnici, a što čini 29% ukupnog kapaciteta te bolnice. Taj je broj u apsolutnom iznosu veći od ugovorenog broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici u nekim kliničkim bolnicama, a gotovo je dosegno broj ugovorenih stolaca/postelja u nekim kliničkim bolničkim centrima. Još je bolji primjer nelogičnosti ugovorenih kapaciteta Opće županijske bolnice Vukovar koja trenutačno ima ugovorena 173 stolca/postelje u dnevnoj bolnici, a što čini 54% ukupnog kapaciteta te bolnice. To je više ugovorenih stolaca/postelja u dnevnoj bolnici od, primjerice, Kliničkog bolničkog centra Split i Kliničkog bolničkog centra Osijek, a i većine drugih bolnica viših kategorija.

Analizom je utvrđeno kako je vrlo različita zastupljenost stolaca/postelja dnevne bolnice među bolnicama istih kategorija.

Opća bolnica Varaždin bolnica je s trenutačno najvećim brojem postelja za dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb (511 postelja, odnosno 46% ukupnih kapaciteta) zbog pripajanja Specijalne bolnice za kronične bolesti Novi Marof i Bolnice za plućne bolesti i TBC Klenovnik Općoj bolnici Varaždin od 1. siječnja 2014. godine, a prema odluci Vlade Republike Hrvatske.

Jedna od ključnih faza u izradi Nacionalnog plana, a bit će i od neprocjenjive koristi kod uspostavljanja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvenih usluga bila je analiza i usporedba podataka (eng. *benchmarking*) između pojedinih bolnica iste kategorije u postojećoj mreži u Republici Hrvatskoj. Pristup u analizi zasnivao se na usporedbi djelatnosti, odnosno specijalizacija, i to u pogledu kapaciteta i aktivnosti. Rezultati su pokazali velike razlike između bolnica, čak i unutar iste kategorije (tablice 38 – 41)⁶, što jasno pokazuje da postoje znatne mogućnosti za povećanje bolničke

⁶ Bolnice koje su pripojene od 1. siječnja 2014. godine u usporedbama su analizirane zasebno. Primjerice, Opća bolnica Varaždin bez Specijalne bolnice za kronične bolesti Novi Marof i Bolnice za plućne bolesti i TBC Klenovnik.

produktivnosti. Bolnice se razlikuju unutar istih kategorija, a i među kategorijama po broju postelja i broju hospitalizacija po liječniku, prosječnoj stopi popunjenosti postelja, broju specijalističko-konzilijarnih slučajeva po liječniku, broju slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici i slično, a sve unutar istih djelatnosti. Raspon vrijednosti navedenih pokazatelja vrlo je velik, što upućuje na znatne razlike u načinu i učinkovitosti rada. Primjerice, broj slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici iz djelatnosti opće interne medicine u bolnicama I. kategorije varira između 3.533 i 18.829 slučajeva, u bolnicama II. kategorije između 268 i 7.371 slučajeva, u bolnicama III. kategorije između 114 i 4.131 slučajeva te u bolnicama IV. kategorije između 80 i 605 slučajeva. Veliki su rasponi i u drugim promatranim internističkim djelatnostima te kirurškim djelatnostima po svim navedenim pokazateljima.

Također, znatno se razlikuju rasponi prosječnog trajanja boravka u bolnici (minimalna – maksimalna vrijednost) među kategorijama, kao i unutar istih kategorija bolnica. Tako se, primjerice, prosječno trajanje boravka u bolnici u djelatnosti opće interne medicine kreće između 6,2 i 10,5 dana u bolnicama I. kategorije, između 8,2 i 11,9 dana u bolnicama II. kategorije, 6,8 i 12,7 dana u bolnicama III. kategorije te između 6,9 i 8,9 dana u bolnicama IV. kategorije. Za usporedbu, prosječno je trajanje boravka u bolnici u zemljama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) oko sedam dana, a u proteklih desetak godina primjećuje se trend smanjenja tog pokazatelja.

5. PLAN RAZVOJA I FUNKCIONALNE INTEGRACIJE BOLNICA PO REGIJAMA ZDRAVSTVENOG PLANIRANJA

Nacionalnim planom načelno su definirani parametri razvoja bolnica prema kriteriju modaliteta liječenja, što čini osnovu za ispunjavanje drugih kriterija planiranja. Ciljane vrijednosti maksimalnog broja postelja po modalitetima liječenja definirat će (i ažurirati) Ministarstvo zdravlja kroz uspostavu Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite. Specifične i definirane mjere koje služe za ostvarenje ciljeva Nacionalnog plana (poglavlje 6. i 7.) navedene su u poglavlju 2.2.

Planirano smanjenje stope akutnog bolničkog liječenja, jedne od specifičnih mjera Nacionalnog plana, za 10% ne znači i smanjenje broja akutnih kreveta 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 ovog plana nije određen u Nacionalnom planu nego u Nacionalnom registru.

U poglavlju 8.2 definirana je planska strategija provedbe Nacionalnog plana do kraja 2016. 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 Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 61/2011), te Pravilnika o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica (NN 145/2013) kao i drugih relevantnih zakonskih i podzakonskih akata. U drugim bolnicama ostvarenje mjera i dostizanje ciljeva moguće da neće biti garancijom poboljšanja kvalitete, učinkovitosti i dostupnosti zdravstvene skrbi, kao što to definira Nacionalni plan u svojim temeljnim načelima (poglavlje 1.1). U tim se slučajevima predlaže provesti funkcionalnu integraciju.

Plan razvoja i funkcionalne integracije bolnica zasniva se ponajprije na regijama zdravstvenog planiranja. Gledajući sve bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom, za njih 10, odnosno 32,3% nije predviđena funkcionalna integracija s drugim bolnicama, a za preostalu 21 bolnicu, odnosno 67,7% bolnica predviđena je funkcionalna integracija. Međusobne funkcionalne integracije bolnica predviđene su većinom na razini regija zdravstvenog planiranja, iako postoje dva slučaja u kojem se međusobno funkcionalno integriraju bolnice iz dviju različitih regija zdravstvenog planiranja (Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica iz Središnje i sjeverne regije s Općom bolnicom Virovitica iz Istočne regije te Opća bolnica Zadar iz Južne regije s Općom bolnicom Gospić iz Zapadne regije). Najmanje se funkcionalno integriraju dvije, a najviše četiri bolnice.

Kako je već navedeno, Nacionalni plan predviđa fazno uvođenje promjena u razdoblju od tri godine, od 2014. do 2016; no proces se time ne zaustavlja nego se nastavlja do postizanja ciljeva definiranih u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva do 2012. - 2020.

Središnja i sjeverna regija s Gradom Zagrebom obuhvaća ukupno 15 bolnica. U Gradu Zagrebu za pet njih ne predviđa se funkcionalna integracija: Klinički bolnički centar Zagreb, Klinička bolnica „Merkur“, Klinička bolnica „Sveti Duh“, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ i Klinika za dječje bolesti Zagreb.

Za preostalih deset bolnica Središnje i sjeverne regije predviđena je funkcionalna integracija, i to kako slijedi: Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“, Opće bolnice Karlovac, Opće bolnice Zabok i Opće bolnice Ogulin; Kliničke bolnice Dubrava, Opće bolnice Bjelovar i Opće bolnice „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak; Opće bolnice Varaždin⁷ i Županijske bolnice Čakovec te, Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica iz Središnje i sjeverne regije i Opće bolnice Virovitica iz Istočne regije.

Trenutačno bolnice Središnje i sjeverne regije imaju ukupni kapacitet od 9.506 postelja i stolaca, a njihova struktura detaljno je prikazana u 4. dijelu Nacionalnog plana. Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2). Preciznija analiza i usporedba smanjenja kapaciteta akutnih postelja te povećanja broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici kao i postelja produljenog, dugotrajnog i kroničnog liječenja te palijativne skrbi uspoređujući ih s dosadašnjim, biti će moguća nakon što Ministarstvo zdravlja definira ciljane vrijednosti za pojedine bolnice te njihove funkcionalno integrirane cjeline za 2015. i 2016. godinu kroz nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite.

Istočna regija obuhvaća ukupno sedam bolnica od kojih se za dvije bolnice ne predviđa funkcionalna integracija: Opću bolnicu „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod kojoj se odlukom Vlade Republike Hrvatske od 1. siječnja 2014. godine pripojila Opća bolnica Nova Gradiška te Opću županijsku bolnicu Požega kojoj se također odlukom Vlade Republike Hrvatske od 1. siječnja 2014. godine pripojila Opća županijska bolnica Pakrac. Ključni pokazatelji kvalitete i ključni pokazatelji uspješnosti ove dvije spojene cjeline analizirati će se nakon godinu dana od njihovog spajanja (siječanj 2015.) kada će se usporediti rezultati što se tiče dostupnosti, učinkovitosti i kvalitete zdravstvene skrbi, ali i financijski rezultati koje su te dvije spojene cjeline ostvarile u 2014. Njih će se usporediti s onima koje su obje ustanove pojedinačno ostvarivale u 2013. godini, te na osnovu tih pokazatelja procijenit će se učinci spajanja. Ta analiza bit će još zanimljivija kada dobijemo prve rezultate ključnih pokazatelja kvalitete i ključnih pokazatelja uspješnosti nekih funkcionalno integriranih bolnica koji će biti dostupni početkom 2017. Usporedbom dobivenih rezultata, bit će moguće procijeniti koji od primijenjenih modela je bolji.

