

**SAVJETOVANJE SA ZAINTERESIRANOM JAVNOŠĆU**

**Nacrt Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016.**

Ministarstvo zdravlja objavljuje objedinjene sažete primjedbe/prijedloge zaprimljene od strane predstavnika zainteresirane javnosti na Nacrt Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016. u razdoblju od 18. ožujka do 18. travnja 2014. godine te očitovanja o prihvaćanju/neprihvatanju istih.

Ministar zdravlja je 22. travnja 2014. godine donio Odluku o osnivanju Radne skupine za izradu prijedloga Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016. (u nastavku: Nacionalni plan) KLASA: 011-01/14-01/34, URBROJ: 534-06-1-14-1, s ukupno 24 člana (11 predstavnika Ministarstva zdravlja, 2 predstavnika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, 2 predstavnika Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, 1 predstavnik Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi te 8 predstavnika bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom) sa zadatkom pripreme analize prijedloga za izmjene i dopune prijedloga Nacionalnog plana pristiglih tijekom javne rasprave, revizije inicijalne inačice prijedloga Nacionalnog plana te izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.

Napominje se da su se u obzir uzimale primjedbe, odnosno prijedlozi pristigli tijekom javne rasprave, a i izvan zadanoga roka javne rasprave (sve pristigle primjedbe/prijedlozi, kao i zaključci sastanaka i rasprava održanih do zaključivanja konačnog teksta izvješća savjetovanja sa zainteresiranom javnošću uzeti su u obzir) koji se tiču obuhvata Nacionalnog plana. Primijećeno je kako dosta pristiglih primjedbi i prijedloga, iako vrlo kvalitetnih i konstruktivnih, izlazi izvan obuhvata istoga. Nadalje prihvaćeni su ili djelomično prihvaćeni svi prijedlozi i primjedbe koje unapređuju i poboljšavaju sadržaj i kvalitetu Nacionalnog plana te omogućuju uspješnije ostvarivanje ciljeva. Također, utvrđeno je kako je više identičnih ili sličnih pitanja, a na koja su onda, naravno, dana identična ili slična očitovanja.

Redni broj	Naziv dionika (pojedinaac, organizacija, institucija)	Dio na koji se odnosi primjedba/prijedlog	Sažeti tekst primjedbe/prijedloga	Razlog prihvaćanja/neprihvatanja primjedbe/prijedloga
1.	Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, sanacijska upraviteljica prof. dr. sc. Adriana Vince	Poglavlje 8. Provedba Nacionalnog plana, Prilog 2. Plan razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016. po regijama zdravstvenog planiranja; tablica 54. i Prilog 3. Plan razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016. po djelatnostima i	Predlaže se da se broj kreveta za produljeno liječenje u Klinici za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u 2016. godini poveća za 5, odnosno da ukupno iznosi 25 kreveta. Prosječni broj nepokretnih bolesnika na Klinici koji zahtijevaju produljeno liječenje iznosi 25-30 mjesečno. Kako je Nacrtom Nacionalnog plana predviđeno znatno smanjenje akutnih kreveta u 2016., s početnih 232 na 178, Klinika bi mogla doći u situaciju nemogućnosti zbrinjavanja bolesnika čija akutna bolest zahtijeva produljeno liječenje.	<b>Prihvaća se.</b>

		kategorijama bolnica, tablica 83.		
2.	Klinička bolnica Dubrava, sanacijski upravitelj doc. dr. sc. Dragan Korolija-Marinić, prof.v.š.dr.med.	Poglavlje 8., Prilog 2. Tablice 48. i 49. i Prilog 3., tablica 83.	Predlaže se planirati 12 kreveta dnevne bolnice u Kliničkoj bolnici Dubrava za djelatnost ginekologije koji će biti smješteni u prostorima novog objekta planiranog iz sredstava fondova EU.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne obuhvaća buduće širenje, izgradnju bolnica koje su njime obuhvaćene, pa samim time niti njihove moguće, ali trenutno neizvjesne nove slobodne kapacitete. Napominje se kako su mogućnosti korištenja EU fondova neizvjesne, naime, tek su u izradi operativni programi. Dakle, upitno je dobivanje sredstava po konačnoj prijavi projekta. Ipak, Nacionalni plan obuhvaća razdoblje od 2014. do 2016. godine te samim time omogućuje nakon implementacije, a u slučaju izgradnje novog objekta u Kliničkoj bolnici Dubrava, budući razvoj novih djelatnosti. Kako je i navedeno, pri izradi Nacionalnog plana vodilo računa o regionalnim i lokalnim specifičnostima te internim kapacitetima za restrukturiranje, uzimajući u obzir infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekte koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, strukturu i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarnu razinu radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti.
3.	Klinička bolnica „Sveti Duh“, predsjednik Upravnog vijeća Kliničke bolnice „Sveti Duh“ Gzim Redžepi, dr.med.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 53. i Prilog 3., tablica 84.	Predlaže se prestrukturiranje zatečenih kapaciteta akutne i dnevne bolnice Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u 2016. godini na sljedeći način: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interna medicina – 131 (akutne postelje), 19 (dnevna bolnica)</li> <li>• Fizijatrija i rehabilitacija – 0, 9</li> <li>• Neurologija – 38, 1,</li> <li>• Opća kirurgija – 93, 3,</li> <li>• Urologija – 29, 1,</li> </ul>	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenome je i definiran broj akutnih postelja i stolaca/postelja dnevne bolnice.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortopedija – 15, 3,</li> <li>• ORL – 22, 1,</li> <li>• Oftalmologija – 22, 9,</li> <li>• Ginekologija i porodništvo – 100, 4,</li> <li>• Anestezija – 0, 0,</li> <li>• Ukupno – 450, 50.</li> </ul>	
4.0.	Varaždinska županija	Poglavlje 5. Plan razvoja i funkcionalne integracije bolnica po regijama zdravstvenog planiranja	Nakon završetka sanacijskog postupka i vraćanja osnivačkih prava županijama nad bolnicama koje će biti integrirane (Opća bolnica Varaždin i Županijska bolnica Čakovec), mogao bi se javiti problem financiranja koje dijelom u sadašnjem sustavu ide putem županijskih decentraliziranih sredstava. Također, kao problem pojavit će se i upravljanje bolnicama nakon povrata osnivačkih prava županijama. S obzirom da u Planu nema naznaka o budućim financiranjima, odnosno nema modela decentralizacije, predlaže se mogućnost osnivanja holdinga i na taj način premošćivanja budućih problema u upravljanju i financiranju ovako ustrojenog zdravstvenog sustava.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa raspored niti visinu sredstava za decentralizirane funkcije jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave. Uredbom, temeljem članka 45.a stavka 2. Zakona o financiranju jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave („Narodne novine“, broj 117/1993, 69/1997, 33/2000, 73/2000, 127/2000, 59/2001, 107/2001, 117/2001, 150/2002, 147/2003, 132/2006, 26/2007, 73/2008 i 25/2012), se određuje način izračuna iznosa pomoći izravnjanja za decentralizirane funkcije jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave iz Državnog proračuna Republike Hrvatske za godinu na koju se odnosi. Između ostaloga, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije.
4.1.		Poglavlje 5. i Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 56.	Funkcionalno spajanje nije argumentirano, odnosno nisu dovoljno objašnjeni razlozi konkretnih spajanja djelatnosti (Opća bolnica Varaždin i Županijska bolnica Čakovec).	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan, pa tako i funkcionalne integracije predviđene Nacionalnim planom, rađene su na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim

				bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Pri tome, administrativne granice jedinica područne (regionalne) samouprave nisu ograničavajući čimbenik u funkcionalnoj integraciji bolnica, budući da bolnice do daljnjega ne mijenjaju svoj formalno-pravni oblik.
4.2.		Općenito	Funkcionalnim povezivanjem i stvaranjem regionalnih centara izvrsnosti mogle bi se pojaviti poteškoće kod pacijenata korisnika zdravstvenih usluga koji su zbog prometne nepovezanosti udaljeni od budućih centara te im je na taj način smanjena ili onemogućena dostupnost korištenja tih usluga. Predlaže se pojačati mrežu hitne medicine za Varaždinsku županiju, na način da se poveća broj timova T2 za Ivanec, odnosno naselja koja pokriva mjesto u Mreži Ivanec (npr. Cvetlin, Cvetlinska Jazbina).	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća mrežu hitne medicine.
4.3.		Općenito	Predlaže se provesti evaluaciju dostupnosti zdravstvene zaštite stanovnika Varaždinske županije i utvrditi da li rješenja iz Nacionalnog plana i u kojoj mjeri poboljšavaju ili pogoršavaju dostupnost zdravstvene zaštite.	<b>Ne prihvaća se.</b> Implementacija Nacionalnog plana dovest će do ostvarivanja triju ciljeva: povećanja dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite, unapređenja kvalitete i učinkovitosti pružanja bolničkih usluga te povećanja djelatnosti i racionalizacije troškova poslovanja bolnica što je detaljno obrazloženo samim dokumentom koji je nastao temeljem sustavne analize bolničkog sustava Republike Hrvatske. Dodatno, a kao što je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.
4.4.		Općenito	Sve propise u sustavu zdravstva uskladiti s novonastalom situacijom.	<b>Prihvaća se.</b> Iako, Nacionalni plan ne definira propise koji utječu

				na njegovu provedbu, u dijelovima za koje je potrebno, Ministarstvo zdravlja će inicirati izmjene pravnih propisa Republike Hrvatske. Isto se podrazumijeva i stoga nije izrijekom uključeno u tekst Nacionalnog plana.
5.0.	Dragan Milenković, dr. med, Opća bolnica Varaždin	Općenito	Smanjenje broja ležećih kreveta uz povećanje broja kreveta u dnevnim bolnicama zahtjeva dodatne organizacijske promjene broja liječnika/sestara koji u tom slučaju neće moći raditi na nekom drugom predviđenom radilištu – npr. specijalističkoj ambulanti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan se ne bavi pitanjem unutarnje organizacije i sistematizacije radnih mjesta svake pojedine bolnice koja je obuhvaćena Nacionalnim planom i koje je u nadležnosti uprava bolnica. Sukladno navedenom, u Nacionalnom planu uprave svih bolnica obvezne su najkasnije dva mjeseca nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt provedbe Nacionalnog plana u kojem će detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse potrebne za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom.
5.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 57. i Prilog 3., tablica 84.	Predlaže se povećanje broja kreveta dnevne bolnice na pedijatriji u Općoj bolnici Varaždin sa planiranih 6 u 2016. godini na minimalno 10. Trenutno je Planom na pedijatriji predviđeno smanjenje broja kreveta s 32 na 20 u 2016. godini, uz nepromijenjen broj kreveta dnevne bolnice, što nije dovoljno za broj obrađenih pacijenata. Iz trenutnih podataka bolnice vidljivo je da se dnevno prosječno obradi 8.6 pacijenata putem dnevne bolnice, dok broj hospitaliziranih često iznosi od 20 do 24 pacijenata. Stoga, ako se broj bolničkih kreveta pedijatrije smanji na 20, nužno je znatno povećanje broja stolaca dnevne bolnice.	<b>Prihvaća se.</b>
6.0.	Nenad Kudelić, dr.med., Opća bolnica Varaždin	Poglavlje 1.Uvod, 1.3. Regije zdravstvenog planiranja;	Opća bolnica Varaždin pokazuje tendenciju pokrivanja širokog područja Republike Hrvatske koje se prema procjenama odnosi na preko 500.000 stanovnika. Predlaže se stoga razmotriti davanje Općoj bolnici Varaždin status regionalnog centra.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan temelji se na četiri regije zdravstvenog planiranja: Središnja i sjeverna regija, Istočna regija, Južna regija i Zapadna regija. Središnja i sjeverna regija uključuje Grad Zagreb i sljedeće županije: Bjelovarsko-bilogorsku, Karlovačku,

