

tjelesnu masu i debljinu. Na nacionalnoj razini je problem debljine veći u dječaka nego u djevojčica te iznosi 17,8% u odnosu na 11,9% u djevojčica. Također, svako treće dijete ima povećan rizik da u odrasloj dobi također ima problem prekomjerne tjelesne mase i debljine, što posljedično znači veći rizik oboljenja od kronično nezaraznih bolesti te time teret za zdravstveni sustav.

Na razini RH, mapiranjem je, u gotovo svim županijama uočena potreba za jačanjem preventivnih programa i uključivanjem neprofitnih organizacija i udruga u provedbu preventivnih aktivnosti. Prevencija se svodi na pojedinačne pokušaje, osim u iznimkama državnih programa preventivnih pregleda dojki, vrata maternice, debelog crijeva i pluća, stoga postoji snažna potreba za boljom prevencijom koja bi znatno i na dugi rok smanjila troškove liječenja i poboljšala finalne ishode. Odaziv stanovništva na sudjelovanje u preventivnim programima uglavnom je slab, međutim značajniji pozitivni ishodi, kao u slučaju državnih programa preventivnih pregleda ukazuju da se ciljanim i dobro osmišljenim programima može motivirati građane da vode brigu o svojem zdravlju.

Ad 1. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Na temelju prethodno spomenutih, tj. uočenih problema u sustavu zdravstvene zaštite, te sukladno preporukama Country Reporta za 2019. i 2020. godinu, ulagat će se u poboljšanje zdravlja građana tijekom cijelog života.

U tu će se svrhu odgovoriti na izazove zdravstvenog sustava kroz podupiranje aktivnosti usmjerenih na širu javnost ili na određene skupine osoba ili stručnjaka, u cilju promicanja prevencije bolesti i promicanja zdravog načina života, suzbijanje pogrešnih informacija i dezinformacija u pogledu prevencije, uzroka i liječenja bolesti, rješavanje problema neodlučnosti u vezi s cijepljenjem i podupiranje napora za jačanje altruističnog ponašanja, kao što su donacije organa i krvi.

Kako bismo unaprijedili zdravstvene ishode, zdravstveni status populacije, smanjili stope pobola od kroničnih nezaraznih bolesti unutar Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021.-2027. (u daljnjem tekstu: NPRZ) definirano je više mjera usmjerenih na promociju zdravlja, jačanje zdravih životnih navika kao i podizanju svijesti stanovništva o važnosti sekundarne prevencije odnosno ranom otkrivanju bolesti i ranoj intervenciji. Promicanjem zdravih životnih navika i mjerama prevencije vodećih uzroka pobola i smrtnosti (kronične nezarazne bolesti, mentalni poremećaji i ozljede) teži se povećanju očekivanog trajanja života, ali i kvalitete života povećanjem broja godina zdravog života odnosno godina bez bolesti i/ili invaliditeta. U tu svrhu djelovat će se na različitim razinama: od mjera na individualnoj razini, preko rizičnih

populacijskih skupina, do cijele zajednice. Ključ uspjeha su sveobuhvatne intervencije. Također, snažnije će se promovirati te iz temelja reformirati nacionalne programe ranog otkrivanja raka debelog crijeva, dojke, vrata maternice i pluća, kako bi postizali zadovoljavajuće stope odaziva. Potrebno je razviti bolji koordinacijski model koji bi usklađivao i unaprijeđivao preventivne mjere na razini pojedinaca i zajednice kako bi se riješio problem niske učinkovitosti preventivnih programa.

Ulaganje u prevenciju, kao jednu od ključnih aktivnosti koja će doprinijeti većoj kvaliteti života i poboljšanju ishoda liječenja, te kroz dulje razdoblje na smanjenje troškova liječenja, nastavak je financiranja iz razdoblja 2014.-2020. Kroz 2 otvorena poziva u sklopu Operativnog programa Učinkoviti ljudski potencijali 2014.-2020. (u daljnjem tekstu: OP OPULJP) financirane su aktivnosti promocije zdravlja i prevencije bolesti, usmjerene na širok skup dionika, a zaprimljeno je preko 300 projektnih prijedloga u ukupnom iznosu većem od 150.000.000,00 HRK. Uz ova ulaganja, financiran je i nacionalni program Živjeti zdravo u iznosu većem od 30.000.000,00 HRK. Sredstva predviđena u razdoblju 2014.-2020. nisu bila dostatna za ovakve vrste aktivnosti, pa su predviđena sredstva za nova ulaganja veća od 265.000.000,00 HRK u sklopu ESF+ programa.

Ubrzano se razvijaju nove medicinske tehnologije uključujući i lijekovi, dok očekivanja javnosti u pogledu kvalitete liječenja rastu. Takav brz napredak donosi sve bolju zdravstvenu skrb, ali i rastuće financijske izdatke. Uvođenje novih modela skrbi za ključne zdravstvene izazove ima za cilj pravodobnu dijagnostiku, liječenje, rehabilitaciju i rehabilitaciju bolesnika koji se temelje na visokim etičkim i moralnim normama, a vođeni su znanstveno utemeljenim spoznajama, smjernicama i preporukama stručnih društava.

Uspostava novog modela skrbi za ključne zdravstvene izazove poput kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih, onkoloških, rijetkih bolesti, demencija i poremećaja svijesti te dijabetesa zahtijevat će jasno definiranu organizaciju liječenja kroz nacionalnu mrežu, te ključne kliničke smjernice i puteve pacijenata koji će odrediti konkretne korake u liječenju i prihvatljiva vremena čekanja. Time će se otvoriti mogućnost usporedbe, vrednovanja i unapređenja procesa skrbi s ciljem postizanja boljih zdravstvenih ishoda, povećanja učinkovitosti sustava i podizanja kvalitete skrbi. Poseban naglasak stavit će se na praćenje i objavu zdravstvenih ishoda pacijenata na razini ustanova i regija, uključujući ishode liječenja prijavljene od strane pacijenata.

Unaprijedit će se kliničke smjernice za liječenje bolesti, a uspostavom digitalnih platformi i sustava za edukaciju i komunikaciju s pacijentima uspostaviti će se portal pacijenta koji će osnažiti bolesnike kroz bolju informiranost o stanjima, potrebnim prilagodbama životnih navika,

moogućnostima liječenja, potrebnim dijagnostičkim i terapijskim zahvatima, njihova iskustva sa sustavom zdravstvene zaštite, te će olakšati komunikaciju s pružateljima skrbi.

Uspostavit će se regionalni centri izvrsnosti za podizanje kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenta u kojima se obavljaju najsloženije operacije na pacijentima. Na primjeru malignih bolesti to znači da će se onkološki pacijenti operirati i primati radioterapiju u regionalnim centrima izvrsnosti, dok kemoterapiju pacijent može primiti u zdravstvenoj ustanovi niže razine i koja je bliže mjestu prebivališta. Inicijalni plan liječenja svih pacijenta mora biti u skladu s prihvaćenim smjernicama i mora ga donijeti multidisciplinarni tim. Na ovaj način će se unaprijediti kontinuitet skrbi za pacijenta kroz bolju integraciju i koordinaciju zdravstvene zaštite od primarne, sekundarne do tercijarne i dugotrajne skrbi te će se pacijentu osigurati veća dostupnost zdravstvenih usluga. Cijeli proces koordinira obiteljski liječnik čija svrha je pratiti klinički put liječenja i oporavka pacijenta.

U okviru Nacionalnog plana oporavka i otpornosti 2021.-2026. (u daljnjem tekstu: NPOO) planirana su sredstva za nabavu opreme za prevenciju, dijagnostiku i liječenje osoba oboljelih od raka kojom će se ojačati centri izvrsnosti, oprema za uspostavu nacionalne onkološke mreže podataka kojom će se unaprijediti organizacija i integracija liječenja, sveobuhvatno praćenje, mjere i aktivnosti primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, liječenje malignih bolesti i optimizaciju zdravstvene skrbi za onkološke bolesnike, s ciljem smanjenja pojavnosti i smrtnosti od raka te produljenja i povećanja kvalitete života oboljelih od raka u RH na razinu zapadnoeuropskih zemalja. U poglavlju „*Učiniti zdravstveni sustav poželjnim mjestom za rad*“ potanko je opisan dio koji se odnosi na ulaganja u ljudske potencijale kako bi se osigurao dostatan broj zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, te ojačale njihove kompetencije i stručna znanja u svrhu odgovora na izazove u zdravstvu koji nas očekuju u narednom razdoblju.

Unaprijedit će se praćenje i objava zdravstvenih ishoda pacijenata na razini ustanova i regija, uključujući ishode koje su prijavili pacijenti. U sklopu projekta tehničke pomoći realiziranog kroz *Structural Reform Support Programme* (u daljnjem tekstu: SRSP) u suradnji s pružateljima tehničke pomoći Ministarstvo zdravstva (u daljnjem tekstu: MIZ) započelo je proces izrade okvira za mjerenje učinkovitosti zdravstva (*engl. Health System Performance Assessment - HSPA*), koji će doprinijeti uspostavi ključnih pokazatelja za mjerenje učinkovitosti prema utvrđenoj metodologiji, povezanih s postupkom povezivanja mjera s ciljevima zadanim u nacionalnim strateškim dokumentima i reformama, pravovremenošću podataka, te unaprijediti praćenje zdravstvenih ishoda. Na taj će se način omogućiti integracija politike i reformi u

sveukupan pregled učinkovitosti, što će MIZ-u i ključnim dionicima u sustavu zdravstva omogućiti praćenje provedbe reformi i osmišljavanje boljih politika temeljenih na dokazima. U cilju osnaživanja praćenja provedbe mjera za ostvarivanje zadanih ciljeva u aktima strateškog planiranja uvest će se sustav praćenja prema metodologiji HSPA. Prvo HSPA izvješće za RH služit će kao pomoćni alat u postizanju ciljanih vrijednosti.

2. IZAZOV: NEJEDNAKA ZEMLJOPISNA RASPOREĐENOST ZDRAVSTVENE INFRASTRUKTURE I LJUDSKIH RESURSA².

4,1% osoba starijih od 65 godina smatra kako njihove zdravstvene potrebe nisu zadovoljene, što je iznad prosjeka EU od 2,5%. Prema podacima iz 2019. godine, 0,7% osoba navodi da njihove potrebe za zdravstvenim uslugama nisu zadovoljene zbog udaljenosti, pri čemu je prosjek EU 0,1%. Iako se u 2019. godini broj doktora medicine sa zaposlenjem u zdravstvu povećao za 1,8% u odnosu na 2018., u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zabilježen je manjak liječnika, posebice u ruralnim područjima i na otocima. U odnosu na 2018. godinu, u 2019. godini broj liječnika specijalista u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ukupno je manji za 5,1%, od toga je broj specijalista obiteljske medicine manji za 4,7%, specijalista pedijatrije manji je za 7,1%, medicine rada manji za 8,8%, a školske medicine manji je za 10,0 %.

Prema broju doktora i osiguranika u djelatnosti obiteljske medicine, jedan tim skrbi u prosjeku za 1.820 osiguranika. U županijama nedostaje liječnika primarne zdravstvene skrbi, zbog čega u nekim županijama postojeći liječnici rade prekovremeno.

Kako je istaknuto u Country Reportu za 2019.godinu, broj liječnika primarne zdravstvene zaštite trenutačno je ispod prosjeka EU (17% svih doktora medicine u odnosu na 23% doktora medicine u EU), što predstavlja izrazito veliki problem u dostupnosti zdravstvene zaštite, a uočen je i povećani interes za ulaganje u edukaciju zdravstvenoga osoblja.

Primarna skrb je fragmentirana i nedovoljno iskorištena u usporedbi s bolničkom i izvanbolničkom skrbi. Prema podacima o popunjenosti mreže, na datum 30. rujna 2021. godine u djelatnosti obiteljske medicine ugovoreno je 2337 timova dok ih je, prema podacima potrebno 2452³.

² Smjernice za ulaganja financirana sredstvima iz kohezijske politike za razdoblje 2021.–2027. za RH (Prilog D Country Report za 2019.) ističu važnost uklanjanja geografskih prepreka u pristupu zdravstvenoj skrbi i jačanje radne snage u zdravstvenom sektoru.

³ <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>

U Brodsko-posavskoj županiji nedostaje 17 timova, u Varaždinskoj 13 timova, u Primorsko-goranskoj 9 timova, dok u Osječko-baranjskoj županiji nedostaje 8 timova. Gradu Zagrebu, iako je najveće središte pružatelja zdravstvene skrbi, u obiteljskoj medicini nedostaju čak 63 tima. Npr. mapiranjem potreba u zdravstvu na području Karlovačke županije uočeno je kako su pojedina područja udaljena 40-50 km od matične zdravstvene ustanove pa je dostupnost zdravstvene zaštite jako otežana.

Pružanje pedijatrijske skrbi na primarnoj razini također nije zadovoljavajuće. U nekim županijama popunjenost timova je dobra, dok u nekima nedostaje i po 8 timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece.

Prema podacima Mreže javne zdravstvene službe u ruralnim i depriviranim područjima, u odnosu na potreban broj timova, ukupno nedostaju 134 tima (59 u djelatnosti opće/obiteljske medicine, 22 u djelatnosti zdravstvene zaštite žena, 6 u djelatnosti mentalnoga zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, 22 u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece i 25 u djelatnosti zdravstvene zaštite školske djece i studenata).

Postojeći sustav hitne medicinske pomoći je preopterećen te je zbog geografskih specifičnosti RH, tj. slabe povezanosti manjih naselja, brdovitih i nepristupačnih područja i otoka, kao i zbog sve manjeg broja raspoloživih liječnika, nedostatan i nedovoljno učinkovit za pružanje brze i učinkovite hitne pomoći u okvirima „zlatnog sata” kao važnog čimbenika u spašavanju ljudskih života. U RH postoji veliko opterećenje izvanbolničke hitne medicinske službe intervencijama kod nehitnih pacijenata, tj. onih koji ne zahtijevaju hitnu medicinsku skrb već skrb drugih djelatnosti u zdravstvenom sustavu. Bolja organiziranost, dostupnost i povezanost primarne i hitne zdravstvene skrbi, te prilagodljivost hitne medicinske pomoći, posebice je ključna u turističkoj sezoni.

Prema podacima iz Registra djelatnika hitne medicinske službe u RH na dan 31. prosinca 2019. godine u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi radilo je 2.325 zdravstvenih djelatnika, od toga 804 liječnika i 1.521 medicinskih sestara i medicinskih tehničara.

Tijekom 2019. godine izvanbolnička hitna medicinska služba imala je ukupno 772.152 intervencije, od toga 348.430 (45,12%) je bilo na terenu (javnom mjestu i stanu), a 423.722 (54,88%) u prostorijama za reanimaciju županijskih zavoda za hitnu medicinu.

Raspored timova po ispostavama županijskih zavoda za hitnu medicinu utvrđen je Mrežom hitne medicine („Narodne novine“, broj 49/2016, 67/2017), prema kojoj je 709 timova T1 i 205 timova T2 raspoređeno u 163 ispostave. U 11 ispostava na 20 lokacija raspoređeni su timovi

Kako je navedeno i u preporuci Country Reporta za 2020. godinu, u svrhu uklanjanja geografskih prepreka ulagat će se u poboljšanje pristupa zdravstvenoj skrbi, odnosno u promicanje uravnotežene zemljopisne raspodjele zdravstvenih radnika i ustanova što će olakšati pristup zdravstvenim uslugama, a ulaganjem u povećanje broja liječnika pridonijet će se rješavanju problema nejednake distribucije zdravstvenih resursa te time osigurati jednak pristup zdravstvenoj zaštiti na razini cijele RH, posebno u okviru pružanja hitne medicinske skrbi.

Ulaganja će rezultirati i ujednačenijim pristupom i boljom dostupnosti primarne zdravstvene zaštite u onim područjima u kojima ona nije dovoljno razvijena ili je teže dostupna.

Ravnomjernija zemljopisna raspoređenost zdravstvenih radnika i ustanova olakšat će pristup zdravstvenim uslugama, a ulaganjem u povećanje broja liječnika pridonijet će se rješavanju problema nejednake distribucije zdravstvenih resursa u RH te time jednak pristup zdravstvenoj zaštiti na razini cijele RH.

Ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu svojevrstan su nastavak ulaganja iz razdoblja 2014.-2020. godine, u kojem se, kroz ograničeni poziv, sredstvima iz ESF programa financiralo 212 specijalizacija u pet grana primarne zdravstvene zaštite (obiteljska medicina, pedijatrija, ginekologija i opstetricija, hitna medicina i klinička radiologija) ukupnog iznosa 217.919.238,02 kn.

Kroz ESF+ program ulaganja će biti usmjerena prema edukaciji zdravstvenog osoblja sukladno rupi u mreži i iskazanim potrebama u petogodišnjem planu specijalističkih usavršavanja, dok će se teritorijalni pristup koristiti u Integriranom teritorijalnom programu 2021.-2027 (u daljnjem tekstu: ITP), uzimajući u obzir djelatnosti i dijagnostičko-terapijske postupke za koje je potrebna dijagnostička oprema, a koja trenutno nije u skladu sa standardima liječenja. Pri ulaganjima će se voditi računa o potrebama na terenu, pri čemu će u obzir biti uzeti iskazi zdravstvenih ustanova za nabavom opreme koja zadovoljava minimalno uvjete standarda potrebnih za kvalitetnu dijagnostičku opremu/liječenje.

Ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu financirat će se, osim kroz NPOO (mobilne ambulante ljekarne, telecordis) i kroz ESF+ i kroz ITP, kao nastavak ulaganja iz prethodnog programskog razdoblja 2014.-2020. u kojem su korisnici bespovratnih sredstava bile županije u partnerstvima s domovima zdravlja, kroz ulaganja u potrebe pružatelja zdravstvene zaštite na primarnoj razini. U tijeku je priprema Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim će se poboljšati organizacija djelatnosti hitne medicine, ojačati uloga domova zdravlja, poboljšati kvaliteta i učinkovitost pružanja bolničkih usluga te unaprijediti model upravljanja bolnicama.

Osim navedenog, značajno će se unaprijediti učinkovitost rada i povezanost djelatnosti u sustavu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i zavoda za javno zdravstvo. Kroz ovu izmjenu zakona omogućit će se pretpostavke za bližu suradnju središnje države i županija, čime će se unaprijediti funkcionalno povezivanje zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnosti između zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene zaštite primarne, sekundarne, tercijarne i razine državnih zdravstvenih zavoda, uključujući i integraciju s dugotrajnom skrbi kao i poduzimanje mjera za ograničenje širenja bolesti COVID-19. Isti je potrebno usvojiti kako bi se riješili postojeći organizacijski problemi te zbog potrebe za boljom učinkovitošću sustava hitne medicine (nedostatak doktora medicine, županijske granice) i boljom koordinacijom i organizacijom svih sudionika na području za koji je dom zdravlja osnovan, a što je posebno došlo do izražaja u potrebi odgovora cjelovitog sustava zdravstva u epidemiji COVID-19. Također, razlog donošenja zakonskog prijedloga je nedovoljna povezanost i učinkovitost sustava zavoda za javno zdravstvo (nedostatak doktora medicine pojedinih specijalnosti) te nedovoljne ovlasti za koordinaciju i organizaciju svih zavoda za javno zdravstvo putem Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Navedenim će se povećati dostupnost zdravstvene zaštite svim hrvatskim građanima, osobito onima u ruralnim i slabije naseljenim područjima te poboljšati učinkovitost hitne medicine odnosno osigurati visoko kvalitetan i učinkovit sustav zdravstva.

Također, vodit će se računa o mogućnostima pristupa specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti (u daljnjem tekstu: SKZZ) koja je prijeko potrebna kako na manjim, tako i na velikim područjima koja nemaju bolničke kapacitete, a zbog svoje blizine gravitiraju regionalnim središtima i time dodatno opterećuju bolnički sustav (npr. Zagrebačka županija). Specijalističko-konzilijarna zaštita razvijat će se pri domovima zdravlja čime će se direktno utjecati na smanjenje pritiska prema tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (bolnicama). Ulaganjima u razvoj telemedicine privremeno će se nadomjestiti nedostatak zdravstvenog osoblja uvjetovanog što prostornim specifičnostima, što prirodnom odljevu liječnika.