Za preostalih pet bolnica Istočne regije predviđena je funkcionalna integracija, i to kako slijedi: Kliničkog bolničkog centra Osijek i Opće županijske bolnice Našice, Opće županijske bolnice Vinkovci i Opće županijske bolnice Vukovar te već spomenutu integraciju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica iz Središnje i sjeverne regije i Opće bolnice Virovitica iz Istočne regije.

Trenutačno bolnice Istočne regije imaju ukupni kapacitet od 3.843 postelja i stolaca, a njihova struktura detaljno je analizirana u 4. dijelu Nacionalnog plana. Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2). Preciznija analiza i usporedba smanjenja kapaciteta akutnih postelja te povećanja broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici kao i postelja produljenog, dugotrajnog i kroničnog liječenja te palijativne skrbi uspoređujući ih s dosadašnjim, biti će moguća nakon što Ministarstvo zdravlja definira ciljane vrijednosti za pojedine bolnice te njihove funkcionalno integrirane cjeline za 2015. i 2016. godinu kroz Nacionalni registar.

⁷ Odlukom Vlade Republike Hrvatske Općoj bolnici Varaždin od 1. siječnja 2014. godine pripojene su Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof i Bolnica za plućne bolesti i TBC Klenovnik.

Južna regija obuhvaća ukupno pet bolnica od kojih se za dvije bolnice ne predviđa funkcionalna integracija zbog uzimanja u obzir specifičnosti same regije planiranja: Klinički bolnički centar Split i Opću bolnicu Dubrovnik. Za preostale tri bolnice Južne regije predviđena je funkcionalna integracija, i to kako slijedi: Opća bolnica Zadar iz Južne regije i Opće bolnice Gospić iz Zapadne regije te Opće bolnice Šibensko-kninske županije i Opće bolnice „Hrvatski ponos“ Knin.

Trenutačno bolnice Južne regije imaju ukupni kapacitet od 3.235 postelja i stolaca, a njihova struktura detaljno je analizirana u 4. dijelu Nacionalnog plana. Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2). Preciznija analiza i usporedba smanjenja kapaciteta akutnih postelja te povećanja broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici kao i postelja produljenog, dugotrajnog i kroničnog liječenja te palijativne skrbi uspoređujući ih s dosadašnjim, biti će moguća nakon što Ministarstvo zdravlja definira ciljane vrijednosti za pojedine bolnice te njihove funkcionalno integrirane cjeline za 2015. i 2016. godinu kroz Nacionalni registar.

Zapadna regija obuhvaća ukupno četiri bolnice od kojih se za jednu bolnicu ne predviđa funkcionalna integracija zbog uzimanja u obzir specifičnosti same regija planiranja: Opću bolnicu Pula. Za preostale bolnice Zapadne regije predviđena je funkcionalna integracija, i to kako slijedi: Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Klinike za ortopediju Lovran te već spomenuta integracija Opće bolnice Zadar iz Južne regije i Opće bolnice Gospić iz Zapadne regije.

Trenutačno bolnice Zapadne regije imaju ukupni kapacitet od 2.172 postelje i stolaca, a njihova struktura detaljno je analizirana u 4. dijelu Nacionalnog plana. Ukupni kapacitet bolnica te regije smanjit će se već 2015. godine s definiranim ciljevima za 2016. godinu (poglavlje 8.2). Preciznija analiza i usporedba smanjenja kapaciteta akutnih postelja te povećanja broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici kao i postelja produljenog, dugotrajnog i kroničnog liječenja te palijativne skrbi uspoređujući ih s dosadašnjim, biti će moguća nakon što Ministarstvo zdravlja definira ciljane vrijednosti za pojedine bolnice te njihove funkcionalno integrirane cjeline za 2015. i 2016. godinu kroz Nacionalni registar.

Kao što je navedeno u poglavlju 1.3., klinički bolnički centri u regijama planiranja predstavljaju krovnu instituciju regije. Sve bolnice na nižoj razini (i sekundarnoj i tercijarnoj) trebaju se vertikalno povezati s pripadajućim regionalnim Kliničkim bolničkim centrima, neovisno jesu li s njima funkcionalno integrirani ili ne; sve u cilju provođenja dijagnostičko terapijskih postupaka najviše razine kako bi se najbolje iskoristio njihov klinički ali i znanstveno nastavni potencijal.

Uprave svih bolnica, funkcionalno integriranih ali i onih za koje nije predviđena funkcionalna integracija obvezne su u suradnji s drugim ključnim dionicima pripremiti i provesti projekt provedbe Nacionalnog plana.

Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite uspostaviti će Ministarstvo zdravlja. U njemu će se uz osnovne podatke o ustanovi, njenom osnivaču, strukturi, kontaktu, odgovornim osobama, odobrenim i ugovorenim djelatnostima; definirati maksimalan broj akutnih postelja, postelja/stolaca u dnevnicama, postelja u produljenoj i dugotrajnoj zdravstvenoj zaštiti te postelja sa svrhom kroničnog liječenja i palijativne skrbi. Ti podaci bit će definirani za svaku pojedinačnu bolnicu ali i za

skupine bolnica u funkcionalnoj integraciji, kao i za regije zdravstvenog planiranja. Definirane vrijednosti broja postelja predstavljati će maksimalni mogući kapacitet svake bolnice prema modalitetima liječenja i djelatnostima, iz čega proizlazi da on može, ako se utvrdi potreba, biti i manji. Broj postelja u nacionalnom registru predstavlja osnovu za ugovaranje bolnice (ali i funkcionalno integriranih bolnica ili regije zdravstvenog planiranja) s HZZO-om, a sve vrijednosti su podložne promjenama na osnovu definiranih ciljeva Nacionalnog plana. Ažuriranje Nacionalnog registra vršit će se kontinuirano a minimalno pred svako ugovaranje s HZZO-om. Među bolnicama za koje je predviđena međusobna funkcionalna integracija moguća je preraspodjela kapaciteta prema modalitetima liječenja i djelatnostima, ali samo i isključivo do maksimalno utvrđenih kapaciteta na razini funkcionalne integracije.

HZZO može ugovarati djelatnosti na razini pojedinačnih ustanova iz Nacionalnog registra, na razinu funkcionalno integriranih bolnica ili na razinu regija zdravstvenog planiranja sukladno Nacionalnom planu; ali i ovisno o resursima te potrebama proizašlim iz epidemiološke situacije određenog područja.

6. CILJEVI I MJERE NACIONALNOG PLANA

Ciljevi Nacionalnog plana jesu:

1. povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite,
2. unaprijediti kvalitetu i učinkovitost pružanja bolničkih usluga,
3. povećati djelotvornost i racionalizirati troškove poslovanja bolničkih ustanova.

Poštovanjem načela supsidijarnosti i funkcionalne integracije, provedba Nacionalnog plana rezultirat će znatnim poboljšanjima u pogledu dostupnosti, kvalitete i djelotvornosti zdravstvene zaštite, što u potpunosti odgovara definiranim ciljevima razvoja i bolnica i zdravstvenog sustava Republike Hrvatske u cjelini.

Za ostvarivanje navedenih ciljeva definiraju se sljedeće ključne mjere:

- uspostavljanje Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite,
- uspostavljanje četiri regije zdravstvenog planiranja s omogućavanjem funkcionalne integracije pojedinih bolnica,
- smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta,
- bolja iskoristivost postojećih i ugovorenih kapaciteta,
- povećavanje kapaciteta i broja usluga dnevne bolnice,
- integracija i preraspodjela pojedinih djelatnosti gdje je to prikladno (primjerice, objedinjavanje internističkih djelatnosti, objedinjavanje kirurških djelatnosti itd.),
- povećanje kapaciteta i iskoristivosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite kako bi se moglo prihvatiti opterećenje u vidu većeg broja pacijenata,
- integriranje i opremanje hitnih bolničkih prijema i ustrojstvenih jedinica,
- povećanje kapaciteta za produljeno i dugotrajno liječenje,
- povećanje kapaciteta za palijativno liječenje u skladu sa Strateškim planom razvoja palijativne skrbi do 2016.,
- ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom i Nacionalnim registrom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama,
- unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge,
- plaćanje bolnicama ne putem definiranih limita nego po ispostavljenom računu za izvršenu ugovorenu uslugu,
- unapređenje informacijskog sustava za praćenje provedbe Nacionalnog plana te intenzivnija suradnja svih ključnih dionika,
- izrada projekata provedbe Nacionalnog plana nakon donošenja Nacionalnog plana,
- preraspodjela i koncentriranje bolničkih resursa i usluga unutar pojedinih bolnica ili funkcionalno integriranih bolnica utvrđenima Nacionalnim registrom,
- izmjene i dopune propisa vezanih za provedbu Nacionalnog plana,
- iskorištavanje mogućnosti sufinanciranja provedbe Nacionalnog plana iz strukturnih fondova Europske unije.