				<p>Koprivničko-križevačku, Krapinsko-zagorsku, Međimursku, Sisačko-moslavačku, Varaždinsku i Zagrebačku. Nacionalni plan ne određuje regionalne centre prema regijama zdravstvenog planiranja niti u okvirima postavljenih regija. Opća bolnica Varaždin promjenama nastalima 1.1.2014. godine kada su joj pripojene Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof i Bolnica za plućne bolesti i TBC Klenovnik, predstavlja veliki centar pružanja zdravstvenih usluga za područje koje pokriva.</p>
6.1.		<p>Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 57.</p>	<p>Ukazuje se na problem prikazivanja kreveta dječje kirurgije i neurokirurgije unutar kapaciteta opće kirurgije u Općoj bolnici Varaždin (isto Opća bolnica Zadar i Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod). Kako Nacionalni plan predviđa točno određen broj krevetnih kapaciteta za pojedinu godinu za pojedini od ta dva odjela, kroz dvije godine broj kreveta će pasti ispod 15, čime se gubi status posebne ustrojstvene jedinice. Istodobno, navedeni odjeli u slučaju Opće bolnice Varaždin ne mogu se funkcionalno spajati s odjelima u drugim ustanovama u smislu povećanja krevetnih kapaciteta, budući da isti ne postoje u susjednim ustanovama. Smanjenjem broja kreveta, a povećanjem obima posla nastalim funkcionalnim povezivanjem (osim pacijenata iz Međimurske županije, počeli su gravitirati i pacijenti iz Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica), krevetni kapaciteti će se pokazati nedostatni, budući da su procjene rađene na temelju stanja kada se pokrivala samo Varaždinska županija. U slučaju kada broj kreveta za dječju i neurokirurgiju u sklopu kapaciteta opće kirurgije za dvije godine padne ispod 15 te ako bude potrebno spajati različite specijalnosti sa drugim odjelima, doći će do opstrukcije razvoja struke i normalnog funkcioniranja. Problemi vezano za prikazivanje kreveta dječje kirurgije i neurokirurgije</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti u okviru općih i specijalnih bolnica. Nadalje, kako je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa i o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.</p>

			unutar opće kirurgije postoje već danas – prilikom ugovaranja djelatnosti s HZZO-om iste se ne mogu ugovoriti bez mreže, što će dovesti do problema prilikom fakturiranja.	
7.	Tonći Dujmović, Odjel za urologiju, Opća bolnica Varaždin	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56., 57. i 58. i Prilog 3., tablice 84. i 85.	<p>Predlaže se povećanje broja akutnih kreveta i kreveta dnevne bolnice za djelatnost urologije u funkcionalno povezanim bolnicama Varaždin i Čakovec na minimalno 15 akutnih i minimalno 5 kreveta dnevne bolnice. Odjel za urologiju Opće bolnice Varaždin tijekom 2013. započeo je smanjivanje broja akutno hospitaliziranih bolesnika te snažno povećanje korištenja dnevne bolnice.</p> <p>Unatoč tome prosječna popunjenost akutnih kreveta je na razini oko 60 % (gledano na ugovoreni broj kreveta 15, ako bi se isti primijenio na 12 kako je predviđeno Master planom popunjenost je tada 73 %). Ukupan broj dnevnih bolnica je proteklih godina bio oko 80 po mjesecu. U zadnjih 8 mjeseci iznosi 220-270 mjesečno.</p> <p>S obzirom da se funkcionalno povezivanje odnosi i na Županijsku bolnicu Čakovec koja nema predviđeno ugovaranje akutnih kreveta, kao ni kreveta dnevne bolnice, predviđeni broj kreveta neće biti dostatan za kvalitetno i učinkovito zbrinjavanje bolesnika koje pokrivaju ove dvije bolnice. U odnosu na ostale bolnice u Hrvatskoj, po broju stanovnika predviđeno je značajno manje kreveta u odnosu na broj kreveta po pojedinim odjelima koji su na istom stupnju razvijenosti kao i Odjel za urologiju Opće bolnice Varaždin.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenome je i definiran broj akutnih postelja i stolaca/postelja dnevne bolnice.</p>
8.0.	Županijska bolnica Čakovec, predsjednica Stručnog vijeća županijske bolnice Čakovec prim. mr. sc. Marija Hegeduš-Jungvirth, dr.med, spec.	Poglavlje 5.	Cjelokupna reorganizacija bolničkog sustava svodi se na smanjenje broja kreveta, što može otežati funkcioniranje onih odjela koji su do sada imali visoku popunjenost. Prebacivanje dosadašnjeg posla iz stacionara na polikliniku i dnevnu bolnicu ukazat će na veliki nedostatak osoblja, posebice liječnika, koji	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan se ne bavi pitanjem unutarnje organizacije i sistematizacije radnih mjesta svake pojedine bolnice koja je obuhvaćena Nacionalnim planom i koje je u nadležnosti uprava bolnica. Sukladno već navedenom u Nacionalnom planu</p>

	pedijatar, subspec.gastroenterolog		su do sada radili na odjelu, poliklinici i dnevnoj bolnici.	uprave svih bolnica obvezne su najkasnije dva mjeseca nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt provedbe Nacionalnog plana u kojem će detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse potrebne za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom.
8.1.		Općenito	Reforma zdravstvenog sustava mora uključivati i reformu primarne zdravstvene zaštite koja bi trebala rješavati barem 70% svojih bolesnika.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
8.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 42.-86.	Smanjivanje broja akutnih kreveta na račun kreveta za palijativnu skrb je neracionalno, budući da palijativnim bolesnicima nije potrebna konstantna subspecijalistička skrb koja je osnova organizacije rada na akutnim odjelima. U odjelu kirurgije očekuje se povećanje broja pacijenata liječenih u jednodnevnoj kirurgiji, a kirurgija je akutni odjel na kojem se liječe pacijenti koji trebaju akutnu kiruršku skrb i stoga liječenje pacijenata koji imaju potrebu za palijativnom skrbi ne spada u domenu kirurgije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenome je i definiran broj akutnih postelja i stolaca/postelja dnevne bolnice, a u manjoj mjeri kapaciteta za palijativnu skrb.



8.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 58.	S obzirom na dosadašnja postignuća, a uvažavajući resurse u kadrovima, prostoru i opremi, ginekologija Županijske bolnice Čakovec bi trebala biti služba s Odjelom ginekologije i Odjelom porodništva s neonatologijom.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisani su uvjeti za unutarnji ustroj i organizaciju općih i specijalnih bolnica.
8.4.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 58.	Predlaže se da pedijatrija u Županijskoj bolnici Čakovec bude služba za zaštitu djece s tri odjela: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Odjel za dojenčad,</li> <li>• Odjel za veću djecu i dnevnu bolnicu,</li> <li>• Odjel poliklinike ( koja je dijagnostička i terapijska).</li> </ul> Stručno vijeće smatra da broj kreveta utvrđen Pravilnikom MIZ-a ne može biti jedini i isključivi kriterij kojim se utvrđuje ustroj odjela.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisani su uvjeti za unutarnji ustroj i organizaciju općih i specijalnih bolnica.
8.5.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 58.	Dijagnostičke organizacijske jedinice Županijske bolnice Čakovec neophodno je zadržati u istom obujmu, budući o njihovom radu ovisi cjelokupno funkcioniranje svih ostalih odjela u bolnici kao cjelini.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenome je i definiran broj akutnih postelja i stolaca/postelja dnevne bolnice. Dodatno vidjeti očitovanje 8.4.
9.0.	Sanacijski upravitelj Županijske bolnice Čakovec, Miroslav Horvat, dr.med.spec. internista pulmolog	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	Za Županijsku bolnicu Čakovec potrebno je odvojeno prikazati broj kreveta urologije i ortopedije s traumatologijom. Predlaže se da broj kreveta za urologiju bude ukupno 6 bez promjene do 2016., a da se za ortopediju i traumatologiju broj kreveta smanji sa sadašnjih 33 na ukupno 22 do 2016. Ukupni broj kreveta za kirurgiju s urologijom i ortopedijom s traumatologijom u 2016. ostaje isti (57).	<b>Prihvaća se.</b>
9.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i	U Županijskoj bolnici Čakovec potrebno je povećati broj kreveta dnevne bolnice, obzirom na povećanje	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u

		Prilog 3., tablica 85.	opsega jednodnevne kirurgije, s 5 u 2016. na ukupno 10 kreveta i to raspoređeno 2 za urologiju, 4 za ortopediju i traumatologiju i 4 za opću kirurgiju.	obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost urologije u Županijskoj bolnici Čakovec. Evaluacijom predmetnog prijedloga, za urologiju se prihvaća 1 postelja/stolac dnevne bolnice za razdoblje 2014. – 2016., 2 za ortopediju i traumatologiju za razdoblje 2014. – 2016. dok se za opću kirurgiju prijedlog ne prihvaća.
9.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	U Županijskoj bolnici Čakovec kreveti produljenog liječenja trebaju se prebaciti na nekirurške odjele radi smanjivanja mogućih komplikacija u vidu infekcija rana i slično kod kirurških pacijenata. Predlaže se prebacivanje 3 kreveta na internu medicinu, a 2 na infektologiju u 2016.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta u Županijskoj bolnici Čakovec.
9.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	Za Županijsku bolnicu Čakovec za internu medicinu predlaže se minimalan broj od ukupno 72 akutna kreveta u 2016. umjesto predloženih 59. Statistički podaci pokazuju da se prosječna životna dob pacijenata liječenih na odjelu zadnjih godina povisuje. Porast dobne skupine od 75 do 95 godina i više je 26%, što implicira pojačan zdravstveni, socijalni i demografski pritisak na djelatnost interne medicine. 72 akutna kreveta bit će dovoljna samo uz moguće smanjenje dužine liječenja do 7 dana (sada oko 10), očekivani godišnji broj bolesnika oko 3000 i očekivanu popunjenost od 85%.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost interne medicine u Županijskoj bolnici Čakovec.
9.4.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	Za Županijsku bolnicu Čakovec za neurologiju predlaže se 16 akutnih kreveta u 2016. umjesto predviđenih 14. Na neurologiji je prosječna dužina liječenja oko 6 dana, što je nešto ispod preporuke konzultanata. Očekivani godišnji broj hospitalnih pacijenata je minimalno 820 (u 2012. ih je bilo 802, a u 2013. 853), što uz očekivanu prosječnu popunjenost od 85% i dužinu liječenja od 6 dana zahtijeva 16 kreveta.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost neurologije u Županijskoj bolnici Čakovec.
9.5.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i	Za Županijsku bolnicu Čakovec za psihijatriju predlaže se 21 akutni krevet u 2016. umjesto predviđenih 19.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u