Očekuje se povećanje broja liječnika specijalista na razini primarne zdravstvene zaštite i poboljšana SKZZ pri domovima zdravlja. Ulaganja će rezultirati i ujednačenijim pristupom i boljom dostupnosti primarne zdravstvene zaštite u onim područjima u kojima ona nije dovoljno razvijena ili je teže dostupna. Jačanjem SKZZ pri domovima zdravlja smanjit će se opterećenost bolničkog sustava što će doprinijeti i efikasnijoj tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a pacijentima će se omogućiti specijalistički pregledi i dijagnostika bliža mjestu stanovanja.

MIZ će u suradnji sa županijama i domovima zdravlja uspostaviti sustav mobilnih ambulanti u ruralnim i udaljenim područjima te na otocima. Povećana dostupnost zdravstvene zaštite stanovništvu u 960 manjih i teže dostupnih mjesta te povećana kvaliteta zdravstvene usluge ujedno će omogućavati i popunjavanje potrebnog broja osiguranika u skrbi po pojedinom timu primarne zdravstvene zaštite. Nadalje, planira se jačanje usluga izvanbolničke specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite (SKZZ) pri domovima zdravlja. Konkretno, u mreži javne zdravstvene službe potrebno je utvrditi postotak (npr. 25%) do kojeg Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) ugovara SKZZ s domom zdravlja odnosno osiguravanje iste pri domu zdravlja u suradnji s bolničkim ustanovama te uključivanje privatnih ordinacija u Mreži javne zdravstvene službe.

Jačanjem SKZZ pri domovima zdravlja smanjit će se upućivanja na bolničke preglede što će doprinijeti i efikasnijoj tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a pacijentima će se omogućiti specijalistički pregledi i dijagnostika bliža mjestu stanovanja.

Helikopterska hitna medicinska služba (u daljnjem tekstu: HEMS)

RH ima specifičan geografski oblik površine preko 50.000 km² te more sa preko 1000 otoka gotovo istovjetne površine. Otoci zauzimaju 5,8 % površine hrvatskog kopna, pri čemu je stalno naseljeno 48 otoka i poluotok Pelješac, a prema posljednjem popisu stanovništva iz 2011. godine, na njima živi 132.756 stanovnika u 344 naselja. Dostupnost kopna, odnosno dostupnost zdravstvenih i drugih usluga na otocima i teže dostupnom priobalnom području, važan je faktor za demografsku održivost navedenih područja. Od jedinica lokalne samouprave s pozitivnim migracijskim saldom u njih čak 19 je razlika iznad 200 u korist doseljenih osoba, od čega čak polovica otpada na jedinice lokalne samouprave koje se nalaze na premoštenim otocima. Najpovoljniji odnos doseljenih i iseljenih osoba imaju Općina Vir (1.033 osobe), Grad Krk (794 osobe) i Općina Šolta (745 osoba), redom na premoštenim otocima. Među onim jedinicama lokalne samouprave u kojima je u promatranom periodu od 2011. do 2019. prisutan pad broja stanovnika, najveći je broj onih iz Dubrovačko-neretvanske županije, i to s poluotoka Pelješca te udaljenih otoka Korčule i Lastova, a zatim iz Splitsko-dalmatinske županije, odnosno udaljenog otoka Visa.

Prema dobnoj strukturi na otocima živi ukupno 12,86% mladih osoba do 14 godina (u RH 15,23%), 65,01% osoba srednje dobi od 15 do 64 godine (u RH 67,07%) i 22,13% osoba starije

dobi od 65 godina i više (u RH 17,70%). U cjelini, stanovništvo hrvatskog otočnog prostora je natprosječno staro, a najveći poremećaj dobnog sastava imaju od kopna najudaljeniji otoci. Za njihovo zdravlje i živote od posebne je važnosti dostupna zdravstvena, odnosno hitna medicinska skrb ostvariva u roku zlatnog sata.

Zbog svojih specifičnih zemljopisnih, odnosno demografskih obilježja i prometne izoliranosti otoci iziskuju dodatne aktivnosti usmjerene poboljšanju pružanja hitne medicinske skrbi, odnosno osiguravanje jednake razine hitne medicinske usluge kao i na kopnu. Stanovnici su kao i posjetitelji u neravnopravnom položaju kad je posrijedi pravo na hitnu medicinsku skrb. U RH ne postoji namjenska civilna hitna helikopterska medicinska služba, već hitni medicinski prijevoz trenutno obavljaju helikopteri Oružanih snaga RH. Najučestaliji razlog za intervenciju vojnih helikoptera je akutni koronarni sindrom, što je ujedno i prvi uzrok smrtnosti u RH. Međutim, letovi vojnih helikoptera organizirani su samo kao sekundarni letovi, što nije dovoljno za postizanje zlatnog sata prilikom zbrinjavanja hitnih pacijenata jer se vojni helikopter poziva tek nakon što je zemaljski medicinski tim došao na mjesto događaja i utvrdio potrebu za aktivacijom vojnog helikoptera, za razliku od primarnih hitnih helikopterskih medicinskih letova (HEMS) kod kojih se helikopter šalje na mjesto događaja po primitku poziva od očevidaca/sudionika nesreće ili hitnog stanja. Također, vojni helikopteri nisu opremljeni medicinskom opremom i uređajima sukladno normi HRN EN 13718 -1:2010 i EN 13718-2:2008 te nemaju uspostavljenu direktnu komunikaciju sa zemaljskim timom hitne medicinske službe. U slučaju upotrebe vojnih letjelica pojavljuje se i problem osiguranja – vojne letjelice nisu osigurane, država plaća ako dođe do neke nesreće. Troškovi usluge hitnog medicinskog prijevoza vojnim helikopterom ne mogu se naplatiti te time direktno terete državni proračun RH čak i za prijevoz stranaca, što u EU nije praksa. U slučaju da su vojni helikopteri zauzeti obavljanjem svoje primarne funkcije (vojna operacija), isti ne mogu biti na raspolaganju za pružanje usluge hitnog medicinskog prijevoza.

Razina dostupnosti zdravstvene zaštite znatno se razlikuje na otocima ovisno o njihovoj veličini, broju stanovnika, udaljenosti od kopna te gospodarskoj i turističkoj razvijenosti.

Niti u jednom domu zdravlja na otocima ne postoji rodilište, jer uzevši u obzir broj i strukturu stanovnika te mali broj poroda na otocima u odnosu na medicinsko-tehničke i kadrovske zahtjeve koja rodilište mora ispunjavati za siguran porod, isto u domovima zdravlja na otocima nije moguće osigurati.

Na većim otocima djelatnost opće obiteljske medicine provode timovi doma zdravlja ili privatni zdravstveni radnici ugovoreni u skladu s utvrđenom Mrežom javne zdravstvene službe. No, na manjim otocima na kojima Mrežom javne zdravstvene službe nije predviđena uspostava ordinacije, provodi se posebno organizirana zdravstvena zaštita na način da liječnik opće/obiteljske medicine prema unaprijed definiranim danima u tjednu dolazi na otok. Za sve ostale djelatnosti koje nisu predviđene Mrežom javne zdravstvene službe ili nisu ugovorene zbog kadrovskih deficita, stanovnici otoka su primorani putovati do prve najbliže ustanove, na drugom otoku ili na kopnu. U ljetnim mjesecima pristupačnost zdravstvenim uslugama na kopnu dodatno je otežana zbog gužvi u pomorskim lukama uzrokovanih značajnim povećanjem broja putnika, dok je u zimskom periodu prisutna povremena blokiranost pomorskog prometa zbog nepovoljnih vremenskih uvjeta.

Istodobno, osim otežane dostupnosti zdravstvene, odnosno hitne medicinske skrbi zbog geografskih faktora, prema procjenama Hrvatske gospodarske komore u srpnju i kolovožu u priobalnom području i otocima značajno se povećava broj stanovnika noćenjima domaćih i stranih turista.

Povećanje broja stanovnika kao posljedica turističkih dolazaka stvara dodatno opterećenje na organizaciju usluge hitne medicinske skrbi. Istodobno, u ljetnom su periodu prometnice na Jadranu, ali i u unutrašnjosti pod većim opterećenjem, što dovodi do puno većeg rizika i učestalosti prometnih nesreća. Sama opterećenost prometnica koja za rezultat ima više nesreća, također smanjuje mogućnost pružanja pravovremene izvanbolničke hitne medicinske skrbi. Prometna opterećenja naspram propusnih moći cestovne mreže stvaraju uska grla, što je dodatno višestruko naglašeno za vrijeme ljetne turističke sezone (Izvor: MMPI Strategija prometnog razvoja RH 2017.-2030.). Na kartama niže vidljiv je omjer količine prometa i propusne moći u izvansezonskom razdoblju u usporedbi s ljetnom sezonom. Omjer iznad 75% (označen crvenom bojom) je na kritičnoj razini i predstavlja potencijalni rizik prometnih gužvi i zagušenja u vrijeme vršnog prometa. Izvan sezone zapažen je visok omjer količine prometa i propusne moći uglavnom u područjima većih aglomeracija, istaknutije u kontinentalnoj Hrvatskoj. Na cestovnim pravicima od Zagreba do Siska, od Zagreba do Bjelovara i od Varaždina prema Koprivnici vidljiva je značajna iskorištenost propusne moći. U ljetnoj sezoni visok omjer količine prometa i postojećih propusnih moći javlja se i na mreži autocesta prema jadranskoj obali te u samim gradovima na obali i njihovoj okolici, što otežava prijevoz hitnog medicinskog pacijenta u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu cestovnim putem.

Dodatno, na području Jadranskog mora nalazi se 20 proizvodnih plinskih platformi. Zbog udaljenosti od kopna ozljede (članova posade ili timova za održavanje) predstavljaju potencijalno veliki rizik za život. Vlasnici su dužni osigurati hitnu medicinsku skrb za radnike na platformi.

Sukladno globalnim trendovima, RH suočava se s nedostatkom liječnika s kontinuiranim trendom pada. Podaci za primarnu zdravstvenu skrb pokazuju nedostatak 382 liječnika, dok je 15% svih liječnika starijih od 60 godina. Ti trendovi se preslikavaju i u hitnoj medicini, naročito izvanbolničkoj, koju osim nedostatka liječnika karakterizira i njihova velika fluktuacija. Iz tih razloga nije realno očekivati povećanje broja zemaljskih timova hitne medicinske službe na otočnom te ruralnim i teško dostupnim područjima. Kako bi se eliminirale barijere proizašle iz prometne izoliranosti i teške dostupnosti navedenih područja, planira se intenzivniji razvoj i širenje telemedicinskih usluga na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Međutim, hitna medicinska stanja iziskuju pravovremenu i odgovarajuću hitnu medicinsku skrb pruženu od strane hitnog medicinskog osoblja na licu mjesta, odnosno zbrinjavanje pacijenta u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi unutar zlatnog sata.

Ovisno o situaciji za prijevoz hitnih pacijenata s otoka na kopno trenutno se koriste vojni helikopteri, trajekti, brodovi ugovoreni za prijevoz hitnih pacijenata te brodovi obalne straže i lučke kapetanije i policijski patrolni čamci koji nisu prilagođeni za medicinski prijevoz. Trenutno je u provedbi projekt Uspostave hitne pomorske medicinske službe koja će se sastojati od šest brzih brodica opremljenih za hitnu medicinsku intervenciju, no ta flota radijusom kretanja i dalje neće moći pokriti udaljenije otoke i teško dostupno priobalno područje, odnosno na istima pružiti odgovarajuću hitnu medicinsku skrb unutar zlatnog sata.

Zbog geografske specifičnosti, prometne izoliranosti stanovnika otočnih, udaljenih i teško dostupnih područja te s tim u vezi ograničene mobilnosti stanovnika, a istodobno sve starije populacije (24,8% populacije starije od 65 godina s projekcijom od 26,9% u 2040.) te izrazito turističke orijentacije zemlje koja utječe na opterećenost cestovne mreže, u RH potrebno je uspostaviti hitnu helikoptersku medicinsku službu (u daljnjem tekstu: HEMS).

Dobra organizacija ove službe smanjuje troškove medicinskog zbrinjavanja. Uspostava HEMS doprinosi rješavanju problema nejednake distribucije zdravstvenih resursa u RH i slabe geografske pokrivenosti, poboljšanju zdravstvenih ishoda kroz povećanje stope preživljenja i smanjenja smrtnosti, posebno kod stanja kao što su infarkt i moždani udar, teške ozljede,

kritična stanja, prometne nesreće pri velikim brzinama kada ishod liječenja tih pacijenata direktno ovisi o što bržem zbrinjavanju unutar „zlatnog sata“. HEMS-om unaprjeđuje se primarna zdravstvena zaštita kao temelj zdravstvenog sustava te se doprinosi usklađivanju sa zakonodavstvom EU.

Osim žurnog transporta pacijenta u bolnicu, HEMS bi omogućio i pristup medicinskog osoblja i skrb za pacijente na udaljenim i prometno loše povezanim područjima. Zbrinjavanje pacijenta započinje u trenutku kada se nesreća ili hitno stanje dogodilo, a ne kada je medicinski tim došao na mjesto događaja. Pored primarnog transporta, HEMS bi obavljao i sekundarni transport, odnosno transport pacijenata u pratnji liječnika ukoliko im je život u opasnosti, iz jedne u drugu zdravstvenu ustanovu koja je odgovarajuća za daljnju obradu ili proširenje dijagnostike.

HEMS može doprinijeti troškovnoj učinkovitosti i racionalizaciji sustava proširenjem kapaciteta tercijarnih medicinskih centara za zaprimanje hitnih medicinskih pacijenata sa šireg geografskog područja, što smanjuje potrebu za dupliciranjem skupih trauma centara, centara za opekline, prenatalnih jedinica i neonatalnih intenzivnih jedinica.

Pozitivni efekti uspostave HEMS-a osim zdravstvenog aspekta, prelijevati će se i na druge grane gospodarstva. RH je zemlja u kojoj turizam kao gospodarska grana predstavlja jedan od najvećih izvora prihoda Državnog proračuna. Činjenica ima li neka turistička zemlja organiziran HEMS ili ne, uvelike utječe na odluku turista u određivanju konačne destinacije. Njemački auto-klub (ADAC) zemlje bez HEMS stavlja na listu zemalja upitne dostupnosti hitne medicinske pomoći. Podatak da RH nema organiziran HEMS negativan je aspekt našeg zdravstvenog sustava, odnosno turističke ponude. Postojanje HEMS-a pozitivno bi utjecalo i na produženje turističke sezone, kao i zaposlenost otočkog stanovništva, te bi se time utjecalo i na ostvarenje cilja demografske obnove otoka i ruralnih krajeva.

Uvođenje HEMS-a predstavlja dodanu vrijednost za konkurentnost RH kao destinacije za zdravstveni turizam. Prema aktualnim europskim trendovima, više od 10% turista putuje na različite zdravstvene tretmane u inozemstvo. Za turiste koji potencijalno imaju zdravstvene poteškoće koje im ugrožavaju život i zdravlje, osiguravanje takvog standarda hitne medicinske usluge može biti ključno za njihovo odlučivanje o izboru RH kao zdravstvene destinacije.

Organizacijom civilnog sustava HEMS-a omogućilo bi se naplaćivanje takvih usluga stranim državljanima sukladno propisima, kao i naplaćivanje akcija spašavanja u planinama, pomorskim nesrećama ili spašavanja na naftnim platformama. Stoga će se sustav hitne medicinske pomoći unaprijediti uspostavom helikopterske hitne medicinske službe koji će se

funkcionalno integrirati u postojeći sustav zemaljskih vozila za hitnu pomoć i projekt Uspostave pomorske hitne medicinske pomoći brzim brodovima koji je u tijeku.

Ulaganja u hitnu zdravstvenu zaštitu potpomognut će se planiranom alokacijom od 190 milijuna HRK.

Specijalistička usavršavanja medicinskih sestara i tehničara iz područja hitne medicine obuhvaćena su u cijelosti financiranjem kroz NPOO, dok će se kroz Europski fond za regionalni razvoj (u daljnjem tekstu: EFRR) ulagati u infrastrukturu nabavom opremljenih vozila HMS-a i telemedicinskim povezivanjem vozila s objedinjenim hitnim bolničkim prijemima (u daljnjem tekstu: OHBP), a koja će doprinijeti jačanju hitne medicinske skrbi.

3. IZAZOV: BOLNIČKA ZDRAVSTVENA SKRB

Zdravstveni sustav i dalje se oslanja na bolničku skrb. Bolnice i dalje pružaju mnoge usluge koje bi se mogle učinkovitije pružati u ambulantnim ili dnevnim bolnicama. Broj postelja u svim stacionarnim zdravstvenim ustanovama izražen na 1.000 stanovnika u 2019. godini iznosi 5,42 (5,40 u 2018. godini). Prosječna dužina liječenja po jednom boravku 2018. godine je bila 8,25 dana, dok u 2019. godini iznosi 8,17 dana.

Mnoge bolnice smještene relativno blizu jedna drugoj nude iste vrste usluga, a istodobno postoje i poteškoće s otpuštanjem pacijenata s akutne na dugotrajnu skrb ili kućnu njegu, koje još nisu dovoljno razvijene.

Trenutno najveći pritisak na zdravstveni sustav izaziva pandemija bolesti COVID-19 uzrokovane novim koronavirusom SARS-CoV-2. Liječnici i ostalo zdravstveno osoblje iznimno je opterećeno procjepljivanjem stanovništva i radom na COVID odjelima. Zbog navedenog dolazi do smanjenja ljudskih kapaciteta, što za izravnu posljedicu ima nemogućnost pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite, liječenja drugih bolesti i provođenja operacija koje nisu hitan slučaj. Aktualna pandemija Covid-19 ukazala je i na slabosti u smislu samodostatnosti proizvodnje lijekova i cjepiva.

Utvrđena je potreba za modernizacijom i transformacijom bolničkog sustava u skladu s razvojem suvremene medicinske doktrine, a suvremeni zdravstveni sustavi temelje se na centrima izvrsnosti koji se mogu stvarati samo koncentracijom resursa: ljudi, znanja i medicinske opreme. Povećani obrtaj pacijenata i veći broj pruženih usluga, kroz jačanje dnevnih bolnica kao modaliteta liječenja, omogućit će daljnje specijaliziranje zdravstvenih

radnika i bolnica. Funkcionalnom integracijom i promjenom organizacije rada u djelatnostima koje se preklapaju među bolnicama otvorit će se mogućnost stvaranja centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke koji će biti i središta znanstvenog i nastavnog rada, čime će se povećati kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga gravitirajućem stanovništvu i poduprijeti daljnji razvoj cjelokupne medicinske struke u regiji zdravstvenog planiranja.

a) Klinički bolnički centar Split (u daljnjem tekstu: KBC Split) je najveća zdravstvena ustanova u južnoj Hrvatskoj u vlasništvu države i jedina bolnica na području Splitsko-dalmatinske županije. Broj stanovnika Splitsko-dalmatinske županije je 450.000, broj stanovnika četiriju južnih županija RH i onih iz Bosne i Hercegovine koji se liječe u KBC-u Split je oko 1.000.000, a u vršcima turističke sezone taj broj doseže 1.500.000 ljudi.

Ovom kliničkom bolničkom centru gravitiraju i stanovnici Šibensko-kninske i Dubrovačko-neretvanske županije. Usluge sekundarne zdravstvene zaštite pružaju se isključivo u KBC-u Split, jer je ista posve ukinuta u Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije.

Primarna zdravstvena zaštita je zbog toga često otežano dostupna. Nedostatak djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specifična otočna geografija južne Hrvatske čini KBC Split odgovornim za pružanje ne samo sekundarne i tercijarne, nego i primarne zdravstvene zaštite, osobito za akutne bolesnike.