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 opisanim u poglavlju 8.2.

7.2. Unaprijeđena kvaliteta i učinkovitost pružanja bolničkih usluga

Kvaliteta zdravstvene zaštite definira se kao rezultat mjera koje se poduzimaju u skladu sa suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koje osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi. Učinkovitost se definira kao stupanj ostvarivanja rezultata s obzirom na postavljeni cilj.

Akutno stacionarno liječenje, liječenje u dnevnoj bolnici i produljeno/dugotrajno liječenje tri su osnovna i komplementarna modaliteta bolničkog liječenja, a njihovim uravnoteženjem pacijentima pružamo najprimjereniju zdravstvenu zaštitu, diferenciranu prema njihovu zdravstvenom stanju i potrebama. Skraćivanjem boravka u bolnici i postizanjem preporučenih vrijednosti prosječnog trajanja hospitalizacije poboljšat će se ishodi liječenja, smanjiti rizici, a uvođenjem drugih modaliteta liječenja povećati i obrtaj pacijenata uz povećanje kvalitete pruženih usluga i zadovoljstva pacijenata.

Prekomjerno ili nedovoljno radno opterećenje u bolničkim djelatnostima ima podjednako nepovoljan učinak na kvalitetu i ishode liječenja. U uvjetima prekomjernog opterećenja povećavaju se rizici od pogrešaka radnika zbog umora ili smanjene koncentracije, a u uvjetima nedovoljnog radnog opterećenja povećavaju se rizici od pogrešaka zbog nedostatka iskustva ili stečenih vještina. Funkcionalnom integracijom uz grupiranje medicinske opreme i kadrova ujednačit će se radno opterećenje unutar skupina bolnica i smanjiti rizik od pogrešaka zbog prekomjernog ili nedovoljnog radnog opterećenja.

Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava te okruženje pozitivnog natjecanja. Stvorit će se preduvjeti za standardizaciju postupaka, jednoobrazno postupanje i smanjenje varijabilnosti u kvaliteti zdravstvene zaštite, osobito izradom i primjenom zajedničkih kliničkih smjernica i sustava informacijske i komunikacijske tehnologije na razini skupine bolnica, regije ili nacionalnoj razini.

Povećani obrtaj pacijenata i veći broj pruženih usluga omogućit će daljnje specijaliziranje zdravstvenih radnika i bolnica, te u konačnici uspostavljanje regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke sa svom potrebnom opremom i zdravstvenim kadrom. Takvi centri izvrsnosti bit će ujedno i središta znanstvenog i nastavnog rada, čime će se dodatno povećati kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga gravitirajućem stanovništvu i poduprijeti daljnji razvoj cjelokupne medicinske struke u regiji zdravstvenog planiranja.

Važan doprinos tom učinku Nacionalnog plana dat će i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na osnovi mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete. Primjerice, očekuje se da kirurška djelatnost u bolnicama uspostavi sustave praćenja i izvještavanja o ključnim događajima poput stope izbjeglih, netraumatskih amputacija donjeg ekstremiteta povezanih sa šećernom bolešću, stope postoperativne plućne embolije, stope duboke venske tromboze i drugih. Riječ je o događajima koji imaju indikativnu vrijednost za opću kvalitetu pružanja zdravstvene zaštite.

Metode provođenja načela supsidijarnosti, projekti provedbe funkcionalne integracije (ako je ona indicirana i potrebna za ostvarenje specifičnih mjera za postizanje ciljeva Nacionalnog plana), te

metode povećanja obrtaja pacijenata, uprave bolnica predstavljaju u projektima provedbe Nacionalnog plana opisanim u poglavlju 8.2.

7.3. Povećana djelotvornost bolnica i financijski učinci provedbe Nacionalnog plana

Učinak povećane djelotvornosti bolničkog sustava definira se kao stupanj ostvarivanja rezultata u odnosu na uložene resurse. Kao što je uvodno naglašeno, Nacionalni plan temelji se na dvama ključnim načelima: na načelu supsidijarnosti i funkcionalne integracije.

U skladu s načelom supsidijarnosti pacijenti će se što je prije moguće premještati ili usmjerivati na manje intenzivne oblike bolničkog liječenja te će se liječiti na osnovi medicine zasnovane na dokazima (eng. *evidence based medicine*) i uz modalitete potpuno odgovarajuće zdravstvenom stanju pacijenta, povećavajući pritom kvalitetu i dostupnost bolničke zdravstvene zaštite. Drugim riječima, pacijenti čije kliničko stanje ne dopušta otpuštanje u okviru optimalnog trajanja boravka u bolnici za svaku djelatnost bit će što je prije moguće premješteni s radno intenzivnih akutno-stacionarnih kapaciteta na manje radno intenzivne, a time i financijski povoljnije modalitete produljenoga i dugotrajnog liječenja. Plaćanje produljenog i dugotrajnog liječenja biti će definirano od strane HZZO-a do ugovaranja za 2015. godinu. Liječenje pacijenata u dnevnim bolnicama umjesto na akutnim stacionarnim posteljama također će neposredno smanjiti troškove bolničkog liječenja, jer troškovi same intervencije/operacije po danu čine 40% do 60% troškova ukupnoga stacionarnog bolničkog liječenja.

S druge strane, načelo funkcionalne integracije ima svoje uporište u činjenici da Nacionalni plan obuhvaća zdravstvene ustanove koje se u svojim djelatnostima nadopunjuju, no među njima ima i određenih preklapanja. Trenutačno se dijagnostički i terapijski postupci koji se ne mogu provesti u jednoj bolnici provode u drugoj prema načelu suradnje ustanova, pri čemu jedna ustanova plaća drugoj ustanovi obavljenju uslugu. Funkcionalnom integracijom bolnica takva plaćanja pokušat će se eliminirati, a uz preraspodjelu i koncentriranje resursa, povećati će se iskorištenost kapaciteta i produktivnost u pružanju usluga. Omogućit će se bolje planiranje potreba za nabavom novih medicinsko-tehničkih uređaja i ostale medicinske opreme, odnosno izbjeći preklapanje u postupcima obnove. Skupi i sofisticirani uređaji moći će se objediniti i koristiti na jednom umjesto na dva ili više mjesta unutar iste skupine funkcionalno integriranih bolnica, čime će se smanjiti troškovi njihova održavanja i izobrazbe radnika za upotrebu tih uređaja. Konačno, funkcionalnom integracijom bolnica povećat će se mobilnost zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, što će omogućiti bolju organizaciju obavljanja poslova i djelotvornije upravljanje ljudskim resursima. Bolja iskorištenost postojećih radnika smanjit će potrebu za novim zapošljavanjem, a kroz definirani Nacionalni registar, funkcionalno integrirane ustanove mogu ili kompletno ili u integriranim djelatnostima predstavljati jedan subjekt ugovaranja HZZO-a. Funkcionalno integrirane djelatnosti dvije ili više bolnica ne mogu se ugovarati sa svakom pojedinačno nego samo s onom bolnicom koja je nositelj funkcionalne integracije u toj djelatnosti.

Reorganizacijom djelatnosti i smanjivanjem prostorno zahtjevnih stacionarnih kapaciteta predviđa se da će se u pojedinim skupinama bolnica pojaviti građevinski objekti ili dijelovi objekata za koje u

okviru redovitih djelatnosti bolnica više ne postoji potreba. Time će se inicijalno poboljšati prostorni uvjeti koji su u većini naših bolnica suboptimalni. Neki objekti, odnosno prostori, moći će se iskoristiti i za neku drugu namjenu u zdravstvenom sustavu ili u nekom drugom resoru poput socijalne skrbi ili skrbi o braniteljima i stradalnicima Domovinskog rata, a troškovi održavanja bolnicama smanjit će se.