		Prilog 3., tablica 85.	<p>Sadašnja iskorištenost kapaciteta od 29 kreveta iznosi 96% (2012. i 2013. godine) uz prosječnu dužinu liječenja oko 14 dana. Uz očekivani godišnji broj hospitalizacija oko 700 i smanjenje dužine liječenja na preporučenih 8.58 dana (prema konzultantima) moguće je funkcionirati sa 19 akutnih kreveta i očekivanu popunjenost oko 85%. Upitno je jedino da li je moguće do te mjere smanjiti dužinu liječenja za psihijatrijske bolesnike. Radi intencije zbrinjavanja dijela bolesnika putem dnevne bolnice potrebno je instalirati barem 4 kreveta dnevne bolnice (preusmjeravanje 15-20% bolesnika u dnevnu bolnicu). Isto je neophodno i radi ravnopravnosti s ostalim sličnim bolnicama. Prema podacima iz BIS-a za psihijatriju broj otpuštenih pacijenata je 745, ostvareni BOD 10271, popunjenost 96,77 i prosječna dužina liječenja 13,79 dana. U podacima francuskih konzultanata raspolaže se s podacima BOD 10284, broj pacijenata 1184, popunjenost 97.1 %, prosječna dužina liječenja 8.7 dana. Navedeni podaci u prosječnoj dužini liječenja i broju pacijenata se ne podudaraju i postavlja se pitanje koliko je to utjecalo na planirano smanjenje broja akutnih kreveta. U tom smislu još je veća upitnost mogućnosti smanjenja dužine liječenja sa sadašnjih 14 dana na 8.5. Svakako bi valjalo razmisliti da se broj akutnih kreveta u tom smislu ipak ne smanjuje u takvom obujmu.</p>	<p>obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost psihijatrije u Županijskoj bolnici Čakovec. Evaluacijom predmetnog prijedloga, prihvaća se 4 stolca/postelje dnevne bolnice za razdoblje 2014. – 2016.. Nacionalni plan temelji se na promjeni modaliteta liječenja. Skraćivanjem boravka u bolnici u djelatnosti psihijatrije i jačanjem kapaciteta liječenja kroz dnevne bolnice povećat će se protok pacijenata.</p> <p>Nadalje, Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nacionalni plan provodi se na svim razinama ustrojstvenih jedinica bolnica odnosno u njegovu su provedbu uključeni svi radnici bolnica. Imajući na umu to i potrebu upravljanja promjenama, potrebno je osigurati da svi sudionici procesa provedbe Nacionalnog plana odnosno radnici bolnica prilagode svoje radne navike, ponašanje, stajališta i razmišljanja novom obrascu ponašanja i rada, odnosno pružanja zdravstvenih usluga koji zahtijeva provedba Nacionalnog plana. Uspješnost procesa provedbe Nacionalnog plana ovisit će o razini prihvaćanja i motivaciji za provođenje promjena. Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitucionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.</p>
9.6.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	<p>Za Županijsku bolnicu Čakovec za ginekologiju i porodiljstvo predlaže se 33 akutna kreveta u 2016. umjesto predviđenih 29. Navedeni odjel bez dijela za</p>	<p><b>Djelomično se prihvaća.</b></p> <p>Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za</p>

			<p>neonatologiju (4 kreveta) imao je prosječnu popunjenost oko 60% (2012. 64%, 2013. 58%) s prosječnom dužinom liječenja oko 5 dana. Uz smanjenje dužine liječenja na preporučenih 4.19 dana za očekivanu prosječnu popunjenost od 85%, potrebno je 29 akutnih kreveta. Kako su u predviđenim krevetima ginekologije i opstetricije i 4 kreveta neonatologije (s popunjenošću 157 % i dužinom liječenja oko 6 dana) potrebno je ukupni broj kreveta korigirati.</p> <p>Također, predlaže se ukupno 6 kreveta dnevne bolnice u 2016. umjesto predviđenih 10.</p> <p>Preostali broj kreveta dnevne bolnice (4) predlaže se prebaciti na Odjel kirurgije, gdje je za 2016. trenutno predviđeno 5 kreveta.</p>	<p>djelatnost ginekologije i opstetricije u Županijskoj bolnici Čakovec. Evaluacijom predmetnog prijedloga, prihvaćeno je povećanje stolaca/postelja dnevne bolnice iz opće kirurgije (2016. godine iznositi će 9 stolaca/postelja) uz istodobno smanjenje stolaca/postelja dnevne bolnice ginekologije i opstetricije (2016. godine iznositi će 6 stolaca/postelja).</p>
9.7.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	<p>Za Županijsku bolnicu Čakovec za pedijatriju predlaže se 23 akutna kreveta u 2016. umjesto predviđenih 19.</p> <p>Pedijatrija trenutno na 25 kreveta ima prosječnu popunjenost 100 % uz dužinu liječenja oko 4 (2013. 4.19) dana. To je 2171 pacijent stacionara u 2012. godini, a kad se tome pridoda još oko 2100 pacijenata u pedijatrijskoj dnevnoj bolnici te socijalni pritisak obzirom na veliki udio romske populacije među pacijentima, ostaje malo prostora za predviđeno smanjenje broja akutnih kreveta.</p> <p>Prijedlog je da se ukupni broj akutnih kreveta smanji samo za onaj broj koji će se instalirati u krevete produljenog liječenja (za pedijatriju su predviđena 2).</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost pedijatrije u Županijskoj bolnici Čakovec.</p>	
9.8.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	<p>Za Županijsku bolnicu Čakovec predlaže se ukupno 9 kreveta za palijativnu skrb u 2016. uz predviđenih 25 kreveta za produljeno liječenje. Povećanje kapaciteta za palijativno liječenje prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi od 2014. do 2016. u Bolnici Čakovec prema Nacionalnom planu nije implementirano. Bez obzira na koncentriranje tih kapaciteta u Novom Marofu, radi veće dostupnosti</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta u Županijskoj bolnici Čakovec. Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.</p>	

			<p>zdravstvene zaštite za upravo najteže palijativne pacijente dio tih kreveta bi trebao biti u Čakovcu. Kraći hospitalni boravci radi npr. tretiranja palijativne terapije i edukacije obitelji bolesnika puno su jednostavniji u bližoj zdravstvenoj ustanovi i u skladu s navedenim ciljevima.</p>	<p>donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom.</p>
9.9.		<p>Poglavlje 1., 1.2. Obuhvat Nacionalnog plana</p>	<p>Obuhvatnost Nacionalnog plana orijentirana je samo na bolničke ustanove sekundarne i tercijarne razine i nije obuhvaćena reforma primarne zdravstvene zaštite. Bez organizacijskih promjena i promjena načina rada na toj razini, primjerice povećano zbrinjavanje pacijenata otpuštenih iz jednodnevne kirurgije ili pacijenata preusmjerenih po modelu supsidijarnosti na nižu razinu, neke ključne mjere iz Nacionalnog plana teško će se ostvariti.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Kao što je i navedeno u Nacionalnom planu, između ostalog, Nacionalni plan temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće.  Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.</p>
9.10.		<p>Poglavlje 2. Strateška polazišta, 2.1. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. do 2020.</p>	<p>Potrebno je jasno definirati povezivanje svih ustanova II i III razine sa tercijarnim zdravstvenim ustanovama (Klinikama) jer će u suprotnom dio ustanova bez definirane mreže kao i do sada biti u problemima s dogovaranjem te razine usluge za pripadajuće</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte</p>

		godine	stanovništvo. Tercijarna razina zdravstvene zaštite kao najveća razina mora biti dostupna jednako svim stanovnicima Republike Hrvatske, a ne selektivno i ne samo za područje gradova gdje se nalaze Klinike. U tom smislu radi jeftinije zdravstvene usluge i u cilju jednakosti svih građana u gradovima sa tercijarnim zdravstvenim ustanovama treba definirati kapacitete sekundarne razine zdravstvene usluge, a tercijarnu razinu definirati u smislu dostupnosti jednakopravno svima. Takva podjela omogućuje ostvarivanje načela supsidijarnosti.	provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije. Time se ostavlja prostor međusobnih dogovora na razini funkcionalno integriranih bolnica, ovisno o specifičnostima pojedinih bolnica, kapacitetima i sl.
9.11.		Poglavlje 2., 2.1.	Detaljnije bi trebalo definirati i forsirati vodoravno povezivanje mreže hitne medicine s Objedinjenim hitnim bolničkim prijemom. Prilično je neracionalno postojanje županijskog Zavoda za hitnu medicinu i Objedinjenog hitnog bolničkog prijema na istoj adresi odijeljenog jednim hodnikom (kao što je slučaj u Međimurskoj županiji). Neracionalnost se prije svega vidi u dupliranju npr. ekonomskih i pravnih službi, troškova ravnateljstva i službi održavanja, troškova opremanja prostorije za reanimaciju u obje ustanove.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Kao što je i navedeno u Nacionalnom planu, između ostalog, Nacionalni plan temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća mrežu hitne medicine.
9.12.		Poglavlje 3. Metodologija izrade strateškog plana; 3.3. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica	Nejasna je metodologija na osnovi koje se došlo do predloženog smanjenja broja kreveta po ustanovama. Također je veliki raspon instaliranog broja kreveta dnevne bolnice koji se ne može jasno obrazložiti. Primjerice, bolnice istog ranga i sličnog krevetnog kapaciteta Čakovec i Koprivnica imaju preveliku razliku u broju stolaca dnevne bolnice za internu: Čakovec 17, Koprivnica 85; za psihijatriju: Čakovec 0, Koprivnica 35; ili ukupan broj kreveta dnevne bolnice: Čakovec 51, Koprivnica 173. Veliki su rasponi i u broju kreveta za psihijatriju među ostalim ustanovama, pa ih primjerice Varaždin ima 20, Karlovac 55, Bjelovar 20, a Virovitica 45.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti, popunjenosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Predmetni pokazatelji prikazani su u Nacionalnom planu Tablicama 38.- 41. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i