U KBC-u Split je 4.000 zaposlenih, među njima 578 specijalista, 330 specijalizanata i 1.700 medicinskih sestara. U KBC-u Split godišnje se hospitalizira preko 50.000 pacijenata koji provedu više od 450.000 dana u bolničkom liječenju, dok ambulatna zdravstvena klinika zaprimi preko 600.000 pacijenata godišnje koji prime više od 2.500.000 usluga.

Gustoća bolničkih postelja južne Hrvatske ispod je nacionalnog prosjeka (2,96 u odnosu na 3,60 na 1.000 stanovnika, a isto vrijedi i za stolice/krevete dnevnih bolnica (0,63 u odnosu na 0,74 na 1.000 stanovnika).

KBC Split broji ukupno 1.379 kreveta od kojih je 1.231 akutni kreveta (70 postelja u jedinicama intenzivnog liječenja) i 148 kreveta za produženo liječenje na ukupnoj površini od 115.000 m². Godišnje se ukupno hospitalizira više od 47.000 bolesnika. U polikliničko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti obavi se oko 1.120.000 pregleda, u dnevnim bolnicama obradi do 100.000 bolesnika, a na hitnim bolničkim prijemima pregleda preko 170.000 hitnih pacijenata. KBC Split raspolaže s 24 operacijske dvorane u kojima se godišnje izvede oko 18.000 operativnih zahvata.

Problemi KBC Split vezani su uz nedostatak prostornih kapaciteta i zastarjelost postojeće infrastrukture i medicinske opreme koja dovodi do smanjivanja kvalitete i pristupačnosti pružanja usluge zdravstvene zaštite. Također, potrebno je spomenuti i nedostatak metoda liječenja i zahvata zbog kojih pacijenti moraju putovati u druge ustanove, nepovezanost objedinjenog bolničkog prijema i nepovezanost skrbi zbog velikog broja hitnih ambulanti, nedostatak efikasne multidisciplinarnе ambulantne skrbi kao i nedostatak povezanosti i izostanak kontinuiteta zdravstvene skrbi. Objekti KBC Split stari su između 45 i 55 godina, a ulaganja u njihovu infrastrukturu zanemarljiva su, što umanjuje mogućnost pružanja suvremene zdravstvene skrbi. Posljedica toga je otežano postizanje izvrsnosti te nemogućnost razvoja najsuvremenijih kliničkih vještina. Većina od 28 zgrada u kojima se nalazi KBC dotrajala je pa je potrebna opsežna obnova interijera kako bi se održali suvremeni standardi liječenja. Zbog toga su investicije u KBC Split nužne za poboljšanje primarne i sekundarne, kao i tercijarne zdravstvene skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji, budući će se dio bolnice morati rušiti u sljedećem desetljeću zbog dotrajalosti.

Kako bi adekvatna skrb o pacijentu (p)ostala u središtu, potrebno je osigurati novi prostor i integrirati rad stručnjaka, timova i službi u koordiniranu skrb o pacijentima. S novom strukturom, klinike će moći preuzeti ulogu centara za suradnju s pružateljima usluga, od dugotrajne skrbi za starije osobe do obrazovanja za promicanje zdravlja u školama.

b) Klinički bolnički centar Osijek (u daljnjem tekstu: KBC Osijek) središnja je bolnica Osječko-baranjske županije i svih 5 slavonskih županija na istoku Hrvatske kojoj gravitira sedam zdravstvenih ustanova i oko 900.000 pacijenata i zdravstvenih osiguranika. Klinički bolnički centar jedina je institucija u sustavu tercijarne zdravstvene skrbi na području županije. U sklopu KBC-a ustrojeno je 12 klinika, 6 kliničkih zavoda i 6 zavoda, te OHBP.

U 2019. godini broj otpuštenih stacionarno liječenih pacijenata i pacijenata SKZZ u 2019. godini po svim odjelima iznosio je 868.477.

Na razini RH, a posebno u Istočnoj Hrvatskoj postoji opći problem s ograničenom raspoloživošću i dostupnošću zdravstvene zaštite, posebno opterećenih kapaciteta specijalističkih pregleda i sofisticirane medicinsko – tehnološke opreme te privlačenjem i zadržavanjem radne snage (medicinskog osoblja), osobito u ruralnim područjima i u nerazvijenim zajednicama.

Isto tako, problemi s kojima se KBC Osijek i cijela regija koja mu gravitira susreću su neprimjereni kapaciteti za znanstveno – istraživačku djelatnost: nedostatak suvremene

istraživačke opreme, nedostatne prostorne kapacitete, te ograničenu mogućnost pružanja usluga gospodarskim subjektima i drugim dionicima društveno-gospodarskog razvoja RH. Navedeni problemi su uzrokovani nedostatkom kompetitivnih mehanizama za unapređenje IRI infrastrukture na razini RH te uslijed nedostatnih kapaciteta (provedbenih, tehničkih i financijskih) za realizaciju planiranih aktivnosti.

Ad 3. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

SKZZ razvijat će se, kroz EFRR, pri domovima zdravlja čime će se direktno utjecati na smanjenje pritiska prema tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (bolnicama).

Uspostava centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke koji će biti i središta znanstvenog i nastavnog rada, omogućit će se funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom organizacije rada u djelatnostima koje se preklapaju među bolnicama. Time će se povećati kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga gravitirajućem stanovništvu i poduprijeti daljnji razvoj cjelokupne medicinske struke u regiji zdravstvenog planiranja.

Napredak u medicini usko je povezan s uporabom suvremenih tehnologija. Funkcionalna integracija zdravstvenih ustanova pretpostavlja visok stupanj koordinacije koji će omogućiti specijalizaciju nužnu za razvoj izvrsnosti, prilagođavanje ponude usluga potrebama bolesnika i postizanje ekonomije razmjera. Ulaganje u prostor i opremu vodeći računa o protupotresnoj zaštiti, energetske učinkovitosti i izgradnji i jačanju izolacijskih jedinica kako bi sustavi bili otporniji na prirodne nepogode poput potresa, poplava i pandemije zaraznih bolesti, funkcionalna integracija te jačanje dnevnih bolnica uz smanjenje akutnih kapaciteta i povećanje kapaciteta za palijativnu skrb i dugotrajno liječenje poboljšat će kvalitetu zdravstvene zaštite.

Navedeno će omogućiti restrukturiranje bolničke skrbi, uklanjanje geografskih prepreka u pristupu zdravstvenoj skrbi i time postizanje dostupne, kvalitetne, učinkovite zdravstvene zaštite, kako je i opisano u Izvješćima Europske komisije.

a) Klinički bolnički centar SPLIT

Strateški razvoj KBC-a Split za nadolazeće razdoblje bit će usmjeren prema potrebama ljudi i zajednice s fokusom na integraciju zdravstvene skrbi i usluga s ciljem poboljšanja kvalitete skrbi, ali i osiguranja dostupnosti skrbi u svim dijelovima županije. Razvoj će biti usmjeren na osnaživanje postojećih bolničkih kapaciteta, ali i razvijanje novih modela i oblika skrbi koji odgovaraju konceptu „bolnice bez zidova“. Na taj način bolnica će se razvijati kao moderna bolnica otvorenog tipa, koja promovira jedan novi pristup zbrinjavanju približavanja zdravstvene zaštite građanima u njihovim kućama i zajednicama. To uključuje izvanbolničke

ambulante i mobilnost osoblja, posebice na izoliranim, ruralnim područjima i otocima te na mjestima grupiranja građana iz ranjivih skupina, npr. u domovima za starije i nemoćne osobe.

U tom smislu novi strateški okvir razvoja KBC-a Split obuhvatit će sljedeće:

- razvoj u smjeru integracije skrbi s ciljem povezivanja KBC-a Split s drugim dionicima u zdravstvenom sustavu (PZZ) ali i sustavu socijalne skrbi
- razvijanje usluga ili oblika skrbi koji su specifično usmjerene na vulnerabilne skupine iz cijele regije Dalmacije
- razvijanje novih oblika skrbi za liječenje akutnih pacijenata, često s kroničnim kompleksnim dijagnozama koji gravitiraju KBC-u Split
- postizanje bolje dostupnosti zdravstvene zaštite kroz razvijanje specijalističko-konzilijarnih usluga za stanovnike koji gravitiraju KBC-u Split, a koji žive u ruralnim, udaljenim kontinentalnim područjima i/ili na otocima
- razvoj novih kliničko-poslovnih procesa koji mogu osigurati nužni kontinuitet i integraciju skrbi, kao preduvjete za bolju dostupnost, efikasnost i ishode
- strateška orijentacija prema konceptu „bolnice bez zidova“ usmjerena prema osnaživanju programa skrbi u zajednici i kući te modelima suvremene dugotrajne skrbi svih skupina pacijenata koji imaju takve potrebe.
- strateški razvoj ljudskih resursa za idućih 3/5/7/10 godina
- razvoj KBC-a Split u smjeru promicanja znanstveno-istraživačkog rada
- uvođenje promjena i poticanje inovacija sukladno potrebama i mogućnostima te razvoju trendova u zdravstvu

Prioritet je postavljanje KBC-a Split u položaj integratora i suradnika ostalim pružateljima zdravstvenih usluga u regiji: četirima općim županijskim bolnicama, trima specijalnim bolnicama, domovima zdravlja i zavodima za javno zdravstvo.

Prioritetnim ulaganjima u KBC Split postižu se sljedeći ciljevi podizanja kvalitete:

- promicanje pristupa koji naglašava da je pacijent u središtu pružanja zdravstvene zaštite
- provođenje poslovnih aktivnosti kombinacijom institucionalnog i programsko/projektnog rada – uz redovite poslovne procese upravljanja KBC-om kao ustanovom kontinuirano će se razvijati te realizirati programi i projekti sa specifičnim ciljevima usmjerenim na različita područje djelovanja bolnice te njen razvoj
- odvajanje i održivost tokova pacijenata, razdvajanje akutnih od kroničnih i stacionarnih od ambulantnih.

- dostupnost interdisciplinarne hitne službe za sve akutne pacijente i pacijente bez zakazanih termina.
- dostupnost i održivost skrbi o pacijentima kojima je potrebna specijalističko-konzilijarna služba ili liječenje u dnevnim bolnicama.
- optimiziranje procesa i prilagođavanje standardima rada u namjenski uređenim prostorima.
- inovativnost - poticanje inovacija i uvođenje promjena sukladno novim potrebama i mogućnostima te razvoju trendova u zdravstvu

Potpisivanjem Ugovora o dodjeli bespovratnih sredstava za projekt Priprema strateških projekata KBC-a Split, referentne oznake KK.10.1.3.06.0001., započete su aktivnosti vezane uz realizaciju strateških projekata KBC-a Split, Centra za akutnu medicinu s OHBP-om i zavodom za hitnu medicinu, te Centra za specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Projekt se sufinancira sredstvima EU iz ERRF kroz Operativni program 'Konkurentnost i kohezija 2014. – 2020., KK.10.1.3.06. Poziv za iskaz interesa za dodjelu bespovratnih sredstava iz Prioritetne osi 10 - Tehnička pomoć za sufinanciranje pripreme strateških projekata KBC-a Split. Vrijednost projekta je 20.588.235,29 HRK. U sklopu pripreme strateških projekata KBC Split planirano je financiranje troškova definiranja potrebnih kapaciteta i izrada medicinsko-tehnološkog programa, izrada arhitektonsko-građevinskog programa, izrade popisa medicinske i nemedicinske opreme, izrada studije izvodivosti s pripadajućim analizama te izrade potrebne projektno-tehničke dokumentacije za ishođenje građevinske dozvole.

Centar za akutnu medicinu (u daljnjem tekstu: CAM) ključan je projekt KBC-a Split i zdravstvenog sustava južne RH.

Zgrada CAM-a će se realizirati kao dogradnja postojeće zgrade bolnice. Unutar zgrade CAM-a bit će smješteni svi objekti za zbrinjavanje akutnih bolesnika. Time bi se novoizgrađena zgrada uklopila i funkcionalno povezala s postojećim sadržajima KBC Split, a ujedno bi se povezala bolnička služba za hitnu medicinu sa županijskom ustanovom za hitnu medicinu, što će omogućiti izravnu suradnju izvanbolničkih i bolničkih službi. Na taj način postigla bi se jedinstvena prostorno i funkcionalno povezana cjelina za liječenje životno ugroženih bolesnika. Unutar zgrade Centra za akutnu medicinu smjestili bi se sadržaji od vitalnog značaja za buduće funkcioniranje KBC-a Split, a koji trenutačno nedostaju ili su neadekvatni u pogledu prostora i opreme. Ovi objekti će se tako uklopiti u postojeću bolničku infrastrukturu i povezati s

djelatnošću akutne medicine. Jedna od prednosti novog objekta je i organizacija jedinstvene prijebolničke i bolničke hitne pomoći.

Nova zgrada CAM-a sadrži sljedeće:

- OHBP (integracija zbrinjavanja hitnih bolesnika)
- kirurški blok (postojeći je star 45 godina)
- klinika za anesteziologiju, reanimaciju i intenzivnu medicinu s Jedinicom intenzivnog liječenja (JIL) (Klinika trenutno nema nikakvih prostorija, a JIL je zastario i nema 50% kapaciteta)
- odjel za intenzivno liječenje djece s dnevnom bolnicom (sve veći broj djece s kompleksnim dijagnozama i potrebom za multidisciplinarnim liječenjem)

Centar za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu:

Specijalističko-konzilijarna djelatnost obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda. Kroz povećanje kapaciteta omogućit će se suvremen, ekonomičan i multidisciplinarn način liječenja koji značajno poboljšava kvalitetu zdravstvene skrbi. Dnevne bolnice moraju biti povezane sa SKZZ, te zajedno s njima činiti funkcionalnu cjelinu u kojoj će se moći rješavati najveći dio zdravstvenih problema stanovništva, uključujući i manje kirurške zahvate (jednodnevna kirurgija).

Kroz ovaj projekt izgradit će se novi objekt koji će funkcionirati kao ambulanta i dnevna bolnica. Na taj način KBC Split dobit će zasebnu ustanovu koja će biti lako dostupna pacijentima, a pružat će sve zdravstvene usluge multidisciplinarno i odvojeno od stacionarnih objekata bolnice. Princip rada ambulanta obavljanje dijagnostičkih postupaka i kliničkih pregleda na jednom mjestu. Kako bi se pacijent zadržao u centru potrebno je osigurati novi prostor i integrirati rad stručnjaka, timova i službi u koordinaciji skrbi o pacijentima. Planirano je organizirati višenamjenske servisne točke koje će voditi svakog pacijenta i integrirati preventivne i kurativne zdravstvene postupke. Budući da je KBC Split jedina bolnica u županiji i istraživačka ustanova istodobno, javlja se prilika generacijski pratiti populaciju te provoditi dugoročna longitudinalna istraživanja. S novom strukturom klinike će moći preuzeti ulogu centra za suradnju s pružateljima usluga u rasponu od dugotrajne skrbi za starije osobe do edukacije za promicanje zdravlja u školama.

Za realizaciju planova nedostaje infrastruktura, a planirani strateški projekti služe upravo ostvarenju slijedećih ciljeva: pacijent u centru, integracija rada stručnjaka, timova i službi, koordinirana briga o pacijentima, osiguranje namjenski uređenih i opremljenih prostora za suvremenu integriranu i multidisciplinarnu zdravstvenu skrb.

b) Klinički bolnički centar OSIJEK

Planirana izgradnja i opremanje novog i modernog Kliničkog bolničkog centra Osijek (u daljnjem tekstu: KBC Osijek) strateški je projekt i predstavlja središnju i najveću zdravstvenu ustanovu u istočnoj Hrvatskoj kojoj gravitira oko 800 000 stanovnika iz pet slavonskih županija. Njegova važnost prepoznata je na nacionalnoj i regionalnoj razini. Isto tako važnost ulaganja u zdravstvo i poboljšanje kvalitete života je politika koju promiče EU. Navedeno izravno rješava razvojne probleme nezadovoljavajućih kapaciteta i nedostatne opremljenosti zdravstvenih institucija. Izgradnja novog KBC-a Osijek doprinosi:

- dugoročnim potrebama stanovništva
- učinkovitosti, održivosti, pristupačnosti i isplativosti zdravstvenog sustava
- osigurava lakše provođenje mjera prevencije i sprječavanja bolesti
- ubrzani pristup specijalističkoj skrbi (smanjenje lista čekanja) – rezultira učinkovitim i djelotvornim zdravstvenim sustavom
- kvalitetnoj i učinkovitoj bolničkoj usluzi po europskim standardima – rezultira brojem kreveta u kurativnoj skrbi u skladu s EU prosjekom uz smanjenje prosječne duljine boravka minimalno 10%

Predmetni projekt planiran je i osnovan na svim razinama i u budućnosti.

Zakonodavni okvir:

Ustav RH jamči svima pravo na zdravstvenu zaštitu (čl. 59) i zdrav život (čl. 70) u skladu sa zakonom – popis relevantnih propisa na sljedećoj poveznici: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/zakoni-i-ostali-propisi/zakoni/2426>. Navedeno pravo se ostvaruje kroz zdravstvenu djelatnost koja se obavlja kao javna služba od interesa za RH. RH kao osnivač KBC-a Osijek obavezna je osigurati primjerene kapacitete i opremljenost kako bi temeljni uvjeti bili omogućeni svim stanovnicima RH.

Osnivač KBC-a Osijek (javna ustanova na tercijarnoj razini) je RH te se isti financira iz javnih sredstava, što znači da nije osnovan sa ciljem ostvarivanja profita.

Izgradnja novog KBC-a Osijek kao regionalnog centra izvrsnosti posebno se odnosi na krovni dokument koji definira reforme zdravstva, *Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020. (NN 26/2015)* (u daljnjem tekstu: Nacionalni bolnički plan) – fazna provedba reforma bolničkog sustava u RH, funkcionalnom integracijom kojom se postiže veći broj slučajeva u specijaliziranim ustanovama uz bolju kvalitetu usluge te specijalizaciju medicinskog osoblja, poboljšanje

procesa i veću mogućnost konzilijarnog rada – optimalno koncentriranje bolničkih usluga.

Navedenim se:

- poboljšava kvaliteta zdravstvene zaštite
- pojednostavljuje korištenje svih resursa
- omogućava ciljano tehnološko i kadrovsko opremanje bolnica u skladu s njihovom ulogom u zdravstvenom sustavu i potrebama pacijenata.

Cilj je unaprijediti funkcionalnu integraciju sa zdravstvenim ustanovama na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite u istočnom dijelu RH te sa sustavom dugotrajne skrbi kako bi se unaprijedila dostupnost i kvaliteta zdravstvene zaštite za populaciju na svim razinama. Na tragu ciljeva funkcionalne integracije zdravstvenih ustanova i racionalizacije zdravstvenog sustava, u KBC Osijek kao regionalnom centru izvrsnosti obavljat će se najslženiji medicinski postupci dok će se u bolnicama na sekundarnoj razini obavljati manje složeni postupci.

Nadalje, u Nacionalnom bolničkom planu se sljedeći zahtjevi:

- smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za 10 %,
- povećati broj ambulantnih usluga za najmanje 10 %,
- povećati broj slučajeva dnevne bolnice i dnevne kirurgije za najmanje 10 %,
- dovesti prosječnu popunjenost kreveta na 80-85 %,

Nadalje, planira se jačanje dnevnih bolnica i smanjenje akutnih bolničkih kapaciteta kako bi se smanjili troškovi. Za optimalan razvoj dnevnih bolnica planirana su dodatna ulaganja u bolničku infrastrukturu i nabava odgovarajuće medicinske i tehničke opreme. Također, potrebno je uspostaviti dodatne kapacitete za kronično i dugotrajno liječenje pacijenata i palijativnu skrb. Integracija bolnica i optimizacija kapaciteta također će osigurati održivost.

Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine (NRS) definira ciljeve razvoja slijedećih 10 godina. NRS je u skladu s razvojnim politikama i smjericama EU. Predmetni projekt spada u strateški cilj 5. „Zdrav, aktivan i kvalitetan život” razvojni smjer „Jačanje otpornosti na krizu“; a navedene prioritetne politike su:

- modernizacija zdravstvene infrastrukture izgradnjom novih ili obnovom postojećih kapaciteta
- osiguravanje financijske održivosti zdravstvenog sustava primjenom mjera kategorizacije i objedinjavanja prostora, opreme i ljudskih resursa radi smanjenja fragmentiranosti u upravljanju i povećanja racionalnosti

Kao izvor financiranja navode se javna sredstva koja najvećim dijelom dolaze iz EU fondova. U skladu s tim, novi Operativni program Konkurentnost i Kohezija 2021. - 2027. pretpostavlja navedena ulaganja. NRS nadalje navodi: „Ubrzat će se transformacija bolničkog sustava putem spajanja, funkcionalne integracije i specijalizacije ustanova čuvajući pritom primjerenu dostupnost zdravstvene zaštite i medicinskih specijalizacija na cijelom hrvatskom teritoriju. Izgradit će se i opremiti bolnički kapaciteti koji nedostaju te snažno poduprijeti programi unaprjeđenja sigurnosti pacijenata i kvalitete skrbi.“ (IZVOR, br. stranice) Isto je navedeno (u još aktualnom) Nacionalnom bolničkom planu. U Istočnoj RH centar integracije je KBC Osijek. Strategija Europske unije o prilagodbi klimatskim promjenama ističe kako će se prilagodbom infrastrukture u nastajanju osigurati razvoj društva otpornog na klimatske promjene, a nova zgrada će se graditi provodeći mjere okolišno prihvatljivih struktura „zelene bolnice“. Korištenje OIE će učiniti novu zgradu i opskrbu energijom iz OIE sigurnijom i pouzdanijom, a ali i ekonomski isplativijom te potencijalno sniziti cijenu usluga koje u većem dijelu ovise o energiji.

Na regionalnoj razini važno je spomenuti *projekt „Slavonija, Baranja i Srijem“*, koja uključuje 5 istočnih županija RH – pokrenut u svrhu pokretanja područja koje značajno zaostaje za ostatkom RH pokrenulo. Identificirani su strateški projekti koji će doprinijeti jačanju konkurentnosti područja, stvaranju poticajnog okruženja za život lokalnog stanovništva i povećanje standarda. Jedan od strateških projekata je Izgradnja i opremanje novog KBC Osijeka.

Ciljevi *Strateškog plana MIZ-a 2020.-2022*: zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja 1.1. Dostupnija zdravstvena zaštita; 1.2. Razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite; 1.3. Zaštita javno-zdravstvenog interesa; 1.4. Učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu

Županijska razvojna strategija Osječko-baranjske županije do 2020. godine planira da će Osječko-baranjska županija (OBŽ) imati 0,65 bolnica na 10.000 stanovnika, što je druga najmanja gustoća u RH. RH se sa 58,9 bolničkih postelja na 10.000 stanovnika nalazi iznad prosjeka zemalja članica EU-a, dok Osječko-baranjska županija ima 46,4 postelja na 10.000 stanovnika, što nas svrstava među 13 županija koje se nalaze ispod državnog prosjeka. Navedeno je jedan od razvojnih prioriteta Osječko-baranjske županije.

Strategija razvoja urbane aglomeracije Osijek 2016.-2020. – Grad Osijek je kao jedno od četiri sjedišta aglomeracija nositelj izrade strategije razvoja svoje urbane aglomeracije koja će biti

osnova za daljnji rad, što uključuje i identificiranje projekata koji su u interesu svih članova pojedine urbane aglomeracije.

Navedeni planovi i strategije u skladu su sa *Strategijom prostornog razvoja Republike Hrvatske (NN 106/17)* - temeljnim državnim dokumentom za usmjeravanje razvoja u prostoru do 2030 te *Prostornim planom Osječko-baranjske županije* ("Županijski glasnik" 1/02, 4/10, 3/16, 5/16 - ispravak, 6/16 -pročišćeni plan, 5/20, 7/20-pročišćeni plan, 1/21 i 3/21 - pročišćeni plan)

Nacionalni plan oporavka i otpornosti 2021 – 2026 komponentu 5 posvećuje zdravstvenoj zaštiti te dostupnosti i održivosti zdravstvenog sustava kroz *kvalitetnu zdravstvenu skrb te nabavu medicinske opreme, lijekova i cjepiva, modernizaciju i digitalizaciju. Reforme C5.1. Jačanje otpornosti zdravstvenog sustava - razvijanje modernog bolničkog sustava* kako bi bio spreman odgovoriti na ključne zdravstvene izazove i krizne zdravstvene situacije.

U Europskoj uniji (EU) svaka članica posebno određuje svoju zdravstveni sustav i politiku razvoja (zabrana harmonizacije zdravstvenih sustava). EU dopunjuje nacionalne zdravstvene politike kroz izradu zakona i standarda za zdravstvene proizvode koji važe u cijeloj EU te kroz dodjelu sredstava za zdravstvene projekte. Trenutačno je na snazi Program EU za zdravlje 2021.-2027. koji je uspostavljen Uredbom (EU) 2021/522 Europskog parlamenta i Vijeća od 24. ožujka 2021. o uspostavi Programa djelovanja Unije u području zdravlja (program „EU za zdravlje”) za razdoblje 2021.–2027. i stavljanju izvan snage Uredbe (EU) br. 282/2014 (Tekst značajan za EGP) (SL L, 107/1, 26.3.21.. Program „EU za zdravlje” ambiciozan je odgovor EU-a na COVID-19 pandemiju koja ima velik utjecaj na sve društvene aspekte.

Zajednički su im i izazovi: staro stanovništvo, kronične bolesti koje iziskuju rast potražnje za zdravstvenim uslugama i stvaraju pritisak na financije. Pritisak na proračun također stvara nova tehnologija kao i skupi lijekovi, nejednako dostupna usluga zdravstva i neravnomjerno raspoređena radna snaga u sustavu – na sve navedeno pozitivno utječe izgradnja i opremanje novog KBC-a Osijek.

1. Poboljšanje i promicanje zdravlja u EU

- sprečavanje bolesti i promicanje zdravlja;
- međunarodne zdravstvene inicijative i suradnja.

2. Suzbijanje prekograničnih prijetnji zdravlju

- prevencija, pripravnost i odgovor na prekogranične prijetnje zdravlju;
- dopunjavanje nacionalnih zaliha bitnih proizvoda potrebnih za vrijeme krize;

- uspostava rezervnog medicinskog, zdravstvenog i pomoćnog osoblja.
3. Poboljšanje lijekova, medicinskih proizvoda i proizvoda potrebnih za vrijeme krize
- osiguravanje raspoloživosti i cjenovne pristupačnosti lijekova, medicinskih proizvoda i proizvoda potrebnih za vrijeme krize.
4. Jačanje zdravstvenih sustava, njihove otpornosti i učinkovitog korištenja resursa
- jačanje zdravstvenih podataka, digitalnih alata i usluga, digitalna transformacija zdravstvene zaštite;
 - poboljšanje dostupnosti zdravstvene skrbi;
 - razvoj i provedba zakonodavstva EU-a u području zdravlja i donošenje odluka na temelju dokaza;
 - integrirani rad nacionalnih zdravstvenih sustava.

Financijska omotnica služi jačanju zdravstvenog sustava pojedinih država članica. Osim rješavanja aktualnih problema vezanih uz COVID-19 kao što su širenje zaraze, dostupnost lijekova i usluga, Program „EU za zdravlje“ uzima u obzir i rješavanje problema koji već duži niz godina pogađaju stanovništvo EU: pušenje, konzumiranje alkohola, nezdrava prehrana i fizička neaktivnost. Stanovništvo EU ubrzano stari stoga je posebna pozornost na održivom zdravstvenom sustavu za budućnost i očuvanju zdravlja ljudi do kasne životne dobi, poboljšanja kvalitete života i smanjenju učestalosti kroničnih bolesti koje se mogu spriječiti. Program „EU za zdravlje“ prepoznaje i važnost novih tehnologija i sustava. Program „EU za zdravlje“ je komplementaran s drugim EU programima.

Zaključno, izgradnjom novog KBC-a Osijek riješit će se sljedeći problemi:

- nedovoljni kapaciteti sadašnjeg KBC-a Osijek
- nedovoljna funkcionalnost i opremljenost sadašnjeg KBC-a Osijek
- nedovoljno učinkoviti poslovni procesi i interna organizacija

Navedeno će se postići:

- građevinskim radovima – izgrađenom temeljnom infrastrukturom
- nabavom medicinske opreme – funkcionalan i opremljen KBC Osijek
- optimiziranim procesima poslovanja

Ispunit će se opći cilj:

- poboljšanje životnog standarda i kvalitete javne zdravstvene skrbi

Specifični ciljevi koji će biti ispunjeni:

- razvoj zdravstvene infrastrukture
- osiguranje kvalitetnog i održivog pristupa zdravstvenoj zaštiti
- poboljšanje organizacijskih kapaciteta u zdravstvu

Razvoj modernih bolničkih sustava omogućit će se ulaganjima kroz Nacionalni plan oporavka i otpornosti (NPOO) na način da će se financirati ulaganja koja se tiču zbrinjavanja medicinskog otpada, ulaganja u digitalizaciju operacijskih sala, digitalizaciju i opremanje dijagnostičkih jedinica i digitalna slikovna dijagnostika na razinama KBC-ova, ali i KB-ova, OB-ova, dok će kroz strukturne fondove biti stavljen naglasak na ulaganja u ustanove koji su u razdoblju 2014.-2020. bili korisnici Tehničke pomoći i u tom će se smjeru ulaganja i nastaviti. Uz to, a s ciljem jačanja otpornosti zdravstvenog sustava, jačat će se bolnička infrastruktura opremanjem ambulanti i izgradnjom izolacijskim jedinicama kao odgovor na potencijalne javnozdravstvene i humanitarne krize.

4. IZAZOV: DUGOTRAJNA SKRB (Koordinacija i integracija resursa u zdravstvu i socijalnoj skrbi)

Jedno od područja kojima se treba posvetiti jest razvoj dugotrajne skrbi. Prema Europskoj komisiji, u sljedećih 15 godina broj stanovnika starijih od 65 godina porast će za 22%. Dugotrajna skrb u RH općenito je nedovoljno razvijena i značajno je institucionalizirana, a izdvajanja za istu iznose 3,03% od sveukupne potrošnje za zdravstvo, u odnosu na prosjek EU 27 koji iznosi 16,11% u 2019. godini.

Ova vrsta skrbi odvija se uglavnom u zdravstvenim ustanovama, odnosno bolnicama za dugotrajnu skrb te ustanovama za socijalnu skrb, što ju čini fragmentiranom i neučinkovitom, što u kombinaciji sa stanovništvom koje ubrzano stari može izazvati velika financijska opterećenja. Osim toga, dugotrajna se skrb pruža i u bolnicama, što bi moglo predstavljati neučinkovito iskorištavanje resursa.

Kako su mapiranjem potreba u zdravstvu na razini svih županija uočeni nedostatni kapaciteti za pružanje dugotrajne skrbi te s obzirom na porast broja starijih osoba potrebno je stvoriti infrastrukturu za takav sustav te educirati osoblje za takav specifičan rad, kao i organizirati metode praćenja i koordinacije izvaninstitucionalnih pružatelja zdravstvene i socijalne skrbi.

Kako bi se optimizirali troškovi i olakšalo dugotrajnim pacijentima primanje socijalnih i zdravstvenih usluga, cilj je integrirati ova dva u jedan učinkovitiji i kvalitetniji sustav koji će

omogućiti pružanje zdravstvenih i socijalnih usluga kroz skrb u kući uz rasterećenje stacionarnih zdravstvenih resursa i poboljšanje zdravstvenih ishoda.

Također, mapiranjem potreba u zdravstvu uočena je velika potreba za formiranjem i opremanjem svih vrsta mobilnih timova, uz posebno izraženu potrebu za formiranjem palijativnih i timova za mentalno zdravlje. Npr. mapiranje je pokazalo kako na području Virovitičko-podravske županije ne postoji ustanova za palijativnu skrb kao niti ustanova za dugotrajnu skrb djece. Djeca i mladi upućuju se u ustanove u drugim županijama, a kao poseban problem u zadnje vrijeme se nameću palijativni bolesnici za koje nema smještajnih kapaciteta, a obitelj se ne može adekvatno pobrinuti za takve bolesnike.

Mapiranje je pokazalo da su programi mentalnog zdravlja nedovoljno zastupljeni te da ne postoji definirani program rehabilitacije nakon hospitalizacije ili tijekom kućnog liječenja. U županijama nisu uspostavljeni timovi za mentalno zdravlje i ne postoji sustav koordinatora za brigu o zajednicama, kao ni zadani tijekom rehabilitacije radi nedostatka kapaciteta za uspostavljanje i provedbu individualnih planova. Nedostatan je broj specijaliziranih timova za mentalno zdravlje za sve populacijske skupine, posebice mladeži i djece.

a) Stanje i potrebe u sustavu zdravstva i socijalne skrbi

U RH je dugotrajna skrb općenito nedovoljno razvijena i značajno je institucionalizirana. Republika Hrvatska za dugotrajnu skrb izdvaja 3,03% od sveukupne potrošnje za zdravstvo, u odnosu na prosjek EU 27 koji iznosi 16,11% u 2019. godini. Ova vrsta skrbi odvija se uglavnom u zdravstvenim ustanovama, odnosno bolnicama za dugotrajnu skrb te u ustanovama za socijalnu skrb, što ju čini fragmentiranom i nedovoljno učinkovitom.

Za sustav dugotrajne skrbi zadužene su razne zdravstvene ustanove i ustanove socijalne skrbi te je on zbog fragmentacije često neučinkovit, a to u kombinaciji sa stanovništvom koje ubrzano stari može izazvati velika financijska opterećenja. Osim toga, dugotrajna se skrb pruža i u bolnicama, što bi moglo predstavljati neučinkovito iskorištavanje resursa.

Djelatnost zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući bolesnika

Zdravstvenu njegu u kući provode registrirane i ovlaštene ustanove za njegu u kući kao zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti ustanova za zdravstvenu njegu u kući provodi zdravstvenu njegu i rehabilitaciju bolesnika po uputama doktora medicine. Ustanova može privremeno stacionarno zbrinjavati bolesnike kojima je potrebna zdravstvena njega i rehabilitacija. Utvrđeni standardni broj osiguranih osoba za provođenje zdravstvene njege u kući je 3.500 osiguranika po jednoj medicinskoj sestri.

U studenom 2021. godine bilo je ugovoreno 1.259 medicinskih sestara u ovoj djelatnosti (prema Mreži javno zdravstvene službe potrebno je 1.305)

Prema dostupnim podacima, u 2020. godini obavljeno je ukupno 460.195 postupaka, a u starosnoj dobi 85+ 316.871 postupak djelatnosti njege u kući.

Najzastupljeniji postupci odnose se na djelomičnu ili kompletnu zdravstvenu njegu nepokretnog ili teško pokretnog pacijenta, skrb umirućeg pacijenta, zbrinjavanje kroničnih rana, sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja, zdravstvenu rehabilitaciju, primjenu supkutane i intramuskularne terapije.

Fizikalna terapija u kući bolesnika potrebna je onim bolesnicima čije stanje zahtijeva dugotrajnu rehabilitaciju, a to su odrasli i djeca s kroničnim neurološkim, ortopedskim i reumatološkim bolestima, kao i svima onima koji radi svoga stanja ili okolnosti nisu u stanju obavljati fizikalnu terapiju ambulantno.

Na teret HZZO-a fizikalnu terapiju u kući indicira ugovorni liječnik specijalist fizijatar, reumatolog, ortoped ili neurolog koji daje nalaz i mišljenje, a izabrani liječnik primarne medicine daje prijedlog na Liječničko povjerenstvo HZZO-a koje isto odobrava. Trenutno su ugovorena 466 fizioterapeuta za pružanje usluga u kući bolesnika, što je veći broj od broja predviđenog Mrežom javne zdravstvene službe iz 2018.godine. Veći broj je ugovoren zbog povećanih potreba stanovništva u bolje naseljenim mjestima i radi pokrivanja područja tj. ruralnih mjesta u pojedinim županijama koje su bez i jednog ugovorenog fizioterapeuta. Unatoč tome ta vrsta usluge nije jednako dostupna stanovništvu u ruralnim krajevima (Gračac, Obrovac, Korenica, Otok Pag, Buzet, Čabar, Delnice, Vrbovsko, Otok Rab, Sinj, Vukovar, Županja) u istoj mjeri kao u urbanim mjestima (<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>).

Patronažna zdravstvena zaštita - provode više medicinske sestre patronažnog smjera prema normativu od 5.100 stanovnika po jednoj patronažnoj sestri. Taj broj se odnosi na broj stanovnika na području nadležnog doma zdravlja/organizacijske jedinice županijskog doma zdravlja.

U mjesecu studenom 2021. godine u ovoj djelatnosti radilo je 870 (potrebno je 888) viših medicinskih sestara i medicinskih sestara SSS (<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>).

Prema podacima o broju osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jedna patronažna sestra skrbi prosječno za više od predviđenih 5.100 osiguranika.

Prema dostupnim podacima, u 2020. godini u ovoj djelatnosti zabilježeno je ukupno 989.333 posjeta, od čega su 455.342 posjete kroničnim bolesnicima, te oko 10 000 posjeta zbog higijenskih prilika.

Djelatnost palijativne skrbi - u mjesecu studenom 2021. godine ugovoreno je 43 koordinatora za palijativnu skrb i 34 mobilna palijativna tima na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Iako je jedan od ciljeva palijativne skrbi da se neizlječivim bolesnicima omogući njega u vlastitom domu do posljednjeg dana, broj palijativnih postelja potrebno je uskladiti s EU standardima. Uspostava palijativne skrbi bila je jedan od prioriteta Nacionalne strategije zdravstvene skrbi za razdoblje 2012. – 2020. Zahvaljujući nacionalnim strategijama za razdoblja 2014. – 2016. i 2017. – 2020. znatno su poboljšani kapaciteti palijativne skrbi, i to tako što su poboljšane integracija i koordinacija, ali ne nužno razvojem novih struktura. Donesene su smjernice i uvedene usluge za palijativnu skrb u bolničkom i izvanbolničkom okruženju. Očekivalo se da će sve županije do 2020. godinedonijeti planove palijativne skrbi. Palijativnoj skrbi su 2021. godini u sektoru sekundarne skrbi bila namijenjena 353 kreveta, a u sektoru primarne skrbi sklopljene ugovore s HZZO-om imala su 34 mobilna palijativna tima i koordinatora palijativne skrbi, te 10 palijativnih postelja u stacionaru Doma zdravlja Splitsko-dalmatinske županije u Imotskom te po 6 palijativnih postelja u Sinju, Supetru i Makarskoj. (<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>).

Do kraja 2016. godine ostvarene su sljedeće promjene u organizacijskim strukturama, objektima i službama palijativne skrbi:

Nove organizacijske strukture:

- povjerenstva za palijativnu skrb zadužena za izgradnju međusektorske suradnje i osiguranje ispunjavanja specifičnih lokalnih potreba za palijativnom skrbi;
- županijski koordinacijski centri za palijativnu skrb zaduženi za koordinaciju postojećih resursa zdravstvenog, socijalnog i obrazovnog sustava, kao i nevladine udruge u cilju pružanja što bolje palijativne skrbi i promicanja javne svijesti

Novi sadržaji i usluge:

- pružanje stacionarne palijativne skrbi postalo je obvezno za sve bolnice, a jedan posto bolničkih kreveta u svakoj općoj bolnici namijenjeno je palijativnoj skrbi.
- broj kreveta za palijativnu skrb porastao je s 3 na milijun stanovnika u 2012. na 48 u 2016. (ukupno 206 kreveta u cijeloj zemlji), što je 60% ciljne vrijednosti.