Zaključno, provedbom Nacionalnog plana rezultirati će izravnom i oportunitetnom racionalizacijom financijskih tokova u sustavu. To ne znači i uštedama jer osnovno načelo jest da se pacijentu pruža zdravstvena zaštita u odgovarajućem kapacitetu, odnosno da se optimizira potrošnja resursa po pacijentu s obzirom na kliničko stanje. Pod pojmom racionalizacija misli se na optimizacije troškova pojedinačne epizode liječenja premještanjem pacijenata iz akutnih postelja u postelje/stolce dnevne bolnice ili u postelje produljenog liječenja. Akutno stacionarno liječenje najskuplja je varijanta liječenja pa premještanjem onih pacijenata koje se može premjestiti u dnevne bolnice ili kapacitete produljenog liječenja, osim veće dostupnosti (obrtaja) i kvalitete (očekivanja pacijenata), postižu se i znatne financijske uštede po slučaju. Manje sati kontakta (rada) zdravstvenih radnika smanjuje potrebu za skupim prekovremenim radom, ali i za novim zapošljavanjem. Očekuje se i manji trošak za potrošne materijale, lijekove, dijagnostiku, anesteziju i drugo primjenom nove metode liječenja (primjerice, umjesto klasične operacije, laparoskopska operacija), smanjenje potrebnih prostornih kapaciteta po pojedinom pacijentu. Koncentriranjem djelatnosti neće se multiplicirati nabava skupe opreme, a kraćim boravkom pacijenata u bolnici smanjit će se mogućnost bolničkih infekcija.

Precizna kvantifikacija racionalizacije koja će proizići iz provedbe Nacionalnog plana nije moguća. Kako bi se utvrdili financijski učinci provedbe Nacionalnog plana, biti će potrebno obuhvatiti širi kontekst i problematiku povezanu s bolničkom potrošnjom, potražnju za zdravstvenom zaštitom, način financiranja bolničke zdravstvene zaštite i slično. U procjeni financijskih učinaka, bolnice su dužne jednom mjesečno dostavljati HZZO-u izvješća o naturalnim pokazateljima te financijska izvješća povezana s izvršenjem projekta provedbe Nacionalnog plana. HZZO kao nacionalni osiguravatelj i ugovaratelj usluga zdravstvenog sustava, obvezuje se pratiti potrošnju kroz izvršenje navedenih specifičnih mjera nacionalnog plana (poglavlje 2.2) te financijske implikacije provedenih mjera dostavljati Ministarstvu zdravlja na mjesečnoj, kvartalnoj i godišnjoj razini. Analiza financijskih učinaka provođenja Nacionalnog plana ali i analiza epidemioloških podataka koje će Ministarstvo zdravlja sakupljati od Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te Agencija, zatim izvješća ravnatelja/sanacijskih upravitelja definiranih kroz sustav izvještavanja (poglavlje 8.2 i 8.3), komunikacija s udrugama, stručnim društvima te ostalim dionicima; koristit će se u definiranju i ažuriranju Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite koji će se prilagođavati trenutnoj situaciji kako bi se ostvarila bolja kvaliteta i dostupnost zdravstvene skrbi ali i osigurala financijska održivost sustava.

Osim navedenih racionalizacija, provedbom Nacionalnog plana nastat će i drugi pozitivni financijski učinci koje nisu podložni analizi. Oni predstavljaju neizravne učinke provedbe Nacionalnog plana i teško ih je precizno kvantificirati iako su nedvojbeni. U skladu s načelom supsidijarnosti, to su ponajprije optimizacija resursa po pacijentu nastala promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite. Akutno liječenje najskuplja je varijanta liječenja pacijenta pa se premještanjem onih pacijenata koji se mogu premjestiti u dnevne bolnice ili kapacitete produljenog liječenja, osim veće dostupnosti i kvalitete, postižu i znatne pozitivne financijske učinke po slučaju.

Funkcionalnom integracijom bolnica povećat će se mobilnost radnika, što će omogućiti djelotvornije upravljanje ljudskim resursima. Drugim riječima, bolja iskorištenost postojećih radnika smanjit će potrebu za novim zapošljavanjem. Vrlo je važno pripremiti se za funkcionalnu integraciju s pravnog osnova kako bi promjene ugovora ili aneksi ugovora o radu koji će nedvojbeno uslijediti nakon funkcionalne integracije, bili usklađeni sa zakonskom regulativom. U upravljanju ljudskim resursima od presudne će uloge biti komunikacijski proces naveden u poglavlju 8.1 kako bi se jasno definirala potreba za promjenom koja će pomoći u prihvaćanju načela ali i posljedica funkcionalne integracije na djelovanje sustava ali i na pojedince unutar sustava. Skupi i sofisticirani uređaji moći će se objediniti i upotrebljavati na jednom mjestu, umjesto na dva ili više mjesta unutar iste skupine funkcionalno integriranih bolnica. Omogućit će se i bolje planiranje potreba za nabavom novih medicinsko-tehničkih uređaja i ostale medicinske opreme, odnosno izbjeći će se preklapanje u postupcima obnove opreme. Na kraju, očekuje se manji trošak za potrošne materijale, lijekove, dijagnostiku, anesteziju i drugo primjenom nove metode liječenja. Kraćim boravkom pacijenata u bolnici smanjit će se mogućnost bolničke infekcije te time i potrošnja skupih rezervnih antibiotika.

Zaključno, bitno je naglasiti da je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju kvalitete, dostupnosti i učinkovitosti zdravstvenog sustava, ali i formiranju regionalnih centara izvrsnosti te smanjenju listi čekanja, a tek zatim u uštedama koje će iz toga proizaći.

8. PROVEDBA NACIONALNOG PLANA

8.1. Preduvjeti uspješne provedbe Nacionalnog plana

Ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana ovisi o kvaliteti posljednjega koraka: procesu provedbe Nacionalnog plana.

Od samostalnosti Republike Hrvatske ovo je prvi Nacionalni plan odnosno operativni dokument razvoja bolnica. Na osnovi dostupnih podataka i informacija teško je vrednovati mjere i aktivnosti koje je Ministarstvo zdravlja provodilo proteklih godina u pogledu razvoja i unapređenja poslovanja bolnica. Naime, unutar Ministarstva zdravlja nije postojala središnja baza podataka i informacija o bolničkom sustavu. Tu bazu uspostaviti će Ministarstvo zdravlja dijelom kroz Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite nakon prihvaćanja ovog Nacionalnog plana. Da bi se to ostvarilo, ključno je razviti informacijski sustav, odnosno središnju bazu koja bi uz Nacionalni registar pratila rezultate i učinke svih mjera i aktivnosti koje se provode u sustavu zdravstva, a posebno Nacionalnog plana. Podatke i informacije trenutačno prikupljaju različiti dionici zdravstvenog sustava, različitom dinamikom te često ti podaci nisu bez posebnih zahtjeva istodobno dostupni svim dionicima.

Primjereno upravljanje procesom provedbe Nacionalnog plana najvažniji je dio cjelokupnoga Nacionalnog plana. Ključni dionici provedbe Nacionalnog plana jesu:

- uprave bolnica,
- Ministarstvo zdravlja,
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje,
- Ostale strane zainteresirane za provođenje određenih mjera Nacionalnog plana (stručna društva, profesionalne udruge, udruge pacijenata, strukovne komore i drugi).

S obzirom na to, potrebno je voditi računa o:

- kvalitetnoj komunikaciji između svih ključnih dionika provedbe Nacionalnog plana,
- jasnom definiranju zadataka, aktivnosti i rokova njihova izvršenja od svih dionika,
- prikladnom informacijskom sustavu za kontrolu procesa provedbe Nacionalnog plana,
- definiranju jasnih uputa provedbe Nacionalnog plana,
- jasnom definiranju odgovornosti ključnih dionika za provedbu Nacionalnog plana.

Komunikacijski proces provedbe Nacionalnog plana treba započeti s edukacijom ključnih dionika s ciljem prihvaćanja i pozicioniranja Nacionalnog plana. U cilju toga već su u nekoliko navrata komunicirani ključni čimbenici promjena nacionalnog plana s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima zdravstvenih ustanova. Potrebno je kontinuirano provjeravati razumijevanje ciljeva Nacionalnog plana, razine njegovog prihvaćanja i informirati sve o ostvarenim rezultatima. Ključni je preduvjet uspješne provedbe Nacionalnog plana osigurati svim radnicima ključnih dionika sve relevantne informacije kako bi razumjeli Nacionalni plan te tako učinkovitije obavljali svoje aktivnosti odnosno prilagođavali ih fazama provedbe Nacionalnog plana. Komunikacijski proces nije bitan samo zbog razumijevanja Nacionalnog plana od ključnih dionika te dijeljenja informacija nego i zbog oblikovanja klime potpore i prihvaćanja Nacionalnog plana, odnosno postizanja općeg konsenzusa važnog za pitanje razvoja svih segmenata zdravstvenog sustava (eng. management of change).