			Predlaže se ujednačavanje kriterija za broj stolaca dnevne bolnice.	među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja.
9.13.		Poglavlje 3., 3.3.	<p>Broj kreveta produženog liječenja (bez palijative i kroničnog liječenja) neravnomjerno je raspoređen i među regijama i među bolnicama.</p> <p>Velik broj kreveta je instaliran u ustanovama tercijarne razine (Klinički bolnički centar Zagreb 246, Klinički bolnički centar „Sestre milosrdnice“ 113, Klinička bolnica Dubrava 83), čime im se dobrim dijelom kompenzira smanjenje akutnih kreveta, pa je primjerice time ukupno smanjenje kreveta kod Kliničkog bolničkog centra Zagreb svega 12,4 %, a za većinu općih bolnica je to ukupno smanjenje više od 30%. Takav raspored kreveta dovodi u pitanje navedeno temeljno načelo supsidijarnosti i umjesto da se liječe u „jeftinim“ općim bolnicama pacijenti će se liječiti u „skupim“ kliničkim ustanovama tercijarne razine.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Predmetni pokazatelji prikazani su u Nacionalnom planu Tablicama 38.- 41. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja.</p>
9.14.		Poglavlje 3., 3.3.3. Minimalni broj postelja u ustrojstvenim	Kod budućeg spajanja odjela važno je da se potpuno uzmu u obzir i pokazatelji kvalitete (koji su dostupni) i trenutna produktivnost bolničkog odjela. Važni kriteriji koji nisu uzeti u obzir u planiranju razvoja	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače,</p>

		jedinicama	jesu podaci o troškovima liječenja u usporedivim bolnicama i opseg zbrinjavanja gravitirajuće populacije. Ti kriteriji značajno mogu usmjeriti korištenje zdravstvenih resursa na racionalniji način.	Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti u okviru općih i specijalnih bolnica. Nadalje, kako je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa i o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti, popunjenosti i ostalih parametara u poslovanju, infrastrukturnih obilježja i slično te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta po zdravstvenim ustanovama. Predmetni pokazatelji prikazani su u Nacionalnom planu Tablicama 38.- 41. Slijedom toga netočna je tvrdnja da predmetni kriteriji nisu uzeti u obzir.
10.0.	Međimurska županija, Odbor za zdravstvo, predsjednica Odbora Željka Perhoć, dr.med.	Poglavlje 5.	Predlaže se udruživanje svih bolnica III kategorije u mreži s jednom ustanovom I kategorije kako bi se u potpunosti iskoristili znanstveno-nastavni kapaciteti i klinička ekspertiza koji postoje u bolnicama u Republici Hrvatskoj, a koji bi se uz takvu mrežu mogli dodatno poticati i osnaživati. Trenutno za dio ustanova nije jasno određena nadležnost nacionalnih zdravstvenih ustanova na način kako je to primjerice riješeno umrežavanjem Opće bolnice „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak i Opće bolnice Bjelovar s Kliničkom bolnicom Dubrava u Zagrebu. Bez toga se neće moći ostvariti	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Naime, Nacionalnim planom predviđene su četiri regije zdravstvenog planiranja Središnja i sjeverna regija, Istočna regija, Južna regija i Zapadna regija. Upravo iz razloga kako bi se omogućilo učinkovitije planiranje, organizacija i financiranje bolničkog sustava, pod čime se podrazumijeva i znanstveno-nastavni rad razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj zasnivat će se na spomenutim četirima regijama zdravstvenog planiranja, a u skladu s gravitirajućim područjima svojih kliničkih bolničkih



			veća prohodnost između ustanova sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite.	centara (KBC): 2 KBC-a u Središnjoj i sjevernoj regiji (u Zagrebu), 1 KBC u Istočnoj regiji (u Osijeku), 1 KBC u Južnoj regiji (u Splitu) i 1 KBC u Zapadnoj regiji (u Rijeci). Podjela regija zdravstvenog planiranja operativna je i nema formalno-pravno značenje. Međutim, određene bolnice nižih kategorija i funkcionalno će se integrirati s bolnicama I. kategorije.
10.1.		Općenito	<p>U Planu je sporno sljedeće:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vremenska dinamika procesa, tj. pitanje utjecaja planiranih promjena na neometano pružanje zdravstvenih usluga u postojećem obujmu sadašnjem broju korisnika,</li> <li>• povećanje rada putem dnevnih bolnica s postojećim brojem osoblja,</li> <li>• neravnomjerna geografska distribucija kapaciteta za produženo i dugotrajno liječenje te kapaciteta palijativne skrbi,</li> <li>• podkapacitiranost broja zdravstvenih djelatnika specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite u većini ustanova,</li> <li>• cijene zdravstvenih usluga koje određuje HZZO.</li> </ul>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Provedba Nacionalnog plana predviđena je u razdoblju od 2014. – 2016. godine te se vodilo računa o vremenskoj dinamici procesa i brzini provedbe promjena i prilagodbi u radu. Isto tako Nacionalnim planom definirano je da ciljane vrijednosti iskazane za pojedinačne bolnice predstavljaju maksimalni mogući kapacitet svake bolnice prema modalitetima liječenja i djelatnostima, iz čega proizlazi da on može, ako se utvrdi potreba, biti i manji. Među bolnicama za koje je predviđena međusobna funkcionalna integracija moguća je preraspodjela kapaciteta prema modalitetima liječenja i djelatnostima, ali samo i isključivo do maksimalno utvrđenih kapaciteta na razini funkcionalne integracije.</p> <p>Također, vodilo se računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.</p> <p>Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa predstavlja prioritet 2 Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. Isto tako, u pripremi je dokument Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu kojim je navedeno područje pokriveno. Napominje se kako je Nacionalni plan rađen na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika u bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom.</p>

				Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
10.2.		Poglavlje 2., 2.1.	Potrebno je precizirati „vodoravno povezivanje mreže hitne medicine s objedinjenim hitnim bolničkim prijemom zbog planiranja kadrova u hitnim bolničkim prijemima.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Kao što je i navedeno u Nacionalnom planu, između ostalog, Nacionalni plan temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća mrežu hitne medicine. Sukladno navedenom, u Nacionalnom planu uprave svih bolnica obvezne su najkasnije dva mjeseca nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt provedbe Nacionalnog plana u kojem će detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse, uključujući kadrove potrebne za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom.
10.3.		Poglavlje 8.	Nacrt Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014. - 2016.g. ne predviđa model financiranja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s

				Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Napominje se da Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
10.4.		Poglavlje 5. (str.15)	S obzirom da u planu stoji da je među bolnicama za koje je predviđena međusobna integracija moguća preraspodjela kapaciteta prema modalitetima liječenja i djelatnostima, ali samo i isključivo do maksimalno utvrđenih kapaciteta na razini funkcionalne integracije, napominje se da je građanima u obje županije (Međimurska i Varaždinska) potrebno omogućiti dostupnost specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite putem poliklinika minimalno u mjeri u kojoj je to dosad bio slučaj. U suprotnom slučaju ostvarit će se točka 3. Poglavlja 7. <i>Učinci provedbe Nacionalnog plana</i> koja govori o smanjenju troškova poslovanja bolnica, ali je upitno hoće li se ostvariti dostupnost usluga u mjeri u kojoj je to dosad bio slučaj.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije. Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u

				bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Pri izradi projekta funkcionalne integracije također će se morati voditi računa o navedenim kriterijima, kao i svim ciljevima Nacionalnog plana, a koji uključuju i dostupnost.
10.5.		Poglavlje 8; Prilog 2., tablice 56., 57. i 58.	U situaciji kada se predviđa smanjenje broja akutnih bolničkih kreveta u svim sastavnicama regionalne bolničke mreže potrebno je čim bolje iskoristiti najkvalitetnije prostore na dobrobit svih građana koje bi takva mreža trebala zbrinjavati, umjesto da se provode dodatni građevinski radovi i stvara nepotreban trošak. Prije donošenja odluka o smještaju zajedničkih smještajnih kapaciteta cijele regije za ortopediju i traumatologiju, kao i urologiju, bilo bi potrebno sagledati na kojoj se lokaciji nalaze kvalitetniji prostori i odluku donijeti na temelju postojećeg stanja. U tom smislu, treba uzeti u obzir da su posljednjih godina izvršena velika ulaganja u izgradnju novog krila Županijske bolnice Čakovec i preuređenje i modernizaciju ostalih zgrada novijeg datuma izgradnje (od 1973.g.), čime je uvelike podignuta kvaliteta bolničkog smještaja.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije, uključujući i trenutno stanje postojećih objekata kao i prostorne kapacitete.
10.6.		Općenito	Prilikom odabira centara izvrsnosti za pojedine djelatnosti potrebno je detaljno sagledati stručna postignuća kako pojedinaca, tako i cijelih timova specijalista iz pojedinih ustanova temeljem njihove prepoznatljivosti u široj stručnoj javnosti. Predlaže se izrada kataloga pojedinih djelatnosti postojećih bolnica predviđenih za funkcionalnu integraciju s popisom medicinskih postupaka i djelatnika koji postupke provode te podacima o njihovoj stručnoj osposobljenosti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Trebalo istaknuti da će promjena modaliteta liječenja predviđena Nacionalnim planom omogućiti povećani obrtaj pacijenata i veći broj pruženih usluga omogućit će daljnje specijaliziranje zdravstvenih radnika, bolnica te u konačnici uspostavljanje regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke sa svom potrebnom opremom i zdravstvenim kadrom. Nadalje, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja

				projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije.
10.7.		Poglavlje 8; Prilog 2. tablica 56. i 58. i Prilog 3., tablica 85.	S obzirom da Nacionalni plan ne predviđa krevete za palijativnu skrb na području Međimurske županije, inzistira se na poštivanju Strateškog plana razvoja palijativne skrbi od 2014. – 2016. godine u Bolnici Čakovec ( 9 – 11 kreveta palijativne skrbi).	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Strateški plan razvoja palijativne skrbi od 2014. – 2016. godine zaseban je strateški dokument i njegova provedba nije uključena u Nacionalni plan. Ministarstvo zdravlja će intenzivno raditi na realizaciji predmetnog strateškog plana, neovisno o Nacionalnom planu. Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Broj postelja za palijativnu skrb nije određen smanjivanjem broja akutnih postelja, jer je isti određen na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom.
11.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća	Poglavlje 8; Prilog 1. Ocjena stanja, tablica	Na Odjelu za oftalmologiju Opće bolnice Zabok u 2013. godini učinjen je 501 operativni zahvat na	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja

	Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Jedinica samostalne djelatnosti – oftamologija, Vedran Hajnžić, dr.med., spec.oftamologije, voditelj JSD za oftamologiju	18. i Prilog 2., tablice 43. i 46.	prednjem segmentu oka te preko 90% operacije katarakte, dok prema Planu istodobno nije predviđen niti jedan krevet za oftalmologiju, kao ni osnivanje odjela, a koji se predlaže već 10 godina. Stoga se predlaže ugovaranje kreveta i osnivanje odjela oftalmologije u Općoj bolnici Zabok kao u svim županijskim bolnicama iste razine.	kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti u okviru općih i specijalnih bolnica. Vidjeti očitovanje pod 22.1.
12.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Jedinica samostalne djelatnosti – dermatovenerologija, mr. Gaby Novak bilić, dr.med., spec. dermatovenerologije, voditeljica JSD-a za dermatovenerologiju	Općenito	Neovisno što dermatologija nije imala niti planirala bolničke krevete u Općoj bolnici Zabok, spajanje dermatologije s internom nema nikakve osnove jer se radi o različitim strukama koje su se davno odvojile. Navedenim spajanjem ne vidi se što se dobilo, a dugoročno će se puno izgubiti jer svaka djelatnost ima svoj plan razvoja koji će ovim putem sigurno biti usporen.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan je upravo vodio računa da se ugovaranjem pružanja zdravstvenih usluga na razini djelatnosti interne medicine ostavi prostora kako bi se omogućio razvoj pojedine bolnice u okviru kapaciteta kojima raspolaže. Upravo iz tog razloga promjena modaliteta liječenja nije definirana za svaku specijalizaciju i užu specijalizaciju zasebno, već gdje god to bilo moguće na razini opće zajedničke djelatnosti odnosno grane specijalizacije.
13.0.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Jedinica samostalne djelatnosti – neurologija, Prim.Mirjana Bakran, dr.med., spec.neurolog, voditeljica Odjela za neurologiju	Poglavlje 8; Prilog 1., tablica 18. i Prilog 2., tablice 43. i 46.	S obzirom na izrazitu porast pojavnosti akutnih neuroloških stanja- posebno cerebrovaskularnih bolesti koje se javljaju kod sve mlađe populacije, a posebno kod starije populacije koja čini većinu našeg stanovništva, neprihvatljivo je planirati smanjenje akutnih kreveta neurološkog odjela Opće bolnice Zabok, budući da teško funkcionira uz već postojećih 27 kreveta. Potrebno je osigurati i akutne krevete u sklopu jedinice intenzivnog liječenja za neurološke bolesnike. Uz cerebrovaskularne bolesti mora se naglasiti i sve veća učestalost pojavnosti	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Pri izradi Nacionalnog plana uzeti su u obzir pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Vidjeti očitovanje 22.1.

			demijelinizacijskih akutnih i kroničnih bolesti, epilepsija, ekstrapiramidnih bolesti (akutni poliradikulomielitis, multipla skleroza) te ostalih patoloških neuroloških stanja zbog kojih bolesnici bivaju u svojoj akutnoj fazi upućivani prvo u Opću bolnicu Zabok od strane hitne medicinske službe. Svakako treba naglasiti i široki prostor terena s kojega bolesnici bivaju upućeni u akutnim stanjima u Opću bolnicu Zabok, tako da svako upućivanje u udaljenije ustanove odgađa pravovremenu primjenu adekvatnog liječenja i time ugrožava oporavak, pa čak i preživljavanje bolesnika.	
13.1.		Općenito	Na razini cijelog zdravstvenog sustava svakako je neophodno osigurati dovoljan broj kreveta palijativne skrbi, ali nikako temeljem ukidanja akutnih kreveta. Prostor za otvaranje novih palijativnih odjela trebalo bi potražiti i u sadašnjim kapacitetima specijalnih bolnica za medicinsku rehabilitaciju jer u nekima od njih rade čak i akutni odjeli i „rehabilitiraju“ se bolesnici koji zapravo zahtijevaju palijativnu skrb.	<b>Ne prihvaća se.</b> Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Broj postelja za palijativnu skrb nije određen smanjivanjem broja akutnih postelja, jer je isti određen na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u zdravstvenim ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom.
14.	Opća bolnica Zabok,	Općenito	Odjel fizikalne medicine i rehabilitacije Opće bolnice	<b>Ne prihvaća se.</b>

	predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Blanka Kralj, dr.med., spec. fizijatrije, voditeljica Odjela		Zabok nije imao stacionarnih kreveta, terapije se obavljaju ambulantnim liječenjem, a i u drugim općim bolnicama je ista praksa. U budućnosti je potrebno planirati povećanje resursa u ljudstvu (spec. fizijatri i fizioterapeuti VŠS) zbog povećanja obujma posla na Odjelu te prirodnog odljeva.	Nacionalni plan počiva na pet strateških razvojnih smjerova definiranim Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012-2020. (poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja zdravlja), a na kojima se sustavno radi od donošenja samog dokumenta u Hrvatskom saboru. Da bi se ti razvojni procesi ostvarili, definirana su prioriteta područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Detaljniji razvoj pojedinih prioriteta ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa predstavlja prioritet 2 Nacionalne strategije. Isto tako, u proceduri je dokument Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu kojim je navedeno područje pokriveno. Napominje se kako je Nacionalni plan rađen na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika u bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom.
15.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Odjel za internu, Mima Georgieva, dr.med., spec interne medicine i kardiologije, voditeljica odjela	Poglavlje 8; Prilog 1. i Prilog 2., tablice 43. i 46.	Opća bolnica Zabok nije u mogućnosti smanjivati broj akutnih kreveta na Odjelu interne bez izrade sveobuhvatnog Nacionalnog plana koji će uključivati i primarnu razinu zdravstvene zaštite. Na Odjelu se svakog dana zaprima sve više akutnih pacijenata (primjer 54 pacijenta u 24 sata).	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu. Vidjeti očitovanje 22.1.
16.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip	Poglavlje 8; Prilog 1., tablica 18. i Prilog 2., tablice 43. i 46.	Predlaže se ugovoriti ležajne kapacitete za urološke bolesnike Općoj bolnici Zabok u skladu s bolnicama III kategorije te eventualno i krevete dnevne bolnice, a	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope



	Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Jedinica samostalne djelatnosti – urologija, Goran Jaić, dr.med, spec. urologije, voditelj JSD za urologiju		za dobrobit uroloških bolesnika i razvoj službe. Uroloških bolesnika je sve više. 2013. godine pregledano je ukupno 8146 bolesnika, ostvareno je 157.474,13 bodova te je u sklopu kirurškog odjela operirano 73 bolesnika.	produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim zdravstvenim uslugama. Vidjeti očitovanje 22.1.
17.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Odjel za pedijatriju, Andreja Filija, dr.med., spec.pedijatrije i neonatologije, voditeljica Odjela	Poglavlje 8; Prilog 1., tablica 18., Prilog 2., tablice 43. i 46. i Prilog 3., tablica 85.	Predlaže se povećati broj kreveta dnevne bolnice u Opće bolnice Zabok za pedijatriju s 3 na 5.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost pedijatrije u Općoj bolnici Zabok. Dodatno vidjeti očitovanje 22.1.
18.0.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist	Poglavlje 1., 1.2.Obuhvat Nacionalnog plana	Kako se u Planu ne spominje laboratorijska dijagnostika, predlaže se izraditi plan racionalizacije medicinsko-biokemijske djelatnosti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom ne zapostavlja se nijedna zdravstvena djelatnost, već naprotiv, sagledava se razvoj svake pojedinačne zdravstvene djelatnosti

	opće i torakalne kirurgije; Odjel za medicinsku biokemiju, dr. sc. Bojana Kranjčec, spec.med. biokemije i lab.medicine, voditeljica Odjela			sukladno pravilima i napretku struku, medicine zasnovane na dokazima te karakteristikama potražnje za bolničkim zdravstvenim uslugama u Republici Hrvatskoj, kao i dobroj europskoj praksi. Naravno, dijagnostika je uz medicinsko-biokemijsku djelatnost temelj svih bolničkih djelatnosti, a što je općepoznata i općepriznata činjenica. Isto tako projektom provedbe Nacionalnog plana, a koji su uprave bolnice dužne izraditi najkasnije dva mjeseca nakon usvajanja Nacionalnog plana, morati će detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse potrebne za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom, uključujući i medicinsko-biokemijsku djelatnost.
18.1.		Poglavlje 1., 1.2.	Planu nedostaje plan razvoja i restrukturiranja primarne zdravstvene zaštite koja bi trebala rasteretiti bolničke ustanove.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Kao što je i navedeno u Nacionalnom planu, između ostalog, Nacionalni plan temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu.
19.0.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Odjel ginekologije i porodništva, prim.dr.sc. Rajko Fureš, dr.med., voditelj Odjela	Poglavlje 3., 3.3. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica	Teško se razlučuju kriteriji koji su primjenjivani pri donošenju prijedloga o smanjivanju krevetnih fondova bolnica i odjela. Za neke sredine smanjenje je tek minimalno, takoreći kozmetičko, dok za druge sredine, iz nepoznatih razloga, smanjenje krevetnoga fonda biva vrlo značajno, te ide i preko 40%. Spomenuti pristup sigurno da ne možemo podržati i opravdati, upravo radi nejasnih kriterija, koji otvaraju prostor o formiranju kriterija za spomenuti plan koji se ne baziraju isključivo na stručnim postulatima. Utisak je da će najugroženije biti male sredine i manje	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar

			bolnice, čime se otežava dostupnost zdravstvenoj zaštiti i produbljuje jaz između velikih i malih centara.	istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim zdravstvenim uslugama. Također, vodilo se računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Dodatno vidjeti očitovanje 22.1.
19.1.		Poglavlje 8; Prilog 1. Ocjena stanja, tablice 14., 16. i 18 i Prilog 2., tablice 45., 46. i 58.	Predlaže se makar izjednačiti krevetne kapacitete Odjela ginekologije i porodništva Opće bolnice Zabok s trenutno ugovorenim kapacitetima Opće bolnice Karlovac i Županijske bolnice Čakovec (51 i 52). U tom smislu, smanjenjem krevetnog fonda u Zaboku na 26, u Karlovcu na 30, a u Čakovcu na 29 produbljuje se nerazmjer između bolnica, a povećava se i nedostupnost zdravstvene zaštite u manjim bolnicama. U tom smislu smanjenje kapaciteta veće od 10% ne može se opravdati. Također, u Planu nije razvidno koje segmente Odjela ginekologije i porodništva bi trebalo ukidati (rodilište, ginekologiju ili treće).	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim zdravstvenim uslugama. Isto tako projektom provedbe Nacionalnog plana, a koji su uprave bolnice dužni izraditi najkasnije dva mjeseca nakon usvajanja Nacionalnog plana, morati će detaljno razraditi sve aktivnosti i resurse potrebne za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom. Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Vidjeti očitovanje 22.1.