Prepoznate su pozitivne povratne informacije i rezultati razdoblja 2014.-2016., a osnovni koncept razvoja i ciljevi su produženi za sljedeće tri godine 2017.-2020.

Tablica 1. Razvoj resursa palijativne skrbi, 2016. – 2020.

/Izvor: Ministarstvo zdravstva 2021./

Minimalni standard sredstava za palijativnu skrb po županiji	Stvarni resursi za palijativnu skrb	
	2016.	2020.
Jedan županijski koordinacijski centar	5/21	17/21
Jedno županijsko povjerenstvo za palijativnu skrb	7/21	11/21
Jedan tim mobilnih domova za palijativnu skrb po županiji	10/21	14/21 ^a
Jedan najam pomagala za mobilnost po županiji	21/21 ^a	21/21 ^a
Jedan bolnički tim za palijativnu skrb u svakoj bolnici za akutnu skrb	16/31	16/31
80 kreveta za palijativnu skrb na 1 milijun stanovnika	48	88
Jedna klinika za palijativnu bol u bolnici po županiji	19/21 ^a	19/21 ^a

a Neke su županije razvile više sredstava od potrebnog minimuma.

Poveznice:

<https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis-za-2020-tablicni-podaci/>

<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>

Rana intervencija kod djece s poremećajima u razvoju

Temeljem Konvencije o pravima djeteta i Konvencije o pravima osoba s invaliditetom te sukladno Programu UN-a za održivi razvoj 2030. i ciljevima održivog razvoja, kroz Nacionalnu strategiju za prava djece u Republici Hrvatskoj 2014. – 2020. i Nacionalnu strategiju izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2017. – 2020., RH se obvezala na pristup usmjeren ka dobrobiti djece i obitelji kao temelja društvenog i gospodarskog razvoja.

U RH se godišnje rodi oko 3.700 neurorizične djece od ukupno oko 37.000 rođenih, a od toga je oko 1.100 visoko neurorizične djece.

Prema Zakonu o roditeljskim potporama (NN 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14, 59/17, 37/20) zaposleni roditelj djeteta s težim smetnjama u razvoju ima pravo na rad s polovicom punog radnog vremena, ima pravo na novčanu naknadu. S tim u vezi, u 2020. godini evidentirano je 5 094 korisnika dopusta radi njege djeteta s težim smetnjama u razvoju te 6 431 korisnik prava na rad s polovicom punog radnog vremena radi njege djeteta s težim smetnjama u razvoju.

Perinatalna oštećenja mozga nisu progresivna, proces maturacije i plastičnosti uz ranu primjenu terapijskih postupaka omogućuje njegov funkcionalni oporavak. Zato je vrlo važno prepoznavanje i uključivanje takve djece u program rane dijagnostike, rane intervencije i rehabilitacije ovisno o odstupanju (u fizioterapiju, radnu terapiju, logoterapiju, terapiju senzoričke integracije, psihološku terapiju, itd.) u svrhu smanjenja rizika od nastanka invaliditeta.

Rana intervencija uz ranu dijagnostiku, terapiju i rehabilitaciju djece koja imaju teškoće u razvoju ili kod koje postoji faktor rizika za razvojno odstupanje, uslijed bioloških ili okolišnih (socijalnih) faktora, obuhvaća i proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške djeci i njihovim roditeljima.

Također je od izuzetne važnosti da roditelji mogu dobiti savjet socijalnog radnika i psihologa, zbog ostvarivanja socijalnih prava. Problem predstavljaju i disfunkcionalne obitelji koje se ne mogu nositi sa spoznajom teškog napretka i mogućeg razvoja cerebralne paralize kao i kod poduzimanja potrebnih mjera u slučaju socijalnih rizika koji utječu na rast i razvoj djeteta.

Prve su godine života od iznimnog značaja za razvoj svakog djeteta, a posebno rani razvoj i rana intervencija kod rizične djece bez obzira da li se radilo o biološkim čimbenicima kao što su perinatalna oštećenja mozga ili rijetke bolesti, ili socijalnim rizicima.

Rani razvoj i rana intervencija zahtijevaju usku međuresornu suradnju, a svaki sustav za sebe može više i bolje, a zajedno se može puno bolje i to koristeći postojeće resurse i znanja.

Pravobraniteljica za osobe s invaliditetom, Pravobraniteljica za djecu, UNICEF-a Hrvatska i Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu pokrenule su inicijativu za stvaranje institucionalnog okvira za pružanje koordiniranih usluga u okviru zdravstvenog, obrazovnog i socijalnog sustava za dobrobit djece u potrebi i za pomoć njihovim roditeljima.

Vlada RH je krajem prošle godine osnovala Povjerenstvo za ranu intervenciju u djetinjstvu i Izvršnu radnu skupinu za izradu Nacionalnog strateškog plana za razvoj rane intervencije u

djetinjstvu koji će biti temelj za uspostavu i razvoj sustava rane intervencije u djetinjstvu, izradu stručnih smjernica, standarda i procedura za programe rane intervencije.

Ured UNICEF-a za Hrvatsku je pokrenuo i naručio sveobuhvatno istraživanje pod nazivom „Situacijska analiza programa rane intervencije u Hrvatskoj“ u cilju poboljšanja života najmlađe djece, od rođenja do 6 godina, s razvojnim odstupanjima i/ili teškoćama te njihovih obitelji.

Istraživanje je proveo RISE Institut (SAD) pod vodstvom renomirane stručnjakinje u izradi javnih politika, programa i istraživanja u području obrazovanja i ranog razvoja dr.sc. Emily Vargas Barón („Rana intervencija u djetinjstvu UNICEF, analiza stanja u RH

<https://www.unicef.org/croatia/media/5001/file/Rana%20intervencija%20u%20djetinjstvu%20-%20analiza%20stanja%20u%20Republici%20Hrvatskoj.pdf>)

Situacijska analiza predstavlja podlogu za planiranje budućih politika čiji je cilj poboljšati život najmlađe djece (od rođenja do 6 godina) s razvojnim odstupanjima i/ili teškoćama te njihovih obitelji.

Situacijska analiza daje uvid u:

- potrebe djece i obitelji za uslugama rane intervencije;
- postojeće politike i institucionalne okvire za pružanje usluga rane intervencije;
- kvalitetu i dostupnost usluga rane intervencije, te kapacitete pružatelja usluga;
- financiranje i troškove usluga rane intervencije; kao i
- preporuke za rješavanje nedostataka i unaprjeđenje politika i programa, s posebnim osvrtom na multisektorski i sistemski pristup ranoj intervenciji.

Glavni nalazi ove analize pokazuju:

- 24.169 djece u dobi do pet godina potencijalni su primatelji usluga rane intervencije,
- samo 1 od 8 djece potencijalnih primatelja dobiva usluge rane intervencije,
- 47 programa rane intervencije u RH koristi 2.914 djece u dobi od 0 do 5 godina,
- 15 županija ima barem jedan program rane intervencije,
- 10% obitelji uključenih u programe rane intervencije žive u ruralnim područjima,
- Za 85% obitelji, usluge rane intervencije predaleko su od njihovih domova,
- 45% obitelji djece s teškoćama ne uključuje se u programe rane intervencije radi stigme povezane s teškoćama/invaliditetom,
- 15% do 25% obitelji uključenih u usluge rane intervencije žive u siromaštvu.

Ovi iznimno vrijedni podaci baza su za planiranje budućih politika koje za cilj imaju poboljšanje života najmlađe djece s razvojnim teškoćama (0-6) i njihovih obitelji. U analizi se

kao velika prednost rane intervencije u RH ističe visoko kvalificirani i iskusni stručnjaci kao i trend rasta sredstava koja se godišnje osiguravaju za tu svrhu što pokazuje opredjeljenje RH da osigura usluge za djecu s razvojnim teškoćama i njihove obitelji.

Jedan od najbitnijih uvida istraživanja je nesrazmjer u potrebi i stvarnom korištenju usluga rane intervencije – istraživanje je pokazalo da je u 2019. godini u RH uvjete za korištenje ispunjavalo 24,169 djece, dok ih je tek 2,914 koristilo programe rane intervencije.

Trenutna dostupnost programa rane intervencije ukazuje na nejednakost s obzirom na geografsku pokrivenost programa rane intervencije te značajnu potrebu za njihovim širenjem. Uz to, kako bi bili kvalitetni i učinkoviti programi, isti zahtijevaju izradu okvira cjelokupne sustavne podrške za pružanje usluga.

Vrijednost ovog istraživanja će biti posebno značajna za rad Povjerenstva za ranu intervenciju u djetinjstvu budući da nudi važne uvide i smjernice za izgradnju sustava rane intervencije te izradu Nacionalnog strateškog plana i Akcijskog plana za ranu intervenciju.

Nacionalni strateški plan sustava rane intervencije u djetinjstvu pružit će dugoročnu viziju, misiju, ciljeve i strateške prioritete sustava rane intervencije u svrhu poboljšanja razvoja djece suočene s rizičnim stanjima, osjetljivog stanja pri porodu, odstupanja u razvoju, teškoća i poremećaja u ponašanju i mentalnom zdravlju. Strateški plan će se usmjeriti na pripremu roditelja i obitelji na unaprjeđenje razvoja njihove djece prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti u djetetovom prirodnom okruženju.

Strateški plan za ranu intervenciju ostvarit će sljedeće:

- predstaviti prioritetne usluge i aktivnosti u svakom strateškom prioritetu;
- omogućiti stvaranje sinergije između pružatelja usluga rane intervencije i drugih programa na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini;
- razviti organizacijsku strukturu za provedbu Strateškog plana usluga rane intervencije;
- uključiti sveobuhvatni plan za početnu izobrazbu i stručno usavršavanje u svim područjima rane intervencije;
- razviti plan ulaganja za unaprjeđenje, razvoj i proširenje usluga za djecu i njihove roditelje, u cilju maksimalnog iskorištavanja postojećih i planiranih ljudskih i financijskih resursa;
- uključiti korake za razvoj nacionalnog plana praćenja i procjene (evaluacije) provedbe Strateškog plana rane intervencije; i
- zagovarati ciljeve Strateškog plana rane intervencije u djetinjstvu i promicati inicijative socijalne komunikacije.

Nacionalni strateški plan rane intervencije u djetinjstvu uključit će detaljan Akcijski plan, koji će navesti sve planirane zadaće, tijela odgovorna za njihovu provedbu, pokazatelje, rokove i proračunska sredstva izračunata na temelju analiza troškova.

Kako bi se osiguralo pružanje visokokvalitetnih usluga rane intervencije u svim dijelovima RH, pripremit će se Smjernice, standardi i procedure za Programe rane intervencije Programa za ranu intervenciju u djetinjstvu. U tom dokumentu izložit će se nacionalna pravila, temeljni pojmovi, sadržaj i metode svih usluga rane intervencije. Smjernice će poslužiti za ujednačavanje i jačanje postojećih usluga rane intervencije, a također i pomoći u osiguravanju njihove dobre koordinacije s drugim uslugama koje su nužne za djecu i njihove obitelji.

Postupak strateškog planiranja rane intervencije u djetinjstvu provodit će se na način koji će omogućiti blisku suradnju između svih relevantnih ministarstava, dionika, UNCEF-a i drugih partnera koji podržavaju ovaj proces nacionalnog planiranja, koji je iznimno važan za poboljšanje budućnosti najmanje 20% do 25% dojenčadi i male djece u RH.

Potpuna nacionalna pokrivenost usluga rane intervencije ostvarit će se u fazama kroz razdoblje od pet do sedam godina.

b) Osnovni problemi

Osnovni problemi su nedostatak pouzdanih statističkih podataka, regionalna nejednakost dostupnosti usluga, nedovoljna usklađenost terminologije u nacionalnim propisima, nedovoljna financijska sredstva te nedostatna sinergija u planiranju i provedbi mjera i aktivnosti svih ključnih dionika. S obzirom na nedostatan broj stručnih radnika koji sudjeluju u pružanju zdravstvenih i socijalnih usluga što otežava razvoj socijalnih usluga u zajednici, nužno je zapošljavanje dodatnih stručnjaka kao i uvođenje novih profila radnika za pružanje novih modela usluga.

U zdravstvenom sustavu zamijećen je određen nedostatak povezanosti između razina zdravstvene zaštite, stoga je potrebna informatizacija, umrežavanje i koordinacija kroz razmjenu podataka o pacijentu i konzultacije dok je za potrebe pružanja zdravstvene skrbi na otocima uočena potreba za uspostavom zdravstvene zaštite na daljinu kroz telemedicinska rješenja.

Također je nužna izrada protokola o postupanjima između zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi s ciljem ujednačavanja postupanja, brže koordinacije između dva sustava te povećanja dostupnosti zdravstvenim uslugama.

Potrebno je unaprijediti komunikaciju između zdravstvenih radnika i pacijenata širenjem telemedicinskih usluga te s ciljem povećanja dostupnosti zdravstvenim uslugama razvijati i

telemedicinske zdravstvene usluge za nadzor i praćenje pacijenata na kućnoj skrbi u obliku savjetovanja ili praćenja kronične terapije (m- zdravstvo - praćenje kroničnih bolesnika na daljinu – kontrola terapije kod dijabetičara i sl.).

Također je vidljiva regionalna neravnomjernost u pružanju socijalnih usluga; u pojedinim se županijama uopće ne pružaju određene usluge ili se one ne pružaju u dovoljnoj mjeri u odnosu na potrebe za pružanjem tih usluga.

Usluge za pojedine kategorije korisnika kao što su djeca s teškoćama u razvoju i odrasle osobe s intelektualnim osjetilnim i tjelesnim oštećenjima nerazvijene su u Ličko-senjskoj županiji i Požeško-slavonskoj županiji, dok su djelomično razvijene u ostalim županijama. Usluge za odrasle osobe s mentalnim oštećenjem u potpunosti nedostaju u Ličko-senjskoj županiji dok su u ostalim županijama usluge djelomično razvijene.

Vezano uz osobe starije dobi u RH postoje smještajni kapaciteti za 29.414 odnosno za 3,68% osoba u dobi od 65 i više godina što je daleko niže od prosjeka EU koji iznosi 5%. Po broju kreveta u ustanovama za dugotrajnu skrb RH je na dnu ljestvice država članica EU (manji broj su imale samo Bugarska i Rumunjska). Smještajni kapaciteti za starije osobe nisu ravnomjerno rasprostranjeni po županijama. Najveći nedostatak je u Krapinsko-zagorskoj, Primorsko-goranskoj, Ličko-senjskoj, Virovitičko-podravskoj, Zadarskoj, Šibensko-kninskoj, Splitsko-dalmatinskoj, Istarskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji gdje su smještajni kapaciteti ispod prosjeka za RH (3,68%). U navedenim je županijama potrebno osigurati dodatne kapacitete kako bi se osigurala ravnomjernija dostupnost skrbi za starije osobe.

Analiza koju je izradio OECD za potrebe Projekta Formalni i neformalni oblici skrbi (SRSP, 2019.) prikazuje da u RH u 2017. godini u bolnicama bilo 4.152 kreveta za dugotrajnu skrb, a provedena je i analiza naknada i dostupnosti formalne skrbi za starije osobe u RH te istraživanje o stanju neformalne skrbi te je dana preporuka da se starijoj osobi omogući pravo na njegovatelja u vlastitom domu.

U 2020. godini provodilo se istraživanje potreba osoba starije životne dobi u trajanju od dva mjeseca pri centrima za socijalnu skrb. U istraživanju je sudjelovala 3001 osoba starije životne dobi, a obuhvaćene su bile sve županije. Istraživanje je provedeno radi utvrđivanja vrsta usluga iz sustava socijalne skrbi za kojima postoji najveća potreba. Rezultati su pokazali da starije osobe smatraju da su usluga pomoći u kući i usluga smještaja najpotrebnije socijalne usluge, što znači da je ponajprije potrebno razvijati usluge u lokalnoj zajednici koje će starijim osobama omogućiti da ostanu što duže živjeti u vlastitim domovima.

Jedan je od strateških ciljeva Vlade Republike Hrvatske upravo i smanjivanje regionalnih nejednakosti u pristupu zdravstvenim i socijalnim uslugama kao bitne pretpostavke razvoja

suvremenog društva u kojem svatko ima pravo na društvenu solidarnost, ravnopravnost i jednake prilike.

Socijalne usluge u sustavu socijalne skrbi iznimno su bitan dio usluga u širem smislu (zdravstvo, odgoj, obrazovanje, obiteljske potpore i dr.) kojima se osigurava poboljšanje kvalitete života i jačanje socijalne kohezije na temelju jednakih prilika i jednake brige za socijalno osjetljive skupine.

Neujednačenost dostupnosti usluga u zajednici dovodi do nejednakih mogućnosti za pojedine kategorije korisnika socijalnih usluga. Socijalne su usluge dio javnih usluga, a cilj im je stvaranje djelotvornih organizacija, osnaživanje zajednice i promicanje jednakosti te jednakih mogućnosti. Osim socijalnih usluga, često je zbog prirode teškoća s kojima se korisnik susreće, potrebno osigurati i integrirane usluge. Pri integraciji socijalnih usluga polazi se od toga da njihova integracija podrazumijeva uklanjanje administrativnih i drugih granica među pojedinim socijalnim i zdravstvenim službama.

Socijalne usluge obično se pružaju pojedincima vezano uz njihove specifične potrebe i okolnosti; uključuju prevenciju, promicanje promjena, pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba svima koji ih sami ne mogu podmiriti, kao i stručnu podršku pojedincu, obitelji i skupinama u svrhu unapređenja kvalitete života i osnaživanja u samostalnom zadovoljavanju životnih potreba te njihovog aktivnog uključivanja u društvo.

U tipične korisnike socijalnih usluga ubrajaju se starije osobe, djeca s teškoćama u razvoju, obitelji i osobe s invaliditetom. One podrazumijevaju individualizirane, specifične potrebe korisnika, u posebnim okolnostima koje zahtijevaju integraciju usluga više sustava (resora). Kvaliteta usluga općenito je subjektivnog karaktera i ovisi prije svega o razini zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika, a napredak kvalitete usluga baziran je na međusektorskoj suradnji.

Ad 4. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Ulaganjima kroz EFRR ulagat će se u nabavu opreme za učinkovitije pružanje usluga mobilnih timova za mentalno zdravlje, palijativnih mobilnih timova, timova za pružanje usluga dugotrajne skrbi, kao i nabava opreme i opremanje kabineta za pružanje rehabilitacije i rane intervencije vulnerabilnim skupinama. Predviđena alokacija za ovu vrstu ulaganja iznosi 140 milijuna HRK.

Strateški cilj 5 „Zdrav, aktivan i kvalitetan život“ u okviru NRS-a. predviđa unaprjeđenje sustava hitne medicinske pomoći i jačanje domova zdravlja i izvanbolničke specijalističke zdravstvene zaštite, ubrzanje i transformaciju bolničkog sustava, dostupnost medicinskih

usluga na otocima i ruralnim područjima, širu upotrebu telemedicinskih usluga, koordinaciju sa socijalnom skrbi i cjeloživotni razvoj stručnih kompetencija zdravstvenih radnika.

Nacionalna razvojna strategija prepoznaje važnost dobrog zdravlja kao ključnog preduvjeta za gospodarski i društveni razvoj, jer pridonosi povećanoj produktivnosti i učinkovitoj radnoj snazi. Izdvajanja za sektor zdravstva u tom kontekstu trebaju se promatrati kao ulaganja, vodeći računa da svi stanovnici RH moraju imati jednaku priliku koristiti se zdravstvenim uslugama sustava. S tim u vezi naglasak je na unaprjeđenju zdravstvene zaštite za osobe s invaliditetom neovisno o dobi i na ravnopravnoj osnovi s drugima što podrazumijeva dostupnost, priuštivost i pristupačnost zdravstvenih usluga. Usluge u sustavu zdravstvene zaštite moraju odgovarati specifičnim potrebama osoba s invaliditetom koje su im posebno potrebne zbog njihovog invaliditeta, uključujući primjerenu ranu identifikaciju i intervenciju. Očuvanje funkcionalne sposobnosti pridonosi njihovoj produktivnosti i učinkovitosti u svim područjima života.