8.2. Izrada projekata provedbe Nacionalnog plana

Nacionalni plan provodi se na svim razinama ustrojstvenih jedinica bolnica, odnosno, u njegovu su provedbu uključeni svi radnici bolnica. Za implementaciju nacionalnog plana odgovorni su ravnatelji/sanacijski upravitelji bolnica. Imajući na umu širinu procesa i potrebu upravljanja promjenama, potrebno je osigurati da svi sudionici procesa provedbe Nacionalnog plana odnosno radnici bolnica prilagode svoje radne navike, ponašanje, stajališta i razmišljanja novom obrascu ponašanja i rada, odnosno pružanja zdravstvenih usluga koji zahtijeva provedba Nacionalnog plana. Uspješnost procesa provedbe Nacionalnog plana ovisit će o razini prihvaćanja i motivaciji za provođenje promjena. Ta činjenica također potencira važnost komunikacijskog procesa opisanog u poglavlju 8.1. Treba voditi računa o tome kakav utjecaj na razinu prihvaćanja promjena ima razumijevanje osnovnih elemenata i posljedica koje će promjene uzrokovane provedbom Nacionalnog plana izazvati u radu svih radnika.

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 prethodnom poglavlju (7.1. i 7.2.) ovog Nacionalnog plana a isti treba detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse za postizanje specifičnih mjera potrebnih za ostvarenje ciljeva definiranih Nacionalnim planom. U 2015. godini to su:

- smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za 5%,
- prosječnu stopu popunjenosti kreveta 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 iste projekte trebaju iskomunicirati sa svim radnicima. 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.

Uprave bolnica obvezne su najmanje tromjesečno, a prema potrebi i češće, izvještavati Ministarstvo zdravlja o napretku u provedbi odobrenog projekta, neovisno o izvješćima naturalnih pokazatelja te financijskim izvješćima provedbe Nacionalnog plana koja se dostavljaju HZZO-u opisanim u poglavlju 7.3. Ministarstvo zdravlja će u okviru svojih ovlasti pružati potrebnu potporu u provedbi i pratiti ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana. Projekt provedbe Nacionalnog plana predstavljat će organizirani prikaz osnovnih ciljeva, aktivnosti, potrebnih resursa, izvršitelja, rokova i njihovih međusobnih odnosa. Uspjeh ukupne provedbe Nacionalnog plana u velikoj mjeri ovisi o kvaliteti svakoga pojedinog projekta provedbe na razini jedne bolnice ili skupine funkcionalno integriranih bolnica.

Do 30.6.2015. godine uprave bolnica dužne su dostaviti projekt provedbe nacionalnog plana za 2016. godinu po specifičnim mjerama navedenim u poglavlju 2.2. Do istog datuma, uprave bolnica kod kojih

se planira funkcionalna integracija definirana u poglavlju 5, dužne su napraviti projekt provedbe na osnovu konzultacija koje su obavili u Ministarstvu zdravlja tijekom srpnja i kolovoza 2014. godine. Funkcionalna integracija nije uvjet nego metoda za ostvarenje mjera koje su potrebne za postizanje ciljeva Nacionalnog plana u okviru zakonskih i podzakonskih akata. Funkcionalna integracija trebala bi započeti 1.1.2016. godine. Ministarstvo zdravlja će projekte funkcionalne integracije ocijeniti i predložiti promjene ukoliko budu potrebne a po prihvaćanju projekta provedbe isti će služiti kao osnova za prilagodbu Nacionalnog registra te predstavljati osnovu za ugovaranje s HZZO-om za 2016. godinu.

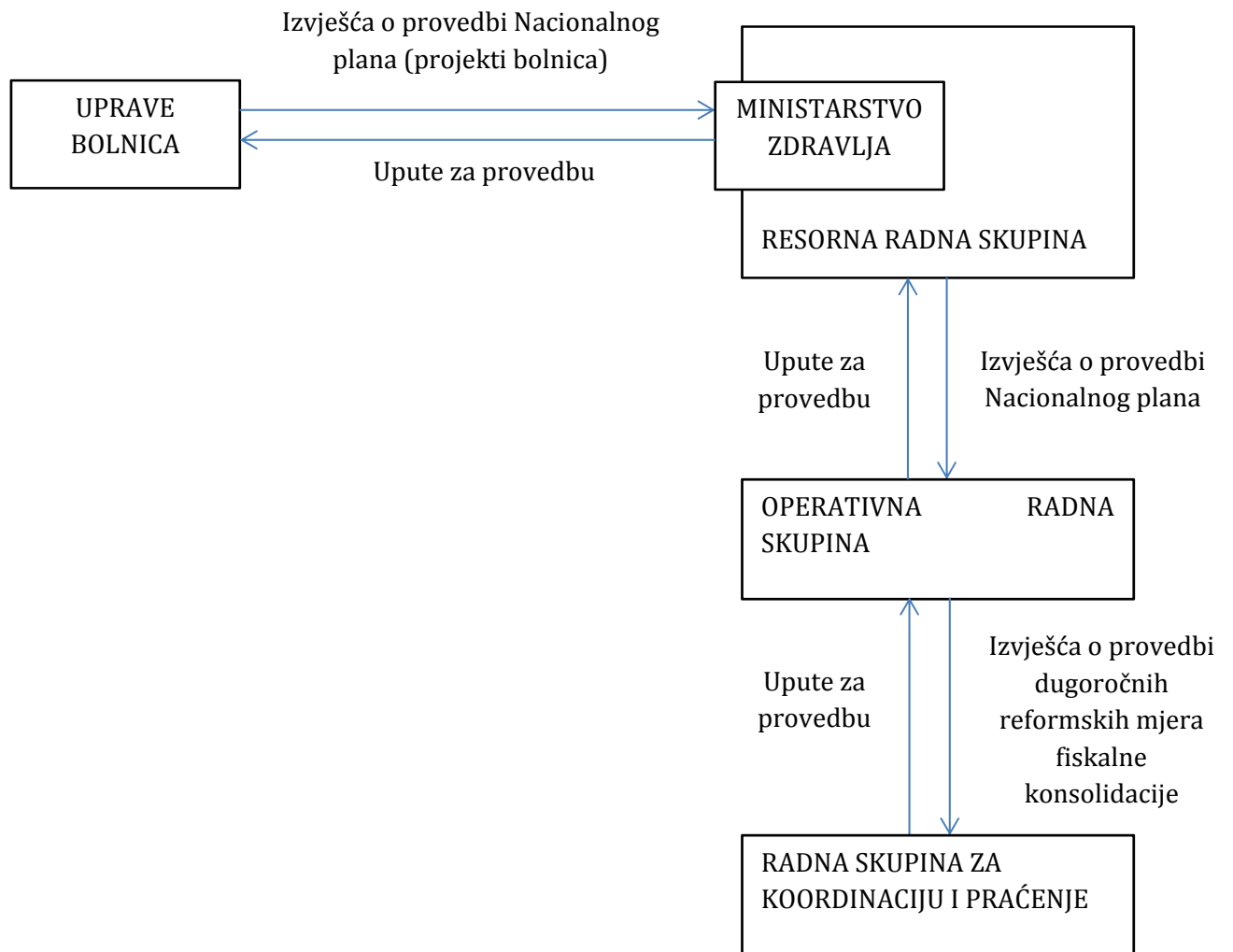
Zaključno, projekti provedbe Nacionalnog plana trebali bi pridonijeti razumijevanju i prihvaćanju Nacionalnog plana, povećanju motivacije radnika utvrđenim prednostima provedbe Nacionalnog plana, poboljšanju i stvaranju pozitivne organizacijske klime te povećanju učinkovitosti rada. Trebaju uključiti prikaz ciljeva i učinaka na što jednostavniji i razumljiviji način, definirati osnovne zadatke, aktivnosti i odluke nužne za provedbu Nacionalnog plana te razinu odgovornosti, rokove i drugo. Pri tome, bolnice posebno moraju voditi računa o kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite, njenoj učinkovitosti; kao i sagledati ostale preduvjete pružanja zdravstvene zaštite (mogućnosti pružanja pojedinih zdravstvenih usluga s obzirom na opremu kojom raspolažu, trenutno stanje prostornih kapaciteta i slično).

8.3. Sustav izvještavanja o provedbi Nacionalnog plana

S obzirom na to da je Nacionalni plan jedna od ključnih mjera predviđenih Projektnim planom provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2016., provedba Nacionalnog plana pratit će se onako kako je opisano u tom Projektnom planu. Resorna radna skupina čiji su članovi predstavnici Ministarstva zdravlja i drugih tijela mjerodavnih za provedbu Nacionalnog plana šalje izvješća Operativnoj radnoj skupini za projektnu provedbu pojedinih reformskih i drugih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2016. godine. Redovita izvješća odnose se na aktualne aktivnosti predviđene Projektnim planom, a izvanredna izvješća sadržavaju saznanja i informacije koje utječu na provedbu mjere, primjerice, pojava rizičnog događaja, kašnjenja u provedbi određene aktivnosti, informacije dobivene od trećih strana koje utječu na provedbu mjere, relevantni prijedlozi ili komentari u odnosu na provedbu mjere koji nisu predmet redovitih izvješća te promjene u organizaciji ili sastavu Resorne radne skupine.