20.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Odjel za RTG i UZV, Davor Marjanović, dr.med., spec.radiologije,voditelj Odjela	Općenito	Predlaže se točno odrediti normative i standarde za pružanje svih zdravstvenih usluga i na temelju njih napraviti reorganizaciju zdravstvenog sustava i reorganizaciju osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja koje je u koliziji sa sumom novca koji se u njih ulijeva i koji se iz njih troši.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan se upravo temelji na pokazateljima kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nacionalni plan ne zadire u organizaciju sustava osnovnog i dopunskog zdravstvenog osiguranja. Međutim, jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
21.	Opća bolnica Zabok, predsjednik Stručnog vijeća Opće bolnice Zabok Josip Bubnjar, dr.med, specijalist opće i torakalne kirurgije; Objedinjeni hitni bolnički prijem, Josipi Bubnjar, dr.med., spec. opće i torakalne kirurgije, voditelj OHBP-a	Općenito	U bliskoj budućnosti će se, velikim dijelom zbog smanjenja akutnih kreveta u bolnici, dodatno povećati broj i pritisak pacijenata u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, što će rezultirati dužim čekanjem na pregled, dužim vremenom obrade i povećanim ponovnim dolaskom u hitni prijem unutar 24 sata. Budući da se bolesnici neće moći fizički smjestiti u bolnički krevet vraćat će ih se na kućno liječenje. Velik dio tih bolesnika opet će se u skorašnje vrijeme ponovno javljati u Hitni prijem, a povećana je mogućnost i previda odnosno pogrešaka. Predlaže se intenzivno raspisivanje specijalizacija iz urgentne medicine. Također se apelira da se u suradnji s Hrvatskim zavodom za hitnu medicinu pronađe modus kojim bi barem jedan TIM- 1 Zavoda	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostaloga, temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća mrežu hitne medicine. Plan specijalizacije nije uključen u Nacionalni plan već je donošenje istog definirano člankom 140. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 12/2012, 35/2012, 70/2012, 82/2013, 159/2013 i

			za hitnu medicinu mogao biti stacioniran u bolnici non-stop i da može koristiti bolničke dijagnostičke resurse te tako znatno rastereti Objedinjeni hitni bolnički prijem. Pilot projekt kojim je doveden TIM 1 u našu bolnicu nije se pokazao učinkovitim jer TIM 1 je često na terenu, tako da Objedinjeni hitni bolnički prijem nema neke bitnije koristi od njihovog stacioniranja u Općoj bolnici Zabok.	22/2014), te s tim u vezi Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju doktora medicine („Narodne novine“, broj 100/2011, 133/2011, 54/2012 i 49/20). Kako Ministarstvo zdravlja prepoznaje važnost hitne medicine u Planu specijalizacija za 2014. godinu npr. Općoj bolnici Zabok odobrilo je dvije specijalizacije iz hitne medicine.
22.0.	Željko Kolar, župan Krapinsko-zagorske županije	Poglavlje 1., 1.1. i Poglavlje 5.	Nije jasno definirano značenje funkcionalnog spajanja Opće bolnice Zabok, Opće bolnice Karlovac, Opće bolnice Ogulin i Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“. Krapinsko-zagorska županija podržava funkcionalno spajanje zdravstvenih ustanova samo kao oblik suradnje u vidu unaprjeđenja zdravstvene zaštite, uz uvjet da Opća bolnica Zabok zadrži samostalnost kao pravna osoba i kao takva ugovara obavljanje zdravstvene zaštite s HZZO-om.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan, pa tako i funkcionalne integracije predviđene Nacionalnim planom, rađene su na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Pri tome, administrativne granice jedinica područne (regionalne) samouprave nisu ograničavajući čimbenik u funkcionalnoj integraciji bolnica, budući da bolnice do daljnjega ne mijenjaju svoj formalno-pravni oblik te se u tom dijelu prijedlog prihvaća. Između ostaloga, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije.
22.1.		Poglavlje 8; Prilog 1., tablica 18. i Prilog 2., tablice 43. i 46.	Smanjenje broja kreveta za 40% u Općoj bolnici Zabok nije prihvatljivo. Opća bolnica Zabok je jedina novoizgrađena bolnica od osamostaljenja Republike Hrvatske te je jedna od tri bolnice koja sve svoje djelatnosti obavlja pod istim krovom. U novu zgradu	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i

			<p>Opće bolnice Zabok uloženo je 358.029.580,02 kn, sredstva su osigurana iz kredita, po kojem preostala obveza iznosi još 126.607.761,02 kn do studenog 2021. godine. Stoga, obzirom na kapacitet, uvjete i stručni medicinski kadar kojima raspolaže Bolnica, njenu popunjenost treba povećavati, te se predlaže Ministarstvu zdravlja otvaranje novih odjela i do kraja razdoblja provedbe Nacionalnog plana zadržavanje približno istog broja kreveta. Obzirom na navedeno, prijedlog krevetnih kapaciteta za Opću bolnicu Zabok je sljedeći:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interna – akutne postelje – 90, 82, 78,</li> <li>• Interna – dnevna – 5, 7, 7,</li> <li>• Interna – produženo – 8, 8, 8,</li> <li>• Neurologija – akutne postelje – 25, 25, 23,</li> <li>• Neurologija – dnevna – 1, 1, 1,</li> <li>• Neurologija – produženo – 2, 2, 2,</li> <li>• Pedijatrija – akutne postelje – 20, 20, 18,</li> <li>• Pedijatrija – dnevna – 3, 3, 3,</li> <li>• Pedijatrija – produženo – 0, 0, 0,</li> <li>• Kirurgija – akutne postelje – 60, 55, 55,</li> <li>• Kirurgija – dnevna – 5, 5, 5,</li> <li>• Kirurgija – produženo – 2, 2, 2,</li> <li>• Ginekologija – akutne postelje – 35, 35, 35,</li> <li>• Ginekologija – dnevna – 5, 5, 5,</li> <li>• Ginekologija – produženo – 3, 3, 3,</li> <li>• Urologija – akutne postelje – 2 (2015.), 2 (2016.),</li> <li>• ORL – dnevna - 2 (2015.), 2 (2016.),</li> <li>• Oftalmologija – dnevna – 6 (2015.), 6 (2016.),</li> <li>• Intenzivno liječenje – 7, 7, 7.</li> </ul>	<p>pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenom, definiran je i broj akutnih postelja i stolaca/postelja dnevne bolnice. Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta u Općoj bolnici Zabok. Evaluacijom predmetnog prijedloga, uvažene su primjedbe na sljedeći način: broj akutnih postelja 2016. godine iz djelatnosti pedijatrije će biti 16; broj akutnih postelja 2016. godine iz djelatnosti ginekologije će biti 29, broj postelja/stolaca dnevne bolnice 5 te broj postelja za produženo i dugotrajno liječenje 5; broj stolaca/postelja dnevne bolnice iz djelatnosti oftalmologije i optometrije 2014. godine će biti 2, 2015. godine 3, a 2016. godine 4; broj akutnih postelja 2015. godine iz djelatnosti opće kirurgije će biti 54, a 2016. godine 49, broj postelja/stolaca dnevne bolnice 2014. godine iz iste djelatnosti će iznositi 5, 2015. godine 5 i 2016. godine 5 te broj postelja za produženo i dugotrajno liječenje, 2014. godine iz iste djelatnosti će iznositi 4, 2015. godine 6 i 2016. godine 8 te broj akutnih postelja 2014. godine iz djelatnosti interne medicine će biti 80, 2015. godine 71, a 2016. godine 61.</p>
23.	Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak, sanacijski upravitelj Damir Pahić, dr.med.	Poglavlje 8; Prilog 2., tablice 48. i 51. i Prilog 3., tablica 85.	Predlaže se da se u tablici broja kreveta za Odjel opće kirurgije Opće bolnice „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak broj kreveta smanji za 20, a za Odjel ortopedije i traumatologije poveća za 20 jer je traumatologija naknadno dodana ortopediji kao novoformirana	<b>Prihvaća se.</b>

			<p>specijalizacija i odjel, što nije bio slučaj kod izrade tablice u početku.</p> <p>Konačni broj akutnih kreveta po godinama bi bio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• za opću kirurgiju 58 u 2014., 40 u 2015. i 28 u 2016.,</li> <li>• za ortopediju i traumatologiju 29 u 2014., 28 u 2015. i 27 u 2016.</li> </ul> <p>Broj kreveta dnevne bolnice i produženog liječenja bi ostao isti.</p>	
24.0.	Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica, sanacijski upravitelj dr. Petar Stapar	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 59. i 60. i Prilog 3. tablica 85.	<p>Traži se izmjena broja kreveta za Opću kirurgiju Opće bolnice „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica te proporcionalno povećanje za Ortopediju i traumatologiju, pri čemu bi ukupan broj kreveta ostao isti. Broj akutnih kreveta na Općoj kirurgiji predviđen Nacionalnim planom iznosi 80 za 2014., 70 za 2015. i 60 za 2016. Bolnica predlaže 54 za 2014., 47 za 2015. i 40 za 2016. Broj stolaca dnevne bolnice za Opću kirurgiju predviđen Nacionalnim planom iznosi 11 za 2014., 13 za 2015. i 15 za 2016. Bolnica predlaže 11 za 2014., 12 za 2015. i 12 za 2016. Broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje te palijativnu skrb za Opću kirurgiju predviđen Nacionalnim planom iznosi 6 za 2014., 10 za 2015. i 12 za 2016. Bolnica predlaže 6 za 2014., 9 za 2015. i 9 za 2016. Broj akutnih kreveta za Ortopediju i traumatologiju prema Nacionalnom planu iznosi 14 za 2014., 12 za 2015. i 10 za 2016. Bolnica predlaže 40 za 2014., 35 za 2015. i 30 za 2016. Broj stolaca dnevne bolnice za Ortopediju i traumatologiju prema Nacionalnom planu iznosi 1 za 2014., 2 za 2015. i 3 za 2016. Bolnica predlaže 1 za 2014., 2 za 2015. i 5 za 2016. Broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje te palijativnu skrb za Ortopediju i traumatologiju prema Nacionalnom planu iznosi 1 za 2014., 1 za 2015. i 1 za 2016. Bolnica predlaže 1 za 2014., 2 za 2015. i 4 za</p>	<b>Prihvaća se.</b>