Život u zajednici jedno je od temeljnih ljudskih prava a isto se za osobe s invaliditetom ostvaruje osiguravanjem potrebne vrste i stupnja podrške koja im omogućuje ostanak u obitelji. Proces deinstitutionalizacije i transformacije domova podijeljen je u tri povezana dijela koji nužno moraju teći paralelno kako bi se postigli očekivani rezultati u odnosu na trenutno stanje vezano uz broj korisnika u domovima socijalne skrbi i dostupnost usluga u zajednici i to: 1) proces deinstitutionalizacije, 2) proces transformacije i 3) proces prevencije institucionalizacije i razvoj izvaninstitucionalnih usluga te službi podrške u zajednici. Osiguravanje pristupa širokom rasponu usluga, kroz razvoj izvaninstitucijskih socijalnih usluga, kako usluga propisanih Zakonom o socijalnoj skrbi (NN 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, 98/19, 64/20, 138/20) tako i socijalnih usluga u širem smislu (postojećih i inovativnih), a koje se pružaju osobama s invaliditetom u njihovom domu ili u zajednici, omogućit će provedba procesa deinstitutionalizacije i prevencije institucionalizacije osoba s invaliditetom. Širenje usluge organiziranog stanovanja za osobe s invaliditetom stvara uvjete za deinstitutionalizaciju korisnika, kao i za prevenciju institucionalizacije. Daljnje osiguravanje i unaprjeđenje usluge osobne asistencije doprinosi sprječavanju izolacije ili segregacije iz zajednice. Razvoj inovativnih usluga psihosocijalne podrške u zajednici pridonijet će zaštiti mentalnog zdravlja osoba s invaliditetom, a razvijanjem usluge odmora od skrbi obiteljima koje skrbe o članu obitelji koji je u potpunosti ovisan o njihovoj podršci zbog invaliditeta, pružit će se potrebna podrška u skrbi kako bi ostvarili kvalitetan odmor od svakodnevnih zahtjeva i obaveza pružanja skrbi, a samoj osobi s invaliditetom omogućit će se sudjelovanje u životu zajednice neovisno od članova obitelji. Osiguravanje prava na neovisan život i prava na odabir mjesta života prema vlastitom izboru preduvjet je aktivnog i kvalitetnog života osoba s invaliditetom.

Kako su mapiranjem potreba u zdravstvu na razini svih županija uočeni nedostatni kapaciteti za pružanje dugotrajne skrbi, potrebno je stvoriti infrastrukturu za takav sustav te educirati osoblje za takav specifičan rad, kao i organizirati metode praćenja i koordinacije izvaninstitucionalnih pružatelja zdravstvene i socijalne skrbi.

Kako bi se optimizirali troškovi i olakšalo dugotrajnim pacijentima primanje socijalnih i zdravstvenih usluga, cilj je integrirati ova dva u jedan učinkovitiji i kvalitetniji sustav koji će omogućiti pružanje zdravstvenih i socijalnih usluga kroz skrb u kući uz rasterećenje stacionarnih zdravstvenih resursa i poboljšanje zdravstvenih ishoda.

Također, kroz mapiranje potreba u zdravstvu, uočena je velika potreba za formiranjem i opremanjem svih vrsta mobilnih timova, uz posebno izraženu potrebu za formiranjem palijativnih i timova za mentalno zdravlje.

Ulaganjima kroz EFRR ulagat će se u nabavu opreme za učinkovitije pružanje usluga mobilnih timova za mentalno zdravlje, palijativnih mobilnih timova, timova za pružanje usluga dugotrajne skrbi, kao i nabava opreme i opremanje kabineta (logopedskih, psiholoških, fizikalne terapije), za pružanje rehabilitacije i rane intervencije vulnerabilnim skupinama te kućnog liječenja kroničnih bolesnika (npr. uvođenje kućne hemodijalize).

Cilj uspostave mobilnih timova je brži oporavak pacijenta, lakša ponovna integracija u zajednicu, smanjenje stope hospitalizacija, smanjenje stope invalidnosti te posljedično, smanjenje broja psihijatrijskih postelja kao i potrebe za dugotrajnom stacionarnom skrbi. Uspostavit će se mobilni timovi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici za osobe sa teškim mentalnim poremećajima, uključujući osobe sa dijagnozama: (F20-F39) Shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja kao i poremećaji raspoloženja.

Trenutačno u RH djeluje ukupno 1346 pružatelja socijalnih usluga (82 centra za socijalnu skrb, 68 državnih pružatelja socijalnih usluga, 1 196 nedržavnih pružatelja socijalnih usluga) te 2618 udomiteljskih obitelji od toga 1300 za odrasle i 1318 za djecu. Socijalne se usluge mogu ostvarivati unutar mreže ili izvan nje. U mreži se ostvaruju usluge temeljem rješenja centara za socijalnu skrb, a pružaju ih ustanove čiji je osnivač RH, te drugi osnivači s kojima je sklopljen ugovor o pružanju socijalnih usluga. Mreža socijalnih usluga trenutačno obuhvaća 68 državnih pružatelja socijalnih usluga i 408 pružatelja socijalnih usluga drugih osnivača s kojima je sklopljeno ukupno 465 ugovora o pružanju tih usluga.

Kako bi sustav socijalne skrbi što uspješnije odgovorio na rješavanje teškoća vezanih uz ionako složene, zahtjevne i brojne potrebe socijalno osjetljivih skupina i njihovo socijalno uključivanje

te primjereno zadovoljavanje osnovnih životnih potreba pristupilo se donošenju nacionalnih planova, i to:

- Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga 2021.-2027.
- Nacionalni plan izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2021.-2027. i
- Nacionalni plan borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti 2021.-2027.

Potrebe ranjivih skupina vezanih uz socijalne usluge obuhvaćene su mjerama Nacionalnog plana razvoja socijalnih usluga, a posebna skrb za osobe s invaliditetom obuhvaćena je mjerama Nacionalnog plana za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom. Mjerama predviđenim Nacionalnim planom borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti doprinijet će se smanjenju siromaštva i socijalne isključenosti te kvaliteti življenja kroz koordinirani sustav potpore skupinama u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti.

Polazeći od pretpostavke da dostupnost adekvatnih službi podrške u zajednici prevenira institucionalizaciju korisnika, u narednom razdoblju planirane su aktivnosti daljnjeg razvoja izvaninstitucionalnih socijalnih usluga na područjima na kojima te usluge nisu dostatne ili uopće nisu dostupne za djecu i obitelji u riziku, osobe s invaliditetom, starije osobe te ostale socijalno osjetljive skupine.

Starijim i ostalim osobama kojima je zbog otežane funkcionalne sposobnosti i narušenog zdravstvenog stanja potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu, neophodno je osigurati primjerene usluge dugotrajne intenzivne skrbi u vlastitom domu (primjerice zapošljavanjem njegovatelja za starije) kao i dostatne smještajne kapacitete. Prema prethodno prikazanim rezultatima Ankete o starijim osobama, potrebno je razvijati usluge boravka i usluge pomoći u kući koje povećavaju kvalitetu života starijih osoba i omogućuju duži ostanak u njihovim domovima.

Kako bi se uklonile administrativne i druge granice među pojedinim službama, naročito kada se radi o dugotrajnoj skrbi, važno je osigurati dostupnost ne samo socijalnih usluga već i zdravstvenih usluga.

Razvoj modela za povezivanje sustava zdravstva i socijalne skrbi na području dugotrajne skrbi bit će usmjeren na:

- razinu skrbi u kući, zajednici s ciljem postizanja pokrivenosti zdravstvenih odnosno socijalnih potreba 24 sata dnevno sedam dana u tjednu
- koordinaciju i horizontalno i vertikalno povezivanje zdravstvenih ustanova (bolnice, domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu, ustanove za palijativnu skrb), te zdravstvenih ustanova i ustanova socijalne skrbi (domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu, ustanove

za palijativnu skrb, domovi za starije i nemoćne) s ciljem racionalnog korištenja resursa i cjelovitog menadžmenta skrbi za pacijente,

- horizontalno i vertikalno povezivanje svih oblika skrbi i dionika u procesima koji zahtijevaju najsloženije medicinske zahvate i specifične oblike skrbi (funkcionalne regije vezane uz kliničke jedinice, funkcionalne regije vezane uz specijalne bolnice),
- Operativni plan s vremenskim okvirom aktivnosti koje se trebaju provesti kako bi se ostvarili zacrtani ciljevi funkcionalnog povezivanja zdravstva i socijalne skrbi na području dugotrajne skrbi

Bolja integracija resursa zdravstva i socijalne skrbi omogućit će učinkovitiju i kvalitetniju skrb u kući i zajednici uz rasterećenje stacionarnih zdravstvenih resursa i poboljšanje zdravstvenih ishoda. Posebna pozornost posvetit će se dostupnosti skrbi u lokalnim zajednicama, poglavito u slabo naseljenim područjima, udaljenim, izoliranim i ruralnim područjima i otocima gdje će trebati aktivnije koristiti suvremena sredstva prijevoza i telemedicinska rješenja. Definirat će se i osnovne odrednice koje određuju dugotrajnu skrb, a to su: kontinuitet, koordinacija, integracija, dugotrajna skrb, koncept 24/7/365, kućna njega, skrb u zajednici, skrb u organiziranim oblicima stanovanja i zbrinjavanje u ustanovama.

Isto tako, razvijat će se usluge ili oblici skrbi koji su specifično usmjereni na vulnerabilne skupine, te će se nastojati postići bolja dostupnost zdravstvene zaštite sa posebnim naglaskom na stanovnike koji žive u ruralnim, udaljenim kontinentalnim područjima i/ili na otocima što se može postići izvanbolničkim ambulancama i mobilnošću osoblja.

Postizanje prilagodbe promjenama i potrebama u pružanju socijalnih usluga postići će se unapređenjem profesionalnih kompetencija radnika i udomitelja. U tu svrhu provodit će se kontinuirane i ciljane edukacije. Standardizacijom stručnih postupanja i uvođenjem smjernica za postupanje omogućit će se unapređenje radnih procesa, pouzdanost i ujednačavanje kvalitete.

5. IZAZOV: NEDOSTATAK POVEZANOSTI IZMEĐU RAZINA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

U zdravstvenom sustavu zamijećen je određen nedostatak povezanosti između razina zdravstvene zaštite, stoga je potrebna informatizacija, umrežavanje i koordinacija kroz razmjenu podataka o pacijentu i konzultacije.

Ad 5. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Ulagat će se u razvoj informacijskih sustava koji trenutno nisu interoperabilni. Također, ulagat će se i u uspostavu središnjeg tijela na državnoj razini, koje će funkcionirati na načelima profesionalnosti, nezavisnosti i transparentnosti, a u kojem će biti koncentrirana ekspertiza, odlučivanje i financiranje zdravstveno-informatičkih projekata u svrhu unapređenja upravljanja informatizacijom zdravstvenog sustava.

6. IZAZOV: KADROVI

Analiza stanja ukazuje na značajnu neravnomjernu raspoređenost liječnika u odnosu urbana i ruralna područja, kao i disproporciju između primarne i bolničke zdravstvene zaštite, jer se u posljednje četiri godine povećao broj liječnika u bolničkom sustavu, a smanjio broj u primarnoj i obiteljskoj medicini. U Country Reportu za 2019. godinu, broj liječnika primarne zdravstvene zaštite trenutačno je ispod prosjeka EU-a (17% svih doktora medicine u odnosu na 23% doktora medicine u EU), što predstavlja veliki problem u dostupnosti zdravstvene zaštite, a uočen je i povećani interes za ulaganjem u edukaciju zdravstvenoga osoblja.

Digitalni atlas hrvatskog liječništva je digitalna baza podataka o liječnicima u RH koja prikazuje brojne sociodemografske pokazatelje i podatke u realnom vremenu. Izvještaji prikazani u Digitalnom atlasu hrvatskog liječništva dobiveni su integracijom podataka iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore s referentnim izvorima podataka iz OIB sustava, HZMO, HZZO, Ministarstva zdravstva i dr. (<https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx>).

Prema podacima o popunjenosti mreže, na datum 30. rujna 2021. godine u djelatnosti obiteljske medicine ugovoreno je 2337 timova dok ih je, prema podacima potrebno 2452. Pružanje pedijatrijske skrbi na primarnoj razini također nije zadovoljavajuće. U nekim županijama popunjenost timova je dobra, dok u nekima nedostaje i po 8 timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Prema podacima Mreže javne zdravstvene služba ukupno nedostaje 225 liječničkih timova u djelatnostima obiteljske medicine, pedijatrije i ginekologije. U ruralnim i depriviranim područjima, u odnosu na potreban broj timova, ukupno nedostaju 134 tima (59 u djelatnosti opće/obiteljske medicine, 22 u djelatnosti zdravstvene zaštite žena, 6 u djelatnosti mentalnoga zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, 22 u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece i 25 u djelatnosti zdravstvene zaštite školske djece i

studenta) (<https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>).

Uz mapiranjem uočeni nedostatak medicinskog osoblja (liječnika, medicinskih sestara, magistara farmacije, stomatologa itd.), postoji i problem radnih uvjeta, dotrajale opreme, nedostatnih i neadekvatnih prostornih kapaciteta. Problem predstavlja i stalna fluktuacija radnika te manjak interesa za specijalizacije na primarnoj razini zdravstvene zaštite, kao i za manje atraktivne specijalizacije na razini sekundarne zdravstvene zaštite (psihijatrija, urologija i sl.).

Uvidom u rezultate mapiranja, uočeno je kako zaobalje i otoci, te ruralni krajevi nemaju jednako dostupnu zdravstvenu skrb. U nekima od županija Istočne Hrvatske, također je uočena potreba za jačanjem suradnje bolnice s dionicima primarne zdravstvene zaštite. Zbog nedostatka timova, pritisak na bolničke usluge je povećan jer pacijenti iz udaljenih i depriviranih područja pomoć moraju potražiti izravno u bolnicama. Potrebni timovi često nisu uspostavljeni i zbog neadekvatne opreme i infrastrukture.

Nastavno na navedeno, posebna pozornost posvetit će se stručnom i materijalnom položaju zdravstvenih radnika kako bi se zaustavio odljev znanja i iskustva s kojim je RH bila suočena tijekom proteklih godina zbog odlaska na rad u druge države članice EU. U tom smislu, ulagat će se u jačanje ljudskih resursa, uz poseban naglasak na cjeloživotni razvoj stručnih kompetencija, posebno u kontekstu osnaživanja zdravstvenih radnika za rad s ranjivim skupinama te u području dugotrajne skrbi.

Također, u djelatnosti obiteljske medicine 30% liječnika ili 670 njih starije je od 60 godina, a starijih od 65 godina i koji rade uz suglasnost ministra ima 162. Trenutno u djelatnosti obiteljske medicine ima 47,11% specijalista obiteljske medicine, a na specijalizaciji je samo 175 specijalizanata. Također u djelatnosti hitne medicine udio doktora specijalista hitne medicine u ukupnom broju ugovorenih timova iznosi 14,88%.

Svim stanovnicima u ruralnim i udaljenim područjima te na otocima, a naročito starijem i teže mobilnom stanovništvu potrebno je omogućiti tim, između ostalog, bolje zdravstvene usluge, a sve s ciljem poboljšanja kvalitete njihova života. Dodatno, mladim liječnicima potrebno je pružiti veće mogućnosti rada.

Poseban nedostatak liječnika osjeća se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito u ginekološkim i pedijatrijskim ambulancama, a vrlo je različita i razina broja pacijenata po jednom liječniku u pojedinim županijama. U djelatnosti obiteljske medicine trenutno je 47,11% specijalista opće/obiteljske medicine, a ostalo su ugovoreni liječnici bez specijalizacije. Stoga se sustav i temelji uglavnom na bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (najveći generator troškova i rješavanja

zdravstvenih potreba populacije), a što predstavlja ogromno opterećenje bolničkog sustava, a broj specijalista u bolničkom sustavu je također u padu.

Prema stanju popunjenosti Mreže javne zdravstvene službe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za listopad 2020.:

- u djelatnosti obiteljske (opće) medicine nedostaje 197 liječnika (potrebno 2452 tima/ugovoreno 2333 timova uključujući timove bez nositelja (81)),
- u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece: nedostaju 74 pedijatra (potrebno 330 timova/ugovoreno 282 tima (uključujući timove bez nositelja)),
- u djelatnosti zdravstvene zaštite žena: nedostaje 97 ginekologa (potrebno 335 timova/ugovoreno 278 timova (uključujući timove bez nositelja)),
- u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite: nedostaje 239 doktora dentalne medicine (potrebno 2271 tim/ugovoreno 2057 timova (uključujući timove bez nositelja)),
- u djelatnost medicine rada: nedostaje - 31 (potrebno 193 timova/ugovoreno 162)).

Prema podacima o broju liječnika na razini države, situacija je u povoljnom trendu općenito. Porast ukupnog broja liječnika temelji se prije svega na porastu mladih tek diplomiranih liječnika i porastu broja specijalizanata. Rast broja liječnika je kontinuiran u cijeloj zapadnoj Europi već desetljećima zbog povećanih potreba sustava, starenja stanovništva (iseljavanju je sklonija mlađa populacija koja rjeđe koristi zdravstvene usluge), sve je više dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) i procedura i sve su složeniji. Stanje, kao i općeniti trend je moguće analizirati kroz velik broj raznih prikaza, ali udio broja liječnika u dobi 60 i više godina sa zaposlenjem u javnom dijelu zdravstva na 31.12.2019. bio je 14,9% (2076/13846), a prema stanju na dan 1.12.2020. je 15,4% (2165/14022).

Međutim, udio liječnika starijih od 60 godina u djelatnostima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je skoro u duplo većem postotku. Liječnici u PZZ-u su prosječno stariji od bolničkih liječnika. Broj specijalizanata u odnosu na kraj 2019. prema 1.12.2020. je 3005:3033, ali još uvijek nedostatan za popunjavanje praznih mjesta u Mreži javne zdravstvene službe i za nadomještanje odlazaka u mirovinu te razvoj pojedinih djelatnosti. Na godišnjoj razini na medicinskim fakultetima u RH diplomira oko 500 studenata, što znači da je od ulaska RH u EU diplomiralo oko 2.000 doktora medicine.

Bolničke zdravstvene ustanove u RH pružaju glavninu ambulantnih specijalističkih usluga. Nacrt Nacionalnog plan razvoja zdravstva 2021. do 2027. predviđa kako će se ustanove na

primarnoj razini zdravstvene zaštite, domovi zdravlja, također angažirati na pružanju izvanbolničkih specijalističkih usluga (u partnerstvu s bolnicama) bliže zajednicama u kojima ljudi žive. Ovo će također ublažiti dio pritiska na bolnice kao najskuplji oblik skrbi.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti bilježi se manjak liječnika i nepopunjene ambulante, naročito u ruralnim područjima i otocima, te veoma visok prosječan broj osiguranika u skrbi (oko 1,700). Stopa upućivanja u specijalističku zdravstvenu zaštitu je unatoč znatnom smanjenju (od 26,2% pacijenata u 2008. do 15,1% u 2017.) još uvijek previsoka. Udio specijalista obiteljske medicine još uvijek je prenizak, a domovi zdravlja izgubili su ključnu ulogu stručnih koordinatora zdravstvenih radnika i aktivnosti u svom okružju. Na primarnoj razini ne pružamo dovoljno nutricionističkih, palijativnih, psiholoških i farmakoloških usluga. Ne pružamo niti izbliza dovoljno usluga u zajednici.

Velika opterećenost liječnika i medicinskih sestara administrativnim zadacima ometa pružanje kvalitetne skrbi te jače uključivanje u preventivne i promotivne aktivnosti ključne za unaprjeđenje zdravlja populacije. Ljudski resursi, stručni i posvećeni zdravstveni radnici, najveća je vrijednost našeg zdravstvenog sustava. No, desetljeća neadekvatnog planiranja i upravljanja doveli su do situacije u kojoj su mnoge ambulante primarne zdravstvene zaštite prazne, a bolnice se, naročito manje, susreću s ozbiljnim poteškoćama u zapošljavanju potrebnih medicinskih sestara i liječnika.