Operativna radna skupina sastavlja i podnosi cjelovita izvješća Radnoj skupini za koordinaciju i praćenje provedbe reformskih i drugih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2016. Radna skupina kao koordinacijsko tijelo proučava i procjenjuje dostavljena izvješća te daje sistematizirane i precizne upute za daljnji rad koje se putem Operativne radne skupine dostavljaju voditelju i članovima Resorne radne skupine. Upute se zasnivaju na aktivnostima i rokovima određenima Projektnim planom i/ili definiranim na sjednicama koordinacijskog tijela odnosno Radne skupine (slika 1).

Slika 1. Praćenje provedbe Nacionalnog plana



Prilog 1. Ocjena stanja

Opći podaci o regijama zdravstvenog planiranja

Tablica 1. Opći podaci o regijama zdravstvenog planiranja

Regija	Površina (km ²)	Broj stanovnika (2011.)	Gustoća naseljenosti (stanovnika/km ²)	Broj bolnica	Ukupna površina objekata u bolnicama (m ²)	Broj postelja za akutno liječenje na dan 1. 3. 2014.	Broj stolaca/postelja u dnevnicama na dan 1. 3. 2014.	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb na dan 1. 3. 2014.	Broj zaposlenih u bolnicama (na dan 1. 3. 2014.)	Oprema (CT) ⁸	Oprema (MR)	Oprema (LA)
Grad Zagreb ⁹	641	790.017	1.232,48	7	128.489	4.995	681	0	14.040	23	11	9
Središnja i sjeverna regija ¹⁰	18.762	1.276.939	68,06	8	243.857	2.806	460	564	6.764	9	1	0
Istočna regija	12.486	805.998	64,55	7	319.925	3.112	652	79	7.831	11	5	2
Južna regija	12.951	856.758	66,15	5	232.866	2.692	358	185	6.288	10	4	2
Zapadna regija	11.754	555.177	47,23	4	131.119	1.902	270	0	5.015	6	3	2
UKUPNO	56.594	4.284.889	75,71	31	1.056.256	15.507	2.421	828	39.938	59	24	15

Izvor: Državni zavod za statistiku; Zdravstvene ustanove; Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

CT – kompjutorizirana tomografija

MR – magnetska rezonancija

LA – linearni akcelerator

⁸ U broj CT uređaja uračunati su i CT simulatori.

⁹ podaci za Središnju i sjevernu regiju prikazani su zasebno za Grad Zagreb i ostatak regije.

¹⁰ podaci za Središnju i sjevernu regiju prikazani su bez podataka za Grad Zagreb.

Broj i struktura zaposlenih u bolnicama po regijama zdravstvenog planiranja

Grad Zagreb

Tablica 2. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Grada Zagreba na dan 1. 3. 2014.

	Zdravstveni radnici	Nezdravstveni radnici	Ukupno zaposleni	Udio zdravstvenih radnika (%)
Klinički bolnički centar Zagreb	3.993	1.089	5.082	79%
Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“	2.460	925	3.385	73%
Klinička bolnica Dubrava	1.388	472	1.860	75%
Klinička bolnica „Merkur“	783	295	1.078	73%
Klinička bolnica „Sveti Duh“	1.027	376	1.403	73%
Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“	425	202	627	68%
Klinika za dječje bolesti Zagreb	469	136	605	78%
Ukupno Grad Zagreb	10.545	3.495	14.040	75%

Izvor: Zdravstvene ustanove.

Središnja i sjeverna regija (bez Grada Zagreba)

Tablica 3. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Središnje i sjeverne regije (bez Grada Zagreba) na dan 1. 3. 2014.

	Zdravstveni radnici	Nezdravstveni radnici	Ukupno zaposleni	Udio zdravstvenih radnika (%)
Županijska bolnica Čakovec	604	187	791	76%
Opća bolnica Bjelovar	576	211	787	73%
Opća bolnica Karlovac	624	217	841	74%
Opća bolnica Varaždin	1.122	470	1.592	70%
Opća bolnica Zabok	480	144	624	77%
Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak	676	339	1.015	67%
Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica	579	233	812	71%
Opća bolnica Ogulin	218	84	302	72%
Ukupno Središnja i sjeverna regija	4.879	1.885	6.764	72%

Izvor: Zdravstvene ustanove.

Istočna regija

Tablica 4. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Istočne regije na dan 1. 3. 2014.

	Zdravstveni radnici	Nezdravstveni radnici	Ukupno zaposleni	Udio zdravstvenih radnika (%)
Klinički bolnički centar Osijek	2.176	908	3.084	71%
Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod	1.114	414	1.528	73%
Opća županijska bolnica Požega	596	217	813	73%
Opća bolnica Virovitica	457	194	651	70%
Opća županijska bolnica Našice	288	108	396	73%
Opća županijska bolnica Vukovar	414	156	570	73%
Opća županijska bolnica Vinkovci	568	221	789	72%
Ukupno Istočna regija	5.613	2.218	7.831	72%

Izvor: Zdravstvene ustanove.

Južna regija

Tablica 5. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Južne regije na dan 1. 3. 2014.

	Zdravstveni radnici	Nezdravstveni radnici	Ukupno zaposleni	Udio zdravstvenih radnika (%)
Klinički bolnički centar Split	2.358	824	3.182	74%
Opća bolnica Zadar	920	272	1.192	77%
Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin	158	73	231	68%
Opća bolnica Dubrovnik	625	217	842	74%
Opća bolnica Šibensko-kninske županije	634	207	841	75%
Ukupno Južna regija	4.695	1.593	6.288	75%

Izvor: Zdravstvene ustanove.

Zapadna regija

Tablica 6. Broj i struktura zaposlenih u bolnicama Zapadne regije na dan 1. 3. 2014.

	Zdravstveni radnici	Nezdravstveni radnici	Ukupno zaposleni	Udio zdravstvenih radnika (%)
Klinički bolnički centar Rijeka	2.296	1.014	3.310	69%
Klinika za ortopediju Lovran	158	60	218	72%
Opća bolnica Pula	894	372	1.266	71%
Opća bolnica Gospić	162	59	221	73%
Ukupno Zapadna regija	3.510	1.505	5.015	70%

Izvor: Zdravstvene ustanove.

Posteljni kapaciteti bolnica ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. po regijama zdravstvenog planiranja¹¹

Grad Zagreb

Tablica 7. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Zagreb

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	460	91	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	65	0	0
Dermatologija i venerologija	61	5	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	54	0	0
Neurologija	114	23	0
Psihijatrija	79	145	0
Pedijatrija	188	24	0
Opća kirurgija	227	10	0
Dječja kirurgija	30	5	0
Neurokirurgija	50	2	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	39	5	0
Ortopedija i traumatologija	109	0	0
Otorinolaringologija	60	3	0
Oftalmologija i optometrija	66	3	0
Ginekologija i opstetricija	303	16	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	2	0
UKUPNO	1.905	334	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

¹¹ Posteljni kapaciteti iz djelatnosti anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine kao udio uračunati su u ukupne posteljne kapacitete.

Tablica 8. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	204	39	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	197	0	0
Dermatologija i venerologija	31	8	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	30	2	0
Neurologija	70	13	0
Psihijatrija	57	45	0
Pedijatrija	60	18	0
Opća kirurgija	278	17	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	33	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	28	6	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	66	5	0
Oftalmologija i optometrija	45	4	0
Ginekologija i opstetricija	108	11	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	3	0
Nuklearna medicina	0	10	0
Transfuzijska medicina	0	2	0
UKUPNO	1.207	183	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 9. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica Dubrava

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	196	29	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	48	3	0
Psihijatrija	30	24	0
Pedijatrija	0	0	0
Opća kirurgija	140	2	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	24	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	72	0	0
Urologija	24	5	0
Ortopedija i traumatologija	24	0	0
Otorinolaringologija	24	0	0
Oftalmologija i optometrija	18	2	0
Ginekologija i opstetricija	0	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	600	65	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 10. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica „Merkur“

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	127	33	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	0	0	0
Opća kirurgija	93	6	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	2	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	31	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	85	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	346	41	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Tablica 11. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinička bolnica „Sveti Duh“

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	140	7	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	40	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	0	0	0
Opća kirurgija	97	1	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	32	0	0
Ortopedija i traumatologija	33	1	0
Otorinolaringologija	25	1	0
Oftalmologija i optometrija	25	1	0
Ginekologija i opstetricija	108	1	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	2	0
UKUPNO	500	14	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 12. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	0	0	0
Infektologija	232	18	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	0	0	0
Opća kirurgija	0	0	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	0	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	232	18	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 13. Posteljni kapaciteti bolnica u Gradu Zagrebu ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za dječje bolesti Zagreb

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	0	0	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	90	22	0
Opća kirurgija	0	0	0
Dječja kirurgija	105	5	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	10	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	0	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	205	27	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Središnja i sjeverna regija (bez Grada Zagreba)

Tablica 14. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Županijska bolnica Čakovec