			2016.	
24.1.		Poglavlje 8, Prilog 2., tablice 59. i 60. i Prilog 3. tablica 85.	Predlažu se izmjene broja kreveta Odjela urologije za Opću bolnicu „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica, koju bolnica želi razvijati uz funkcionalno povezivanje s Općom bolnicom Virovitica. U Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica trenutno rade 2 urologa, a u Općoj bolnici Virovitica također 2 te bi se zajedničkom suradnjom unaprijedilo pružanje specijalističko-konzilijarne i stacionarne zdravstvene zaštite. Predlaže se povećanje od ukupno 4 akutna kreveta u 2016. te 1 krevet dnevne bolnice u 2016. godini za potrebe urologije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost urologije u Općoj bolnici „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica.
25.0.	Mr.sc. M. Vuljak, dr.med.	Općenito	Predlaže se hitna reforma primarne zdravstvene zaštite – ambulantno zbrinjavati bolesnike po programu specijalizacije iz obiteljske medicine. Ako liječnik uputnicom zbrinjava svoje pacijente i ne želi ili ne zna primijeniti postupke i vještine iz programa specijalističke obiteljske medicine, HZZO mora iz glavarine dotičnog liječnika isplatiti uslugu liječniku SKZZ.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu.
25.1.		Općenito	Predlaže se funkcionalno i organizacijski prisjediniti Zavod za hitnu medicinu prema Nacionalnoj strategiji u kliničke bolničke centre, klinike i opće bolnice u Republici Hrvatskoj. Na taj način dnevne bolnice će	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana (hitna medicinska služba). Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i



			<p>moći kvalitetno i pouzdano otpustiti i kontrolirati ranu rehabilitaciju bolesnika putem kućnih posjeta TIMOVA 1 i TIMOVA 2 Zavoda za hitnu medicinu. Organizacijom na takav način Opća bolnica Virovitica, Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica, Zavod za hitnu medicinu Virovitičko-podravsku i Zavod za hitnu medicinu Koprivničko-križevačke županije imali bi samo jednu upravu.</p>	<p>opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave.</p>
26.	<p>Virovitičko-podravska županija, župan Tomislav Tolušić, dipl.iur</p>	<p>Općenito</p>	<p>U odnosu na prijedloge koje se tiču Virovitičko-podravsku županiju, predloženi model spajanja Opće bolnice Virovitica sa Općom bolnicom „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica apsolutno je neprihvatljiv ponajviše iz sljedećih razloga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne postoji nikakav razlog da se dvije bolnice istog ranga spajaju u jednu bolnicu pri čemu se radi o izuzetku od pravila predviđenog Planom - dakle u ovom slučaju se bolnica iz jedne zdravstvene regije pripaja bolnici u drugoj regiji,</li> <li>• Opća bolnica Virovitica po svim pokazateljima svog rada i poslovanja treba biti centar regije, kako je to i predviđeno prvotnim Planom, od čega se kasnije iz nepoznatih razloga odustalo te se opravdano sumnja da je u pitanju političko lobiranje za vlastite pozicije i nemoć stranačke strukture SDP-a ove Županije da se izbori za status Opće bolnice Virovitica kao regionalnog centra,</li> <li>• ne može se prihvatiti nikakva reorganizacija koja ide sa gašenjem Opće bolnice Virovitica kao samostalnog pravnog subjekta ili koja bi dovela do gubitka pravne osobnosti bolnice koja ima tradiciju veću od stotinu godina te sve potrebite uvjete da bude regionalni centar,</li> <li>• neprihvatljivi su svi prijedlozi Plana koji</li> </ul>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan, pa tako i funkcionalne integracije predviđene Nacionalnim planom, rađene su na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Pri tome, administrativne granice jedinica područne (regionalne) samouprave nisu ograničavajući čimbenik u funkcionalnoj integraciji bolnica, budući da bolnice do daljnjega ne mijenjaju svoj formalno-pravni oblik. Opća bolnica Virovitica nije jedina bolnica za koju je Nacionalnim planom predviđena funkcionalna integracija s bolnicom druge regije. Između ostaloga, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte međusobne funkcionalne integracije. Nacionalnim Planom predviđene su četiri regije zdravstvenog planiranja: Središnja i sjeverna regija, Istočna regija, Južna regija i Zapadna regija. Nacionalni plan ne</p>

			<p>vode u pravcu smanjenja broja kreveta i njihovo svođenje na broj koji ne omogućuje formiranje bolničkog odjela ili službe, nego njihovo ukidanje (primjer: djelatnost otorinolaringologije, oftamologije, ortopedije i dr.), čime se direktno smanjenje broja zaposlenika.</p> <p>Nacionalni plan hrvatskih bolnica predstavlja u odnosu na Opću bolnicu Virovitica nerealan, štetan i antirazvojni dokument koji ne unaprjeđuje nego razgrađuje postojeću strukturu i sve pozitivne efekte mjera koje su se u odnosu na Opću bolnicu Virovitica poduzimale u proteklom vremenu od strane osnivača te uprave same bolnice. Opća bolnica Virovitica je po rezultatima poslovanja do sanacije bila ustanova koja je bila primjer racionalnog ponašanja po svim pokazateljima, unatoč ograničenim limitima i njihovim stalnim smanjivanjima, a po priznatim troškovima po krevetu među najštedljivijim bolnicama u Hrvatskoj, iako su neke bolnice iste kategorije imali znatno veći limit po krevetu, poput šibenske bolnice. Opća bolnica Virovitica je u tom razdoblju imala uspostavljenu poslovnu suradnju sa Kliničkim bolničkim centrom Osijek te je ova suradnja rezultirala činjenicom da su u njoj uspješno realizirani medicinski zahvati koji se inače izvode u kliničkim bolnicama.</p> <p>Upravo iz navedenih razloga inzistira se da Opća bolnica Virovitica zadrži status regionalne bolnice, odnosno onaj status koji je po Planu trebala i imati prije političke intervencije i prijedloga da se Opća bolnica Virovitica pripoji Koprivnici.</p>	<p>određuje regionalne centre prema regijama zdravstvenog planiranja niti u okvirima postavljenih regija. Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom a koja je u nadležnosti uprava bolnice. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisani su uvjeti za unutarnji ustroj i organizaciju općih i specijalnih bolnica.</p>
27.	Virovitičko-podravska županija, župan Tomislav Tolušić, dipl.iur., zaključci s	Općenito	<p>Predlaže se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>da se Nacionalni plan povuče iz postupka i pošalje na temeljitu doradu,</li> </ul>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Dorada Nacionalnog plana moguća je kroz javnu raspravu koja je trajala od 18.03.2014. – 18.04.2014.</p>

	javne rasprave održane u organizaciji Virovitičko-podravske županije		<ul style="list-style-type: none"> <li>• da se u postupak Nacionalnog plana uključe svi relevantni dionici sustava zdravstvene zaštite,</li> <li>• da se o Nacionalnom planu postigne konsenzus ili konsenzus svih političkih čimbenika jer se radi o izuzetno važnom segmentu društvenog života,</li> <li>• da se stanovništvu Virovitičko-podravske županije osigura zdravstvena zaštita koja po dostupnosti, kvaliteti i učinkovitosti neće zaostajati za drugim sredinama u Republici Hrvatskoj,</li> <li>• da se preispita zakonitost i ustavnost donošenja ovakvog dokumenta.</li> </ul>	<p>u koju se mogla uključiti sva zainteresirana javnost. Ističe se kako se cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.</p> <p>Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i</p>
--	--	--	--	---

				pozitivnim iskustvima europske prakse. Također, vodilo se računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.
28.0.	Upravni odjel za zdravstvo i socijalnu skrb Osječko-baranjske županije, Savjet za zdravstvo Osječko-baranjske županije	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 62. i 64. i Prilog 3. tablica 86.	Potreban broj akutnih postelja za Odjel djelatnosti opće kirurgije u 2016. godini u Općoj županijskoj bolnici Našice minimalno je od 30 do 35 (umjesto predviđenih 22 u 2016). Opća županijska bolnica Našice trenutno ugovara 50 akutnih postelja opće kirurgije, prosječne popunjenosti do 70 %, s tim da je u zimskim mjesecima ponekad za kirurške pacijente potrebno koristiti i posteljne kapacitete drugih odjela.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost opće kirurgije u Općoj županijskoj bolnici Našice.
28.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 62. i 64. i Prilog 3. tablica 86.	Potreban broj akutnih postelja i broj postelja dnevne bolnice za Odjel djelatnosti urologije u 2016. godini u Općoj županijskoj bolnici Našice minimalno je 10 akutnih, odnosno 5 postelja dnevne bolnice (umjesto predloženih 8 i 2). Opća županijska bolnica Našice trenutno ugovara 10 akutnih postelja i 5 postelja dnevne bolnice za Odjel urologije, čime je na granici ispunjavanja uvjeta za postojanje odjela (postojanje najmanje 15 ugovorenih postelja u odjelnoj djelatnosti). S druge strane popunjenost postelja Odjela urologije Opće županijske bolnice Našice je preko 100%, a funkcioniranje ovog Odjela kontinuirano prate i dobri financijski pokazatelji. Naglašavamo činjenicu da prema zadnjem popisu stanovništva šire područje Osječko-baranjske županije bilježi negativan demografski trend s porastom udjela sve starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji, a upravo pacijenti starije životne dobi su i najčešći urološki pacijenti, pa je ovdje potrebno predvidjeti rizik incidencije uroloških bolesti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost urologije u Općoj županijskoj bolnici Našice.
28.2.		Poglavlje 8., Prilog 2.,	Potrebno je planirati uvođenje 24 do 30 postelja za	<b>Djelomično se prihvaća.</b>