Plaće, koje su zadnjih godina znatno rasle, pritom su samo jedan uzroka problema. Dostupne ankete koje je provela Hrvatska liječnička komora ukazuju na druge sustavne izazove koji uzrokuju nezadovoljstvo zdravstvenih radnika: slabo upravljanje i organizaciju rada, teške radne uvjete, neadekvatnu provedbu obrazovanja i stručnog usavršavanja, itd.

Ugovorena mreža u djelatnosti higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite broji 115 timova te u istoj nedostaje 13 timova. Dio timova popunjen je djelatnicima starijim od 65 godina uz suglasnost ministra zdravstva. Stoga je od izuzetne važnosti da se postojeći broj timova popuni mladim specijalistima kako bi se djelatnost epidemiologije unaprijedila na području prevencije zaraznih bolesti i za potrebe rada u kriznim situacijama (kao što je to epidemija COVID-19). Dio epidemiologa radi i u timovima javnog zdravstva na području prevencije nezaraznih bolesti te imaju značajnu ulogu u prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti (kardiovaskularne bolesti, rak, dijabetes i sl.). Dio epidemiologa će se usmjeravati i na užu specijalizaciju iz zdravstvene ekologije s obzirom na to da je započelo popunjavanje mreže zdravstvene ekologije početkom 2020. (predviđen je po jedan tim zdravstvene ekologije u svakom zavodu za javno zdravstvo).

U Mreži djelatnosti preventivno odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata trenutno je ugovoreno 157 timova, a 31 tim nedostaje. Dio timova popunjen je djelatnicima starijim od 65 godina uz suglasnost ministra zdravstva. Radi popunjavanja mreže potrebno je osigurati sredstva za financiranje 21 specijalizacije iz školske i adolescentne medicine. Područje rada specijalista školske i adolescentne medicine je usmjereno na prevenciju, praćenje i unapređenje zdravlja školske djece i studenata (sistematski pregledi, kontrolni pregledi, namjenski pregledi i probiri, cijepljenje i docjepljivanje, savjetovani rad, zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja, utvrđivanje psihofizičke sposobnosti učenika i primjerenog oblika školovanja). Tijekom razdoblja epidemije COVID-19 ovi liječnici ujedno imaju veliku ulogu pri praćenju kontakata osoba oboljelih od bolesti COVID-19 te sudjeluju u cijepljenju protiv ove bolesti. Pri zavodima za javno zdravstvo važnu ulogu imaju i klinički mikrobiolozi zbog osiguranja procesa dijagnostike zaraznih bolesti te je za ovu djelatnost potrebno osigurati 21 specijalizaciju. Najveći teret dijagnostike virusa SARS-CoV-2 tijekom epidemije je na djelatnicima mikrobioloških laboratorija pri HZZO-u i zavodima za javno zdravstvo. Trenutno se dio nedostatnih kadrova popunjava djelatnicima starijim od 65 godina, uz suglasnost ministra zdravstva. Poseban nedostatak liječnika osjeća se u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito u ginekološkim i pedijatrijskim ambulancama, a vrlo je različita i razina broja pacijenata po jednom liječniku u pojedinim županijama.

U djelatnosti obiteljske medicine trenutno je 47,11% specijalista opće/obiteljske medicine, a ostalo su ugovoreni liječnici bez specijalizacije. Stoga se sustav i temelji uglavnom na bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (najveći generator troškova i rješavanja zdravstvenih potreba populacije), a što predstavlja ogromno opterećenje bolničkog sustava, a broj specijalista u bolničkom sustavu je također u padu.

Ad 6. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Prema preporuci Country Reporta za 2020. godinu, u svrhu uklanjanja geografskih prepreka ulagat će se u poboljšanje pristupa zdravstvenoj skrbi, odnosno u promicanje uravnotežene zemljopisne raspodjele zdravstvenih radnika i ustanova što će olakšati pristup zdravstvenim uslugama, a ulaganjem u povećanje broja liječnika pridonijet će se rješavanju problema nejednake distribucije zdravstvenih resursa te time osigurati jednak pristup zdravstvenoj zaštiti na razini cijele RH.

Izradit će se strateški okvir za ljudske resurse u zdravstvu koji će uspostaviti potrebe i omogućiti ravnomjernu raspodjelu zdravstvenih resursa na cjelokupnom području RH uzimajući u obzir planirane reforme i demografske trendove. U tom smislu, ulagat će se u jačanje ljudskih resursa, uz poseban naglasak na cjeloživotni razvoj stručnih kompetencija, posebno u kontekstu osnaživanja zdravstvenih radnika za rad s ranjivim skupinama te u području dugotrajne skrbi. Dodatna pažnja posvetit će se specijalističkom usavršavanju zdravstvenih radnika i programima cjeloživotnog učenja i prijenosa kompetencija kako bi se osigurao dovoljan broj liječnika na primarnoj razini zdravstvene zaštite, ali i liječnika specijalista na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite kako bi se osigurao dostatan broj liječnika specijalista za ključne zdravstvene izazove kao što su anesteziolozi, onkološki kirurzi, specijalisti onkologije, radioterapije, internističke onkologije, patolozi, radiolozi, psihijatri, pulmolozi, gastroenterolozi, ginekolozi, specijalisti otorinolaringologije, dermatolozi, specijalisti nuklearne medicine, kardiolozi, kardiokirurzi, neurolozi, endokrinolozi, psihijatri, psihoterapeuti, fizijatari, kao i ostalih zdravstvenih radnika poput medicinskih sestara/tehničara, inženjera medicinske fizike, radioloških tehnologa i dr.

Sukladno novom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, a u cilju učinkovitijeg planiranja ljudskih resursa u sustavu zdravstva po prvi puta je donesen Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja za petogodišnje razdoblje 2020.-2024. kojim je definiran broj i vrsta potrebnih specijalizacija na svim razinama zdravstvene zaštite. Nacionalni plan donosi se na prijedlog predstavničkih tijela JLP(R)S odnosno Grada Zagreba te pravnih i fizičkih osoba, uz prethodno pribavljeno mišljenje HZZO-a i nadležnih komora, a na temelju potreba razvoja zdravstvene djelatnosti na primarnoj, sekundarnoj i 959 tercijarnoj razini, potrebi privatnog zdravstvenog sustava za odgovarajućim specijalnostima zdravstvenih radnika, te broju, rasporedu i dobnoj strukturi zdravstvenih radnika u Mreži javne zdravstvene službe.

Nacionalnim planom specijalističkog usavršavanja za petogodišnje razdoblje (2020.-2024.) utvrđena je potreba za: 3825 specijalizacija i 555 užih specijalizacija doktora medicine, 447 specijalizacija doktora dentalne medicine, 75 specijalizacija magistara farmacije te 127 specijalizacija magistara medicinske biokemije.

S obzirom na demografsku sliku RH i sve starijeg stanovništva (neprekidan apsolutni i relativni rast populacije 65+), isto se reflektira i na javni zdravstveni sustav odnosno sve je više zdravstvenih radnika starijih od 60 godina, a određeni broj liječnika koji su već stekli uvjete za mirovinu i dalje ostaje u sustavu. U sljedećih pet godina tj. do kraja 2024. iz javnog zdravstva u mirovinu odlazi 1.902 liječnika, od toga 845 specijalista u bolnicama i 1157 liječnika u PZZ.

Zbog duljine trajanja specijalističkog usavršavanja potrebno je srednjoročno planiranje i neophodno je planirati specijalistička usavršavanja doktora medicine, magistara farmacije, doktora dentalne medicine i magistara medicinske biokemije na način da specijalizant završi specijalizaciju prije odlaska u mirovinu postojećeg specijaliste u zdravstvenoj ustanovi, kao i predvidjeti veći broj određenih specijalizacija kojih je manje od potrebnog broja.

Kako bi se osigurao dovoljan broj doktora medicine na primarnoj razini zdravstvene zaštite i na području javnog zdravstva putem NPOO-a i ESF-a će se omogućiti dodatno specijalističko usavršavanje zdravstvenih djelatnika, doktora medicine, na primarnoj razini zdravstvene zaštite, u području javnog zdravstva te medicinskih sestara i tehničara u djelatnosti hitne medicine i na taj način ostvariti ravnomjernu geografsku raspodjelu zdravstvenih djelatnika i dostatnu popunjenost Mreže javne zdravstvene službe.

Centralnim financiranjem specijalizacija odnosno osiguravanjem financijskih sredstava za te potrebe, spriječit će se financijski razlozi nemogućnosti specijalističkog usavršavanja dovoljnog broja zdravstvenih radnika kao i njihov neravnomjeran raspored. Nacionalni plan specijalističkog usavršavanja za petogodišnje razdoblje (2020.-2024), temeljen je na potrebi razvoja zdravstvene djelatnosti na svim razinama (primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj), kao i na potrebi zdravstvenog sustava za odgovarajućim specijalnostima zdravstvenih radnika, njihovom broju, rasporedu te dobnoj strukturi.

Kroz ESF+ program ulaganja će biti usmjerena prema edukaciji zdravstvenog osoblja sukladno nepopunjenim mjestima u mreži i iskazanim potrebama u petogodišnjem planu specijalističkih usavršavanja, dok će se teritorijalni pristup koristiti u ITP programu, uzimajući u obzir djelatnosti i dijagnostičko-terapijske postupke za koje je potrebna dijagnostička oprema, a koja trenutno nije u skladu sa standardima liječenja. Pri ulaganjima će se voditi računa o potrebama na terenu, pri čemu će se u obzir biti uzeti iskazi zdravstvenih ustanova za nabavom opreme koja zadovoljava minimalno uvjete standarda potrebnih za kvalitetnu dijagnostičku opremu/liječenje.

Ulaganja u kontinuirani profesionalni razvoj zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika doprinijet će povećanju broja zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka kojih u RH nedostaje i preopterećeni su brojem pacijenata o kojima skrbe.

Novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u cilju osiguravanja dostupnije i kvalitetnije zdravstvene zaštite stanovništvu na otocima i ruralnih krajeva, omogućeno je da zdravstveni radnik kojem

je rješenjem Ministarstva zdravstva dano odobrenje za obavljanje privatne prakse u ordinaciji, može sukladno ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite sklopljenim sa Zavodom obavljati privatnu praksu i u prostoru dislociranom od adrese odobrene privatne prakse, koji se nalazi na potpomognutom području ili području s razvojnim posebnostima te da može obavljati privatnu praksu u posebnom vozilu koje ispunjava uvjete sukladno pravilniku o normativima i standardima.

Ravnomjernija zemljopisna raspoređenost zdravstvenih radnika i ustanova olakšat će pristup zdravstvenim uslugama, a ulaganjem u povećanje broja liječnika pridonijet će se rješavanju problema nejednake distribucije zdravstvenih resursa u RH te time jednak pristup zdravstvenoj zaštiti na razini cijele RH.

Nastavno na model financiranja specijalističkih usavršavanja na razini RH, petogodišnji plan specijalističkih usavršavanja predviđa ulaganja kroz NPOO i kroz ESF+ program.

Kroz NPOO će se financirati specijalizacije za 2020. i 2021. godinu i to 467 specijalizacija za obiteljske liječnike i ostale specijalizacije na razini primarne zdravstvene zaštite i javnog zdravstva u iznosu od 660.026.740,00 HRK. Kroz ESF+ program plan je financirati specijalizacije koje započinju najranije 2022. godine.

U ovom će se razdoblju financiranje specijalizacija proširiti, educirat će se i drugi zdravstveni djelatnici (medicinske sestre, primalje, fizioterapeuti, logopedi i stručnjaci koji pružaju usluge rane intervencije), pri čemu su planirana sredstva, kroz ESF+ program, u iznosu većem od 385 milijuna HRK koja su ukupno viša od sredstava iskorištenih u prošlom razdoblju.

Kroz NPOO financirat će se specijalističko usavršavanje 375 prvostupnika sestринства u djelatnosti hitne medicine kojima će se povećati kompetencije u cilju unaprjeđenja kvalitete i učinkovitosti u zbrinjavanju hitnih stanja i smanjivanje potrebe za liječničkim timovima kroz proširenje kompetencija medicinskih sestara/tehničara, u iznosu od 100.000.000,00 HRK.

Sredstva za ostale specijalizacije na području primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite osigurat će se u sklopu ESF+ programa te nacionalnog i lokalnog proračuna.

Ulaganjima u razvoj telemedicine privremeno će se nadomjestiti nedostatak zdravstvenog osoblja uvjetovanog što prostornim specifičnostima, što prirodnom odljevu liječnika.

7. IZAZOV: KRIZNE SITUACIJE

S obzirom na izazove koje je donijela epidemija COVID-a 19, u svrhu poboljšanog odgovora na javnozdravstvene izazove koje donosi epidemija, potrebno je jačati kapacitete i infrastrukturu zdravstvenih institucija (bolnica) kao odgovor na pandemiju.

Pitanje uspostave djelatnosti frakcioniranja krvne plazme i proizvodnje cjepiva strateško je i geopolitičko pitanje.

Razvoj terapijskih sredstava proizvedenih iz bioloških materijala (imunološki lijekovi) ima veliki znanstveni i javnozdravstveni potencijal. U razvijenom svijetu napredovala su istraživanja bioterapijskih lijekova za stare i nove bolesti kao i za dugotrajna oboljenja suvremenog čovjeka, iz čega proizlazi sve veća potražnja za tim lijekovima.

Od kraja 90-tih, Europska komisija podupire razvoj cjepiva, a industrija cjepiva smatra se strateškim sektorom, kako za europsku ekonomiju, tako i za javno zdravstvo.

U prosincu 2018. Vijeće EU-a usvojilo je Preporuke za jačanje suradnje na prevenciji bolesti cijepljenjem (2018/C 466/01) s ciljem ostvarenja Europskog akcijskog plana za cijepljenje 2015.-2020., usmjeravanja Zajedničkog djelovanja na području cijepljenja, te poboljšanja nacionalnih programa i politika cijepljenja. Preporuke državama članicama uključivale su povećavanje potpore i davanje prioriteta istraživanjima i inovacijama na području cjepiva. Isto tako su bile predložene mjere i rad na jačanju opskrbe i ublažavanju rizika od nestašica esencijalnih cjepiva (npr. povećanje kapaciteta proizvodnje cjepiva, osiguranje kontinuiteta opskrbe i raznolikosti dobavljača), kao i na poboljšanju učinkovitosti financiranja istraživanja i razvoja cjepiva na nacionalnoj razini i razini EU-a jačanjem postojećih infrastruktura i stvaranja novih.

U vremenu pandemije bolesti COVID-19 još se više iskazuje potreba za revitalizacijom proizvodnje Imunološkog zavoda jer su virusna cjepiva strateški proizvodi najviše kategorije, koji u sadašnjem trenutku utječu na tijek i trajanje epidemije/pandemije bolesti COVID-19, koja ima nesagledive posljedice za gospodarstvo i život građana u cjelini.

Slijedom svega navedenog, u strateškom je interesu RH, ali i EU ponovno pokrenuti proizvodnju Imunološkog zavoda u RH, tim više što su proizvedene matične serije virusa danas u vlasništvu RH.

U EU, čija smo ravnopravna članica, kontinuirano nedostaju krvni pripravci, te u EU nije pokriveno niti 40% njezinih potreba za lijekovima iz krvi, a uvozni pripravci iz drugih dijelova

svijeta predstavljaju potencijalnu opasnost širenja zaraznih bolesti, kojih inače u Europi nema (primjerice ebola te brojnih drugih na koje se službeno krv ne testira).

Lijekovi iz krvi i ljudske plazme koriste za intenzivno liječenje, traume, poremećaje krvarenja i homeostaze, transplantiranje, imunodeficijencije i tumore, bolesti jetre i metabolizma, liječenje i ublažavanje zaraznih, imunoloških, hematoloških i neuroloških bolesti.

Postoji izražena komercijalna potreba za antitoksinom za otrov europskih zmija. Polustoljetna klinička primjena istih u RH i EU, te izostanak komplikacija pri njihovoj uporabi, svrstavaju antitoksin za otrov europskih zmija (konjski) proizveden u Imunološkom zavodu, u najbolje proizvode te vrste u svijetu. Primjena zmijskog protuotrova Imunološkog zavoda najbolji je jamac sigurnosti i zaštićenosti od posljedica ugriza europskih zmija. Potreba za zmijskim protuotrovom još je izraženija, posebice obzirom na činjenicu da kontinuirano pada broj proizvođača u EU.

Iskustvo sa pandemijom koronavirusa pokazalo je da postojeći proizvodni kapaciteti unutar EU nisu dovoljni niti brojem niti proizvodnim kapacitetima. Nužno je pojačati kapacitete za proizvodnju cjepiva u EU-u, a istodobno započeti rad na predviđanju i suzbijanju novih varijanti virusa te na brzom razvoju i proizvodnji cjepiva velikih razmjera koja su učinkovita u odnosu na te varijante.

Ad 7. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Kako bi se u slučajevima globalnih zdravstvenih kriza, koje utječu i na proizvodnju i distribuciju lijekova i cjepiva osigurala cjepiva u dostatnim količinama u vrijeme epidemija, te samodostatnost u proizvodnji lijekova iz ljudske krvi/plazme dobrovoljnih davatelja u RH, kao i dostupnosti teško dostupnih imunoloških lijekova, osobito antitoksina protiv otrova europskih zmija u turističkoj zemlji kao što je RH, pristupit će se revitalizaciji Imunološkog zavoda. Ta je aktivnost prepoznata i u Programu Vlade RH za razdoblje 2020.-2024. u svrhu financijske održivosti sustava koji zahtijevaju modernizaciju.

Imunološkom zavodu potrebni su za početak revitalizacije proizvodnje proizvodni prostori i suvremena oprema usklađeni s DPP u farmaceutskom poslovanju. Trenutne slabosti Imunološkog zavoda, taksativno nabrojene su neodgovarajuća postojeća infrastruktura i radni prostor, činjenica da se proizvodni poslovni procesi nisu provodili godinama, za pokretanje proizvodnje potrebna su znatna financijska sredstva i implementacija nove organizacijske strukture, Centar za istraživanje organizacijski je izdvojen iz Imunološkog zavoda, za planirane proizvodne aktivnosti postoji nedostatak stručnog kadra, što prati trenutačna neučinkovita organizacijska struktura.

Postojeći broj radnika, kao niti kadrovska struktura, odnosno razina obrazovanja radnika u pojedinim ustrojstvenim jedinicama nije odgovarajući za provođenje aktivnosti sukladno pravilima DPP-a te je stoga potrebno predvidjeti edukaciju i zapošljavanje novih stručnjaka kako bi se omogućila proizvodnja i kontrola kvalitete virusnih cjepiva, krvnih derivata i antiseruma s punim kapacitetom u novosagrađenim proizvodnim pogonima te kako bi se proširila postojeća jezgra stručnjaka, a što je neophodno za prelazak proizvodnje u nove pogone.

Pretpostavljeni broj radnika dovoljan za rad u novoj tvornici kretao bi se oko 220, ako se implementiraju unapređenja i automatizacija poslovnih i proizvodnih procesa. S tim u vezi, potrebno je postupno utvrditi novu organizaciju rada Ustanove.

Za provođenje aktivnosti vezanih uz istraživanje i razvoj proizvoda planira se vratiti u organizacijsku strukturu Ustanove znanstvene istraživače Centra za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji Sveučilišta u Zagrebu.

Ustanova je zadržala jedinstvenu ekspertizu u proizvodnji kompleksnih farmaceutskih proizvoda (stručnjaci), a RH materijalnu bazu za takvu proizvodnju (vrijedni matični sojevi virusa), pa RH ima preduvjete za pokretanje proizvodnje jedinstvenih imunoloških lijekova traženih na svjetskom tržištu.