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produljeno, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	97	11	0
Infektologija	10	3	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	20	3	0
Psihijatrija	29	0	0
Pedijatrija	25	6	0
Opća kirurgija	94	1	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	14	1	0
Oftalmologija i optometrija	10	0	0
Ginekologija i opstetricija	52	3	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	351	28	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Tablica 15. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Bjelovar

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produljeno, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	97	17	0
Infektologija	10	2	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	25	5	0
Psihijatrija	29	20	0
Pedijatrija	20	2	0
Opća kirurgija	64	4	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	15	3	0
Ortopedija i traumatologija	15	3	0
Otorinolaringologija	14	1	0
Oftalmologija i optometrija	10	2	0
Ginekologija i opstetricija	38	2	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	337	61	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 16. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Karlovac

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	115	8	0
Infektologija	13	4	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	30	5	0
Psihijatrija	30	55	0
Pedijatrija	18	6	0
Opća kirurgija	120	6	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	12	1	0
Ortopedija i traumatologija	10	0	0
Otorinolaringologija	18	1	0
Oftalmologija i optometrija	12	0	0
Ginekologija i opstetricija	51	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	429	86	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 17. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Varaždin

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	170	12	0
Infektologija	14	10	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	30	1	0
Psihijatrija	42	20	0
Pedijatrija	32	6	0
Opća kirurgija	110	3	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	15	1	0
Ortopedija i traumatologija	15	1	0
Otorinolaringologija	20	2	0
Oftalmologija i optometrija	15	1	0
Ginekologija i opstetricija	75	2	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Kronične plućne bolesti	0	0	211
Dugotrajno liječenje	0	0	263
Palijativna skrb	0	0	37
UKUPNO	538	59	511

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 18. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Zabok

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	90	5	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	25	1	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	20	3	0
Opća kirurgija	75	6	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	39	5	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	249	20	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 19. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	148	10	0
Infektologija	12	3	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	26	2	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	24	4	0
Opća kirurgija	106	5	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	1	0
Ortopedija i traumatologija	10	1	0
Otorinolaringologija	17	3	0
Oftalmologija i optometrija	12	3	0
Ginekologija i opstetricija	61	4	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	25
Palijativna skrb	0	0	8
UKUPNO	426	36	33

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 20. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	103	80	0
Infektologija	10	2	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	23	5	0
Psihijatrija	29	30	0
Pedijatrija	18	2	0
Opća kirurgija	92	11	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	14	1	0
Otorinolaringologija	14	10	0
Oftalmologija i optometrija	10	2	0
Ginekologija i opstetricija	46	6	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	359	149	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 21. Posteljni kapaciteti bolnica u Središnjoj i sjevernoj regiji (bez Grada Zagreba) ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Ogulin

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	56	5	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	5	0
Pedijatrija	10	0	0
Opća kirurgija	37	0	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	5	0
Oftalmologija i optometrija	0	5	0
Ginekologija i opstetricija	14	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	15
Palijativna skrb	0	0	5
UKUPNO	117	20	20

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Istočna regija

Tablica 22. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Osijek

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	210	29	0
Infektologija	34	8	0
Onkologija i radioterapija	57	13	0
Dermatologija i venerologija	23	4	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	30	0	45
Neurologija	68	15	0
Psihijatrija	81	25	0
Pedijatrija	96	40	0
Opća kirurgija	185	10	0
Dječja kirurgija	0	2	0
Neurokirurgija	25	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	22	0	0
Urologija	38	5	0
Ortopedija i traumatologija	42	0	0
Otorinolaringologija	39	4	0
Oftalmologija i optometrija	35	0	0
Ginekologija i opstetricija	130	10	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	4	0
UKUPNO	1.115	169	45

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 23. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	171	13	0
Infektologija	16	2	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	12	1	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	10	0	0
Neurologija	42	4	0
Psihijatrija	50	29	0
Pedijatrija	48	11	0
Opća kirurgija	166	5	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	12	1	0
Ortopedija i traumatologija	16	1	0
Otorinolaringologija	22	1	0
Oftalmologija i optometrija	15	0	0
Ginekologija i opstetricija	91	10	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	1	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	671	79	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 24. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Požega

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	107	7	0
Infektologija	10	2	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	1	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	18	1	0
Psijhijatrija	18	2	0
Pedijatrija	25	7	0
Opća kirurgija	95	6	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	2	0
Ortopedija i traumatologija	10	1	0
Otorinolaringologija	10	1	0
Oftalmologija i optometrija	10	1	0
Ginekologija i opstetricija	52	3	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	34
UKUPNO	365	34	34

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 25. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Virovitica

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	84	11	0
Infektologija	10	4	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	19	5	0
Psijhijatrija	20	45	0
Pedijatrija	18	5	0
Opća kirurgija	92	5	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	10	0	0
Oftalmologija i optometrija	10	0	0
Ginekologija i opstetricija	37	5	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	300	80	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 26. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Našice

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	40	7	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	10	20	0
Pedijatrija	15	6	0
Opća kirurgija	50	5	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	5	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	25	4	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	150	47	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 27. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Vukovar

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	40	22	0
Infektologija	0	8	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	2	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	18	8	0
Psihijatrija	22	45	0
Pedijatrija	12	22	0
Opća kirurgija	34	16	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	16	0
Ortopedija i traumatologija	0	12	0
Otorinolaringologija	0	6	0
Oftalmologija i optometrija	0	4	0
Ginekologija i opstetricija	24	12	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	150	173	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 28. Posteljni kapaciteti bolnica u Istočnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća županijska bolnica Vinkovci

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	94	7	0
Infektologija	12	1	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	20	4	0
Psihijatrija	35	40	0
Pedijatrija	20	8	0
Opća kirurgija	70	4	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	1	0
Ortopedija i traumatologija	10	0	0
Otorinolaringologija	17	1	0
Oftalmologija i optometrija	10	0	0
Ginekologija i opstetricija	63	4	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	361	70	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Južna regija

Tablica 29. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Split

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	357	30	0
Infektologija	40	4	0
Onkologija i radioterapija	55	10	0
Dermatologija i venerologija	22	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	30	1	39
Neurologija	77	6	0
Psihijatrija	98	60	0
Pedijatrija	110	12	0
Opća kirurgija	294	6	0
Dječja kirurgija	35	1	0
Neurokirurgija	45	1	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	32	5	0
Ortopedija i traumatologija	45	0	0
Otorinolaringologija	50	5	0
Oftalmologija i optometrija	50	3	0
Ginekologija i opstetricija	160	13	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	1.500	157	39

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 30. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Zadar

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	139	31	0
Infektologija	14	6	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	10	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	27	3	0
Psihijatrija	25	15	0
Pedijatrija	28	6	0
Opća kirurgija	110	5	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	20	2	0
Ortopedija i traumatologija ¹²	30	0	0
Otorinolaringologija	23	2	0
Oftalmologija i optometrija	15	2	0
Ginekologija i opstetricija	72	5	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	513	77	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 31. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	20	2	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	10	1	0
Opća kirurgija	18	2	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	12	2	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	80
Palijativna skrb	0	0	36
UKUPNO	60	7	116

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

¹² Na lokaciji Specijalne bolnice za ortopediju Biograd na Moru.

Tablica 32. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Dubrovnik

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	87	19	0
Infektologija	10	4	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	6	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	20	2	0
Psihijatrija	27	20	0
Pedijatrija	20	4	0
Opća kirurgija	71	10	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	2	0
Ortopedija i traumatologija	10	1	0
Otorinolaringologija	14	1	0
Oftalmologija i optometrija	10	2	0
Ginekologija i opstetricija	44	2	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	30
UKUPNO	323	73	30

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 33. Posteljni kapaciteti bolnica u Južnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Šibensko-kninske županije

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	83	15	0
Infektologija	10	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	24	2	0
Psihijatrija	30	19	0
Pedijatrija	18	6	0
Opća kirurgija	64	2	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	10	0	0
Otorinolaringologija	12	0	0
Oftalmologija i optometrija	11	0	0
Ginekologija i opstetricija	34	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	296	44	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Zapadna regija

Tablica 34. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinički bolnički centar Rijeka

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	279	40	0
Infektologija	25	5	0
Onkologija i radioterapija	40	10	0
Dermatologija i venerologija	20	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	41	10	0
Neurologija	62	10	0
Psihijatrija	83	62	0
Pedijatrija	79	21	0
Opća kirurgija	210	4	0
Dječja kirurgija	24	5	0
Neurokirurgija	33	2	0
Maksilofacijalna kirurgija	20	0	0
Urologija	33	5	0
Ortopedija i traumatologija	10	0	0
Otorinolaringologija	37	0	0
Oftalmologija i optometrija	35	5	0
Ginekologija i opstetricija	160	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	1.191	179	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 35. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Klinika za ortopediju Lovran

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje
Interna medicina	0	0	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	0	0
Psihijatrija	0	0	0
Pedijatrija	0	0	0
Opća kirurgija	0	0	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	101	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	0	0	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
UKUPNO	101	0	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 36. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Pula

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	145	19	0
Infektologija	16	4	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	32	3	0
Psihijatrija	35	26	0
Pedijatrija	32	20	0
Opća kirurgija	130	2	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	10	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	20	2	0
Oftalmologija i optometrija	16	0	0
Ginekologija i opstetricija	70	7	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	506	83	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Tablica 37. Posteljni kapaciteti bolnica u Zapadnoj regiji ugovoreni s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 1. 3. 2014. – Opća bolnica Gospić

	Broj akutnih postelja	Broj stolaca/postelja dnevne bolnice	Broj postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te palijativnu skrb
Interna medicina	30	2	0
Infektologija	0	0	0
Onkologija i radioterapija	0	0	0
Dermatologija i venerologija	0	0	0
Fizikalna medicina i rehabilitacija	0	0	0
Neurologija	0	1	0
Psihijatrija	16	0	0
Pedijatrija	10	2	0
Opća kirurgija	34	1	0
Dječja kirurgija	0	0	0
Neurokirurgija	0	0	0
Maksilofacijalna kirurgija	0	0	0
Urologija	0	0	0
Ortopedija i traumatologija	0	0	0
Otorinolaringologija	0	0	0
Oftalmologija i optometrija	0	0	0
Ginekologija i opstetricija	14	2	0
Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medicina	0	0	0
Dugotrajno liječenje	0	0	0
Palijativna skrb	0	0	0
UKUPNO	104	8	0

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Naturalni pokazatelji bolnica po kategorijama¹³

Tablica 38. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica I. kategorije¹⁴

Djelatnost	Broj postelja po liječniku	Broj hospitalizacija po liječniku	Prosječno trajanje boravka u bolnici (dani)	Prosječna stopa popunjenosti postelja (%)	Broj specijalističko-konzilijarnih slučajeva po liječniku	Broj slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici
Opća interna medicina	1,5 – 4,0	58,4 – 108,2	6,2 – 10,5	62 – 96	827 – 1767	3533 – 18829
Onkologija i radioterapija	1,4 – 17,9	51,1 – 155,4	4,3 – 13,5	18 – 99	179 – 2303	519 – 3424
Neurologija	2,1 – 3,6	41,3 – 79,9	8,5 – 12,4	41 – 83	765 – 1748	82 – 1489
Pedijatrija	2,3 – 4,6	65,6 – 144,4	6,6 – 10,4	52 – 81	47 – 1596	434 – 2096
Opća kirurgija	3,0 – 4,5	74,2 – 158,6	6,4 – 9,1	52 – 85	790 – 1635	1895 – 2523
Ortopedija i traumatologija	1,7 – 7,0	52,5 – 153,0	6,7 – 11,7	46 – 79	1543 – 3521	N/P
Oftalmologija i optometrija	1,7 – 2,3	99,3 – 162,3	2,2 – 4,1	33 – 71	2639 – 3510	70 – 137
Ginekologija i opstetricija	3,4 – 6,3	149,5 – 199,3	3,9 – 6,4	43 – 80	616 – 1358	91 – 963

Izvor: Ministarstvo zdravlja (2014.), studija „Glavno planiranje bolnica“.

Tablica 39. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica II. kategorije¹⁵

Djelatnost	Broj postelja po liječniku	Broj hospitalizacija po liječniku	Prosječno trajanje boravka u bolnici (dani)	Prosječna stopa popunjenosti postelja (%)	Broj specijalističko-konzilijarnih slučajeva po liječniku	Broj slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici
Opća interna medicina	2,4 – 4,3	68,2 – 125,5	8,2 – 11,9	57 – 76	86 – 1757	268 – 7371
Onkologija i radioterapija	N/P	N/P	N/P	N/P	851 - 6949	N/P
Neurologija	2,3 – 5,0	51,0 – 131,5	7,2 – 10,4	56 – 107	1054 – 1933	101 – 899
Pedijatrija	2,2 – 6,4	16,1 – 138,6	4,9 – 8,4	50 – 85	1016 – 2123	472 – 3826
Opća kirurgija	3,2 – 4,8	97,5 – 140,2	6,8 – 9,4	44 – 78	842 – 1620	52 – 823
Ortopedija i traumatologija	1,8 – 3,7	54,7 – 128,6	5,8 – 9,4	40 – 116	1200 – 2625	N/P
Oftalmologija i optometrija	1,3 – 2,0	66,0 – 161,5	1,8 – 3,7	24 – 57	2572 – 3063	239 – 378
Ginekologija i opstetricija	3,6 – 6,4	101,1 – 284,9	3,9 – 6,1	38 – 70	437 – 1282	83 – 1177

Izvor: Ministarstvo zdravlja (2014.), studija „Glavno planiranje bolnica“.

¹³ Bolnice koje su pripojene od 1. siječnja 2014. godine u usporedbama su analizirane zasebno. Primjerice, Opća bolnica Varaždin bez Specijalne bolnice za kronične bolesti Novi Marof i Bolnice za plućne bolesti i TBC Klenovnik.

¹⁴ N/P = nije primjenjivo. Neke ustanove nemaju zabilježene slučajeve u dnevnim bolnicama pa je kao donji dio raspona prikazana najniža zabilježena vrijednost.

¹⁵ N/P = nije primjenjivo. Neke ustanove nemaju zabilježene slučajeve u dnevnim bolnicama pa je kao donji dio raspona prikazana najniža zabilježena vrijednost.

Tablica 40. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica III. kategorije¹⁶

Djelatnost	Broj postelja po liječniku	Broj hospitalizacija po liječniku	Prosječno trajanje boravka u bolnici (dani)	Prosječna stopa popunjenosti postelja (%)	Broj specijalističko-konzilijarnih slučajeva po liječniku	Broj slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici
Opća interna medicina	2,9 – 9,0	61,2 – 343,2	6,8 – 12,7	48 – 81	767 – 2342	114 – 4131
Onkologija i radioterapija	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P
Neurologija	2,5 – 4,5	62,4 – 143,0	7,3 – 12,2	57 – 86	831 – 2896	24 – 683
Pedijatrija	1,2 – 4,0	76,6 – 196,0	3,5 – 5,8	46 – 99	453 – 2276	12 – 2596
Opća kirurgija	3,1 – 6,8	72,6 – 183,5	5,0 – 7,6	35 – 68	930 – 1833	4 – 1858
Ortopedija i traumatologija	1,2 – 7,3	40,9 – 389,3	4,4 – 8,1	50 – 75	1199 – 4905	6 – 78
Oftalmologija i optometrija	1,4 – 3,3	35,7 – 183,3	1,9 – 4,1	16 – 53	1919 – 5417	7 – 284
Ginekologija i opstetricija	2,6 – 7,5	110,7 – 245,6	3,7 – 7,0	32 – 90	245 – 1253	14 – 878

Izvor: Ministarstvo zdravlja (2014.), studija „Glavno planiranje bolnica“.

Tablica 41. Raspon (minimalna – maksimalna vrijednost) ključnih pokazatelja kapaciteta i produktivnosti bolnica IV. kategorije¹⁷

Djelatnost	Broj postelja po liječniku	Broj hospitalizacija po liječniku	Prosječno trajanje boravka u bolnici (dani)	Prosječna stopa popunjenosti postelja (%)	Broj specijalističko-konzilijarnih slučajeva po liječniku	Broj slučajeva liječenih u dnevnoj bolnici
Opća interna medicina	1,4 – 13,8	42,8 – 323,0	6,9 – 8,9	48 – 85	497 – 1614	80 – 605
Onkologija i radioterapija	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P
Neurologija	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P
Pedijatrija	1,6 – 5,0	61,0 – 194,2	3,5 – 4,9	26 – 81	387 – 1085	136 – 495
Opća kirurgija	3,6 – 9,3	99,8 – 365,6	4,5 – 8,1	35 – 92	716 – 2598	5 – 35
Ortopedija i traumatologija	N/P	N/P	N/P	N/P	0 – 2497	N/P
Oftalmologija i optometrija	N/P	N/P	N/P	N/P	1941 – 4816	N/P
Ginekologija i opstetricija	2,4 – 8,7	100,8 – 344,5	3,7 – 6,4	29 – 72	194 – 1541	20 – 122

Izvor: Ministarstvo zdravlja (2014.), studija „Glavno planiranje bolnica“.

¹⁶ N/P = nije primjenjivo. Neke ustanove nemaju zabilježene slučajeve u dnevnim bolnicama pa je kao donji dio raspona prikazana najniža zabilježena vrijednost.

¹⁷ N/P = nije primjenjivo. Neke ustanove nemaju zabilježene slučajeve u dnevnim bolnicama pa je kao donji dio raspona prikazana najniža zabilježena vrijednost.