U Ustanovi Imunološki zavod osiguran je kontinuitet poslovanja i ima sve glavne pretpostavke za dalji razvoj: eksperte s jedinstvenim znanjima na području proizvodnje virusnih cjepiva i drugim područjima, regulatornu dokumentaciju, procedure usklađene s DPP (Dobrom proizvođačkom praksom) i osnovnu opremu.

Imunološki zavod (ustanova) posjeduje dozvolu za obavljanje prometa na veliko lijekovima, koja obuhvaća djelatnosti nabavljanja, čuvanja, isporučivanja i izvoza lijekova, odnosno status veleprodaje lijekova (osobito važni lijekovi iz ljudske krvi ili ljudske plazme, imunološki lijekovi, lijekovi koji zahtijevaju hladni lanac čuvanja te cjepiva), kao i proizvodne dozvole za dijelove proizvodnje za gotove proizvode (cjepivo protiv Morbila, cjepivo protiv Rubele, cjepivo protiv Morbila i Rubele): vanjsko pakiranje, provjera kakvoće, puštanje serije lijeka u promet (sterilni i biološki lijekovi), skladištenje i isporučivanje, te za djelatne tvari virusnih antigena (Virus morbila, soj Edmonston-Zagreb (živi, atenuirani) u obliku KVP-a virusa morbila; Virus rubele, soj RA27/3 (živi, atenuirani) u obliku KVP-a virusa rubele): vanjsko pakiranje, provjera kakvoće, skladištenje i distribucija.

Rješenjem državnog regulatornog tijela, utvrđuje se da Imunološki zavod (ustanova) kao proizvođač ispunjava uvjete o provođenju dobre proizvođačke prakse (DPP) za djelatnost zaprimanja, čuvanja i isporučivanja ljudske plazme.

Imunološki zavod (ustanova) je upisana u Upisnik odobrenih uzgajivača, dobavljača i korisnika, pravnih ili fizičkih osoba odobrenih za rad na izoliranim organima, tkivima i trupovima u tu svrhu usmrćenih životinja te pravnih ili fizičkih osoba odobrenih za korištenje životinja za proizvodnju bioloških pripravaka.

S obzirom da Imunološki zavod (ustanova) ima proizvodnu dozvolu za pojedine dijelove proizvodnje virusnih cjepiva, potvrdu o provođenju dobre proizvođačke prakse, koja se odnosi na cjepivo protiv morbila, cjepivo protiv rubele i cjepivo protiv morbila i rubele, djelatnu tvar virusa morbila, djelatnu tvar virusa rubele, te rješenje o upisu u očevidnik proizvođača, uvoznika i veleprodaje djelatnih tvari, postoje pretpostavke za ponovno pokretanje proizvodnje i kontrole virusnih cjepiva.

Za provođenje aktivnosti vezanih uz istraživanje i razvoj proizvoda planira se što prije vratiti u organizacijsku strukturu Ustanove znanstvene istraživače Centra za istraživanje i prijenos znanja u biotehnologiji Sveučilišta u Zagrebu, prije radnici Odjela za istraživanje i razvoj Društva, potrebnih za razvoj novih tehnologija proizvodnje cjepiva.

Kako Ustanova ima dozvolu za obavljanje pokusa na životinjama (proizvodnja životinjske krvi i konjske hiperimune plazme na otrov europskih zmija) i dozvolu za uzgoj (nastambe za životinje su registrirane), postoje osnovni preduvjeti da se u sklopu nove tvornice izgradi pogon za preradu hiperimune konjske plazme, kao zaokružena cjelina na jednoj lokaciji, na kojoj bi se odvijala proizvodnja hiperimune plazme, prerada, punjenje i opremanje.

Za realizaciju revitalizacije proizvodnje Imunološkog zavoda planirano je usporedno provesti aktivnosti:

- riješiti dualitet Ustanove i Društva (međuresorna ministarstva)
- uskladiti dokumentaciju o lijekovima s važećom regulativom
- operacionalizirati kontakte sa WHO, odnosno UNICEF-om
- pokrenuti potrebne edukacije zaposlenih u vezi regulatornih zahtjeva za pokretanje nove proizvodnje
- ciljano popunjavati kadrovsku strukturu
- završiti proces osnivanja Veterinarske službe unutar Ustanove, u cilju nesmetanog nabavljanja i administriranja veterinarsko medicinskih proizvoda
- riješiti pitanje nadležnosti Centra za istraživanje i razvoj, ponovnim inkorporiranjem u organizacijsku strukturu Imunološkog zavoda
- operativno usmjeriti komercijalne razgovore s potencijalnim partnerima i klijentima koji već dulje vrijeme iskazuju namjeru i potrebu poslovanja s Ustanovom

- izgraditi nove proizvodne pogone (kao osnovu maksimalno iskoristiti koncepcijski bubble dijagram pogona za proizvodnju nastao 2009. godine, tijekom izrade idejnog projekta)
- dosljednom primjenom Nacionalnog plana i omogućavanjem plazmafereze u transfuzijskim centrima, povećati prikupljanje plazme na neophodnih 10-15 litara plazme na 1.000 stanovnika, kako bi se mogla ostvariti samodostatnost u RH
- urediti pravo korištenja matičnih sojeva virusa za potrebe proizvodnje s RH u novoj tvornici

Za jačanje ove aktivnosti predviđena su sredstva iz EFRR-a u iznosu većem od 150 milijuna HRK.

8. IZAZOV: POBOLJŠANJE UVJETA ZA PRUŽANJE PEDIJATRIJSKE SKRBI NA TERCIJARNOJ RAZINI NA PODRUČJU RH UZ ISTOVREMENU FUNKCIONALNU INTEGRACIJU PEDIJATRIJSKIH I GINEKOLOŠKIH KLINIČKIH DJELATNOSTI U ZAGREBU

Posebnu pozornost potrebno je usmjeriti na pružanje zdravstvene skrbi svim ranjivim skupinama u RH što se posebno odnosi na djecu, kao najranjiviju skupinu stanovništva za čije liječenje, trenutno i u postojećim okolnostima, ne postoji zadovoljavajuća infrastruktura, a posljedično niti medicinsko-tehnička oprema najviše tehnologije.

Ad 8. NAČIN RJEŠAVANJA IZAZOVA

Pružanje najsloženijih oblika liječenja pedijatrijske populacije provodi se u Zagrebu. Središnja bolnica specijalizirana za liječenje djece jest Klinika za dječje bolesti Zagreb (u daljnjem tekstu: KDBZ) u Klaićevoj ulici.

Klinika je izgrađena početkom 20. stoljeća, dok je njena gradnja završavana u nekoliko etapa. Na području Grada Zagreba dvije su institucije s najvećim kapacitetima i na najopsežnijim profilima usluga (posebno u pedijatrijskoj kirurgiji) - KBC Zagreb i Klinika za dječje bolesti Zagreb. KDBZ je vodeća specijalizirana dječja bolnica u RH i, prema podacima HZZO-a, izvodi najviše pedijatrijskih operacija u širokom spektru subspecijalizacija (u 2019. godini izvela ih je više od 4.750), dok je KBC Zagreb trenutno referentni centar za pedijatrijsku kardiologiju i torakalnu kirurgiju, kao i referentni centar za visoko rizične trudnoće, kao i za neonatološku skrb. Također, skrb o djeci pružaju i dvije (dislocirane) posebne ustanove za

dječju skrb - Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama (Goljak) i Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež (Kukuljevićeva).

KBDZ je smještena u prostor koji prema današnjim standardima, a uzimajući u obzir populaciju koja se tamo liječi i razinu zdravstvene skrbi koju ista pruža, ne odgovara u građevinskom, tehničkom i funkcionalnom smislu, a i bila je iznimno pogođena nedavnim potresom u Zagrebu u ožujku 2020., te ne postoji alternativa za zamjenu i ponovnu izgradnju ove važne bolnice. Pristup bolnici otežan je zbog njenog smještaja (u centru grada), ne postoji parking, smještaj roditelja uz dijete često nije moguć zbog infrastrukturnih ograničenja.

Isto tako, zgrada i tehničke strukture u ostale tri bolnice, odnosno u relevantnim odjelima, ne udovoljavaju najmodernijim zahtjevima dječjih bolnica u pogledu prostornih zahtjeva, smještaja roditelja i standarda u dijagnostici i terapiji.

Današnji površinski standardi su u odnosu na ranije standarde u bolnicama značajno povećani zbog mnogih razloga kao što su: reducirani broj kreveta po sobi, integracija roditelja, povećani prostorni zahtjevi medicinske opreme, itd.

Za dječju kliniku s 200 kreveta, koja se može usporediti s postojećom KDBZ, prema današnjim standardima bilo bi potrebno predvidjeti oko 180 m² bruto razvijene površine po krevetu, odnosno 36.000 m² za 200 kreveta. Postojeća KDBZ trenutačno raspolaže s oko 80 m² bruto površine po krevetu.

Ministarstvo zdravstva korisnik je Tehničke pomoći Operativnog programa Konkurentnost i kohezija 2014.-2020. za projekt „Priprema analiza, studija, projektno-tehničke i ostale potrebne dokumentacije za projekt izgradnje nacionalne dječje bolnice u Zagrebu“. Temeljem aktivnosti toga projekta, ugovorena je usluga izrade Studije izvodljivosti. Navedenom studijom provedene su sveobuhvatne procjene pedijatrijskih i ginekoloških/opstetrijskih bolničkih usluga u RH, analizirani su podaci bolnica i HZZO-a te je izrađen organizacijski profil zdravstvene ustanove koja bi zadovoljavala preduvjete za pružanje najsloženijih oblika zdravstvenih usluga te visoku kvalitetu zdravstvene zaštite, u skladu sa suvremenom medicinskom doktrinom za najosjetljiviju skupinu stanovništva- djecu.

Zbog kontinuiranog unapređenja kliničke pedijatrijske skrbi u RH, utvrđene su potrebe za uspostavom bolnice koja bi objedinila sadašnje kapacitete pojedinih bolnica i odjela/klinika pedijatrijskih kapaciteta u Gradu Zagrebu, uz osiguranje uvjeta za provođenje zdravstvene zaštite u djelatnosti ginekologije i opstetricije, kao i cjelokupne zdravstvene zaštite na području reproduktivnog zdravlja.

Vezano uz djelatnost ginekologije i opstetricije, u Gradu Zagrebu postoje ukupno četiri bolnice od kojih će se djelatnosti iz dvije bolnice (KBC Sestre milosrdnice i KB Merkur) preseliti u novu bolnicu.

Spajanjem triju bolnica:

1. Klinika za dječje bolesti Zagreb - Klaićeva (KDBZ),
2. Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim poremećajima (Goljak),
3. Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež (Kukuljevićeva),

i sljedećih odjela/klinika:

1. Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za pedijatriju,
2. Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za ginekologiju i opstetriciju,
3. Klinička bolnica Merkur, Klinika za ginekologiju i opstetriciju

pridonijet će bitnom poboljšanju u okviru zdravstvene kvalitete (kombinacija somatskih i mentalnih bolesti, prošireno medicinsko područje primjene, veće opterećenje slučajevima s vrlo pozitivnim utjecajem na strukturne, proceduralne i zdravstvene rezultate), kao i učinkovitosti pružanja zdravstvene skrbi (bolja iskorištenost osoblja, resursa soba i opreme).

Bolnice i odjeli koji će se preseliti u novu dječju bolnicu imaju ukupnu bruto razvijenu površinu od 29.186,28 m², dok će ukupna bruto razvijena površina nove bolnice iznositi 97.929,24 m².

Novi kapaciteti predviđaju:

- 11 operacijskih dvorana središnjeg operacijskog bloka
- rodilište sa 10 rađaonica
- opću stacionarnu pedijatrijsku skrb, uključujući stacionarnu pedijatriju, dječju kirurgiju, onkologiju, infektologiju, rehabilitaciju, psihijatriju i palijativnu medicinu,
- dječju jedinicu intenzivnog liječenja (JIL) za konzervativnu, kiruršku dječju intenzivnu medicinu, kao i neonatologiju sa 60 postelja,
- ginekološko-opstetricijsku JIL sa 8 postelja,
- pedijatrijsku dnevnu bolnicu - 52 mjesta za opću pedijatriju, dječju kirurgiju, pedijatrijsku onkologiju i infektivnu, te 185 mjesta za rehabilitaciju i psihijatriju.
- 6 mjesta dnevne bolnice za primalje, integrirana u opstetricijsku ambulantu
- 42 glavne prostorije pedijatrijskih, ginekoloških i opstetricijskih ambulanti, kao i 8 ključnih prostorija za funkcionalnu dijagnostiku i 10 za humanu reprodukciju
- objedinjeni hitni prijem s 19 glavnih prostorija (21 ključnu jedinicu) predviđenih za akutno zbrinjavanje pacijenata.

Izgradnjom nove Nacionalne dječje bolnice omogućit će se:

- nastavak strateškog razvoja i objedinjavanje klinika na lokaciji Blato;
- poboljšanje funkcionalnosti i efikasnije poslovanje;
- unapređenje kvalitete infrastrukture te povećanje kvalitete pružanja zdravstvenih usluga predmetnih klinika i zavoda;
- povećanje osjećaja ugone pacijenata zbog ugodnijeg bolničkog prostora;
- poboljšanje uvjeta rada za osoblje te nastavnih i istraživačkih kapaciteta;
- smanjenje operativnih troškova te povećanje energetske efikasnosti;
- smanjenje emisije stakleničkih plinova (bolnica bi mogla imati primjerene ekološke akreditivne kao zgrada približno nulte energije pri čemu bi se smanjili kapitalni rashodi i troškovi energije te emisije CO₂ blizu nule).

Opći strateški cilj bit će racionalizacija pedijatrijske skrbi spajanjem postojećih pedijatrijskih kapaciteta u Zagrebu s dugoročnim ciljem koncentracije pedijatrijske skrbi i skrbi za trudnice u specijaliziranim centrima – od kojih će svaki imati dovoljno radno opterećenje zadržavajući visoke standarde osiguranja kvalitete.

Nova Nacionalna dječja bolnica činit će važan stup cjelokupnog programa pružanja zdravstvene skrbi za djecu i žene u RH i stoga će pridonijeti značajnom poboljšanju kvalitete skrbi, podučavanja i istraživanja u korist društva.

U narednom programskom razdoblju odgovorit će se na izazove u zdravstvenom sustavu i to u skladu s ispunjenjem obveza koje proizlaze iz posebnih preporuka (engl. Country-specific recommendations – CSR) koje je Vijeće EU uputilo RH u okviru Europskog semestra za 2019. i 2020. godinu, kao i Country Report-a za 2019. i 2020. godinu.

Tablični prikaz ulaganja prema programima

NPOO	EFRR	ESF+
<ul style="list-style-type: none"> – Mobilne ambulante – Nabava opreme za prevenciju, dijagnostiku i liječenje osoba oboljelih od raka – Nabava i primjena opreme za uspostavu Nacionalne onkološke mreže i nacionalne baze onkoloških pacijenata 	<ul style="list-style-type: none"> – Nabavljena oprema i opremljeni mobilni timovi 	<ul style="list-style-type: none"> – Osiguravanje zdravog načina života i radnih uvjeta (preventivni pregledi, javne kampanje, predavanja, javne tribine, javne akcije) – Ulaganja u smanjenje čimbenika rizika kao što su pušenje, alkohol, droga, nezdrava prehrana i nedovoljna tjelesna aktivnost – Jačanje brige o mentalnom zdravlju
<ul style="list-style-type: none"> – Izgradnja i opremanje kliničkih izolacijskih jedinica Klinike za infektivne bolesti dr. Fran Mihaljević 	<ul style="list-style-type: none"> – Prilagođene i opremljene ambulante i izgrađene izolacijske jedinice kao odgovor na potencijalne javnozdravstvene i humanitarne krize 	<ul style="list-style-type: none"> – Priprema i provedba programa usmjerenih na promicanje zdravih životnih navika i prevenciju zaraznih bolesti, s posebnim naglaskom na jačanje otpornosti zdravstvenog sustava za učinkovito postupanje u kriznim situacijama – Unapređenje i zaštita zdravlja stanovnika RH od štetnog djelovanja različitih čimbenika okoliša – Ulaganje u poboljšanje zdravlja cijele populacije informiranjem, edukacijom i senzibiliziranjem građana svih dobnih skupina

<ul style="list-style-type: none"> – Specijalističko usavršavanje medicinskih sestara i tehničara u djelatnosti hitne medicine 	<ul style="list-style-type: none"> – Nabava potpuno opremljenih cestovnih medicinskih vozila opremljenih medicinskom i komunikacijskom opremom – Telemedicinska povezanost vozila županijskih zavoda za hitnu medicinu s OHBP-ima – Ostvarivanje preduvjeta za uspostavu hitne helikopterske medicinske službe (HEMS) (nabava usluge, izgradnje i opremanje helikopterskih baza) za ulaganja u razvoj provedivosti koncepta zlatnog sata 	<ul style="list-style-type: none"> – Specijalističko usavršavanje doktora medicine iz područja hitne medicine
<ul style="list-style-type: none"> – Centralno financiranje specijalizacija 	N/P	<ul style="list-style-type: none"> – Specijalističko usavršavanje doktora medicine i doktora dentalne medicine – Specijalističko usavršavanje magistara farmacije – Poslijediplomsko specijalističko usavršavanje magistara farmacije
<ul style="list-style-type: none"> – Uvođenje usluge mobilne ljekarne u primarnu zdravstvenu zaštitu – Izrada sustava praćenja i preveniranja nestašica lijekova u RH – Uvođenje sustava praćenja ishoda liječenja vanbolničkih pacijenata s 		

naglaskom na kronične pacijente u javnim ljekarnama		– Cjeloživotno stručno usavršavanje zdravstvenih i nezdravstvenih radnika (npr. fizioterapeuti, logopedi)
N/P	<ul style="list-style-type: none"> – Nabava opreme i opremljeni prostori za dugotrajnu skrb, skrb u zajednici i kući te rad s ranjivim skupinama – Formirani i opremljeni mobilni timovi 	– Dodatna stručna usavršavanja zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u području dugotrajne skrbi, skrb u zajednici i kući te rad s ranjivim skupinama
<ul style="list-style-type: none"> – Digitalizacija puta lijeka kroz zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite – Digitalna integracija operacijskih dvorana i robotska kirurgija u KBC Split – TELECORDIS – Teletransfuzija – Digitalizacija i integracija operacijskih dvorana opremljenih robotskom kirurgijom u KBC-u Sestre Milosrdnice 	<ul style="list-style-type: none"> – Unaprjeđena razmjena informacija među dionicima u zdravstvu – Poboljšane usluge telemedicine 	

<ul style="list-style-type: none"> – Digitalizacija i opremanje dijagnostičkih jedinica KB Merkur 		
<ul style="list-style-type: none"> – Digitalna slikovna dijagnostika KBC Split – Izgradnja i opremanje zgrade centralnog operacijskog bloka OB Varaždin – Digitalna slikovna dijagnostika KB Dubrava – Opremanje novih objekata objedinjenog hitnog bolničkog prijema i dnevnih bolnica i jednodnevnih kirurgija te uređenje Klinike za neurokirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice – Preoperativna obrada i liječenje bolesnika s farmakorezistentnom epilepsijom u KB Dubrava – III. faza razvoja KBC-a Zagreb - opremanje medicinskom i nemedicinskom opremom 	<ul style="list-style-type: none"> – Unaprjeđenje regionalne mreže zdravstvene zaštite kroz infrastrukturna ulaganja i opremanje na razini KBC-a, KB-a, općih i specijalnih bolnica u svrhu odgovora na ključne zdravstvene izazove 	N/P

Prilog 3

<ul style="list-style-type: none">– Preoperativna obrada i liječenje bolesnika s farmakorezistentnom epilepsijom u KB Dubrava– Uvođenje sustava raspodjele jedinične terapije u 40 hrvatskih bolnica– Zbrinjavanje otpada u KBC-u Zagreb		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