		<p>tablice 62., 63., 64 i Prilog 3., tablica 86.</p>	<p>palijativnu skrb u zdravstvenim ustanovama na području Osječko-baranjske županije u 2015. i zadržavanje istog broja postelja u 2016. godini. Ovaj broj palijativnih postelja broj je procijenjenih potreba za palijativnim kapacitetima na području Osječko-baranjske županije utvrđen Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. usvojenim na sjednici Vlade Republike Hrvatske 27. prosinca 2013. godine.</p>	<p>Kako je i navedeno u Nacionalnom planu postelje za palijativnu skrb nisu ravnomjerno raspoređene po regijama zdravstvenog planiranja te je vidljiv manjak u odnosu na ciljane kapacitete i standard propisan Strateškim planom razvoja palijativne skrbi od 2014. do 2016. Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom. Nadalje, u Nacionalnom planu (tablica 87.) prikazan je plan broja postelja za palijativnu skrb po regijama zdravstvenog planiranja (trenutačno ugovoreno/2014. - 2016.), prema kojem je za Istočnu regiju predviđeno 34 postelje.</p>
28.3.		<p>Poglavlje 8., Prilog 6., tablice 96., 102. 108. i 114; Općenito</p>	<p>Zbog kompleksnosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i raznovrsnih pratećih troškova te (ne)mogućnosti njihova pokrivanja naplatom usluga od strane HZZO-a, upitno je s kolikom je preciznošću moguće pretpostaviti kako će se očekivani porast pružanja ovih usluga odraziti na financijsku učinkovitost bolničkog resora, ali i zdravstvenog sustava u cjelini. Zbog planiranja preustroja bolnica i postizanja učinkovitijeg i jeftinijeg sustava njihova funkcioniranja, ovaj je trošak potrebno transparentno preispitati.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Napominje se da Nacionalni plan izrazito naglašava</p>

				unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, financijske projekcije detaljno su razrađene u Poglavlju 7. Učinci provedbe Nacionalnog plana.
28.4.		Općenito	Potrebno je sagledati i mogućnosti daljnjeg razvijanja obavljanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene zaštite, odnosno u adekvatnim ambulantomama pri domovima zdravlja. Predlaže se osmisliti mehanizme koji bi omogućili funkcionalnu povezanost bolnica i domova zdravlja u ovom bitnom području zdravstvene djelatnosti (primjerice omogućiti da postojeći bolnički specijalisti dio ambulantskih pregleda pacijenata odrađuju u domovima zdravlja za sve specijalističke djelatnosti za koje je to objektivno moguće, uvažavajući dostignute standarde i sl.).	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostalog temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu.
29.	Opća županijska bolnica Vinkovci, kolegij Odjela neurologije, ispred kolegija mr.sc. Ljiljana Čengić, dr.med., šef Odjela	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 67. i 68. i Prilog 3. tablica 85.	Predlaže se korigirati plan razvoja vezano za neurološku skrb u Općoj županijskoj bolnici Vinkovci. Smanjenje dosadašnjih 20 postelja na 15 u 2015., a potom na 10 postelja u 2016. godini predstavlja smanjenje od 50% što, uvažavajući broj stanovnika od 140.000 koje zemljopisno gravitira bolnici, definitivno ne pokazuje orijentiranost prema pacijentu. Popunjenost u 2013. godini iznosila je 72,49%, što znači da je 15 postelja bilo 100% popunjeno bez oscilacija.	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost neurologije u Općoj županijskoj bolnici Vinkovci.
30.0.	Branka Jakovac, dr.med.	Poglavlje 8., Prilog 2.,	Ekonomska moć korisnika usluga Opće bolnice "Dr.	<b>Ne prihvaća se.</b>

	tablica 65. i Prilog 3. tablica 84.	Josip Benčević" Slavonski Brod je niska i stoga se smatra da će biti ugroženi najslabiji korisnici zdravstvenih usluga: djeca i bolesnici starije životne dobi. Dječji odjel trenutno ima 38 akutnih kreveta i 8 stolaca u dnevnoj bolnici. Ljudi su se educirali da bi se podigla razina zdravstvene zaštite i sad se pitaju što će biti kad se drastično smanji broj akutnih kreveta. Pitanje je u kojem će opsegu svoj subspecijalistički posao obavljati u matičnoj ustanovi, kao do sada ili u manjem opsegu?	Posteljni kapaciteti Opće bolnica "Dr. Josip Benčević" Slavonski brod na dan 01.03.2014. prikazani su tablicom 23. Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim zdravstvenim uslugama.
30.1.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 65. i Prilog 3. tablica 84.	Novom reorganizacijom, Odjel za kožne i spolne bolesti Opće bolnice "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod se pripaja Službi za unutarnje bolesti. Ovaj odjel je pokrivaio potrebe pacijenata iz tri županije, jedini je imao akutne krevete. Nacionalnim planom se predviđa da se pacijente zbog dijagnostike i eventualnog liječenje upućuje u Klinički bolnički centar Osijek, a istodobno KBC ne raspolaže svim potrebnim dijagnostičkim postupcima.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti u okviru općih i specijalnih bolnica.

31.	Grad Nova Gradiška, župan Brodsko-posavske županije Danijel Marušić, dr.vet.med.; gradonačelnik grada Nova Gradiška Željko Bigović, ing.	Općenito	Opća bolnica Nova Gradiška stavljena je u neravnopravan položaj u odnosu na ostale bolnice, budući da joj je prije donošenja Nacionalnog plana ukinut pravni, poslovni i financijski identitet, što očito nije model ponašanja prema drugim bolnicama koje su Nacionalnim planom predviđene samo za funkcionalno spajanje, s očuvanjem pravnog identiteta. Zahtijeva se vraćanje statusa Opće bolnice Nova Gradiška u prvobitno stanje u cilju omogućavanja građanima grada Nove Gradiške i gravitirajućih općina prava na dostupnost i zdravstvenu zaštitu pod jednakim uvjetima kao i svim ostalim građanima korisnicima zdravstvenih ustanova na području cijele Republike Hrvatske.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa promjene pravne osobnosti zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Odluku o pripajanju Opće bolnice Nova Gradiška Općoj bolnici "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod donijela je Vlada Republike Hrvatske, a u cilju racionalizacije poslovanja i povećanja kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite.
32.0.	Brodsko-posavska županija, župan Danijel Marušić, dr.vet.med., gradonačelnik grada Nova Gradiška Željko Bigović, ing.	Općenito	Zahtijeva se vraćanje statusa Opće bolnice Nova Gradiška u prvobitno stanje u cilju omogućavanja građanima grada Nove Gradiške i gravitirajućih općina prava na dostupnost i zdravstvenu zaštitu pod jednakim uvjetima kao i svim ostalim građanima korisnicima zdravstvenih ustanova na području cijele Republike Hrvatske.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa promjene pravne osobnosti zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Predmetni prijedlog ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Odluku o pripajanju Opće bolnice Nova Gradiška Općoj bolnici "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod donijela je Vlada Republike Hrvatske, a u cilju racionalizacije poslovanja i povećanja kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite. Pri tome se dostupnost zdravstvene zaštite gravitirajućih stanovnika nije smanjila.
32.1.			Nacionalnim planom razvoja bolnica nije jasno vidljivo funkcioniranje zdravstvene zaštite i povezivanje primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite na županijskoj razini. Predlaže se zakonskim odredbama urediti nadležnost primarne zdravstvene zaštite i osnivanje koordinacijskog tijela koje će imati ovlasti povezivanja sustava zdravstvene zaštite na županijskoj razini.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan se između ostalog temelji i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju,



				dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
32.2.		Općenito	Mreža obiteljske medicine nije popunjena zbog nedostatka liječnika, a liječnicima je dana mogućnost samostalnog odlučivanja o ugovaranju posebnog dežurstava subotom, nedjeljom i praznikom, što dodatno dovodi do prenaprezanje bolničkog zdravstvenog sustava i objedinjenog hitnog bolničkog prijema. Sustavi različitih razina zdravstvene zaštite funkcioniraju odvojeno, što dodatno dovodi do problema u organizaciji prijema pacijenata. Predlaže se zakonskim odredbama urediti nadležnost primarne zdravstvene zaštite i osnivanje koordinacijskog tijela koje će imati ovlasti povezivanja sustava zdravstvene zaštite na županijskoj razini.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan se između ostalog temelji i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
33.	Zadarska županija, župan Stipe Zrilić, mag.iur.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 72.	U tablici 72. <i>Plan razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016.</i> u Južnoj regiji (funkcionalno integrirana s bolnicom iz Zapadne regije), Opća bolnica Zadar, redak 14 Ortopedija i traumatologija - dodati fusnotu 23 i na dnu tablice dodati tumačenje s tekstem „Na lokaciji Specijalne bolnice za ortopediju Biograd na Moru“, kao što piše i u tablici 30.	<b>Ne prihvaća se.</b> Tablica 30. Nacionalnog plana prikazuje posteljne kapacitete ugovorene s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, stanje na dan 01.03.2014. godine, dok tablica 72. Predstavlja Plan razvoja kapaciteta 2014.-2016. Opće bolnica Zadar.
34.	Opća bolnica Zadar, Odjel za kirurgiju, Jaša Pavić, dr.med., specijalist opće kirurgije i subspecijalist traumatolog	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 71. i 72. i Prilog 3., tablica 84.	Predlaže se raspodjela posteljnih kapaciteta Odjela za kirurgiju Opće bolnice Zadar na sljedeći način: <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj akutnih kreveta na Općoj kirurgiji: 86 u 2014., 79 u 2015., 60 u 2016.,</li> <li>• broj stolaca dnevne bolnice na Općoj kirurgiji:</li> </ul>	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Vidjeti očitovanje 35.

			<p>5 u 2014., 8 u 2015., 12 u 2016.,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje i palijativnu skrb na Općoj kirurgiji: 5 u 2014., 10 u 2015., 14 u 2016.,</li> <li>• broj akutnih kreveta na Ortopediji i traumatologiji: 16 u 2014., 14 u 2015., 10 u 2016.,</li> <li>• broj stolaca dnevne bolnice na Ortopediji i traumatologiji: 2 u 2014., 2 u 2015., 3 u 2016.,</li> <li>• broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje i palijativnu skrb na Ortopediji i traumatologiji: 0 u 2014., 2015. i 2016.</li> </ul>	
35.	Opća bolnica Zadar, sanacijska upraviteljica Mirjana Mrčela, dipl.oec.; Jaša Pavić, dr. med., rukovoditelj Odjela za kirurgiju	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 71. i 72. i Prilog 3., tablica 84.	<p>U planu razvoja kapaciteta Opće bolnice Zadar definirana je djelatnost Ortopedija i traumatologija s brojem ortopedskih akutnih i postelja za dugotrajno liječenje iz mreže kreveta Opće bolnice Zadar, a trenutno smještenih na lokalitetu Biograd na Moru. Kako su akutne postelje, postelje dnevne bolnice i postelje za produženo liječenje Odjela traumatologije uključene u postelje Opće kirurgije, predlaže se da se te postelje izdvoje iz Opće kirurgije i iskažu pod djelatnost Ortopedija i traumatologija, zajedno s već spomenutim ortopedskim krevetima. Predlaže se sljedeće:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj akutnih kreveta na Općoj kirurgiji: 86 u 2014., 79 u 2015., 60 u 2016.,</li> <li>• broj stolaca dnevne bolnice na Općoj kirurgiji: 5 u 2014., 8 u 2015., 12 u 2016.,</li> <li>• broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje i palijativnu skrb na Općoj kirurgiji: 5 u 2014., 10 u 2015., 14 u 2016.,</li> <li>• broj akutnih kreveta na Ortopediji i</li> </ul>	<b>Prihvaća se.</b>

			<p>traumatologiji: 42 u 2014., 37 u 2015., 32 u 2016.,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj stolaca dnevne bolnice na Ortopediji i traumatologiji: 2 u 2014., 2 u 2015., 3 u 2016.,</li> <li>• broj postelja za produljeno/dugotrajno/kronično liječenje i palijativnu skrb na Ortopediji i traumatologiji: 7 u 2014., 10 u 2015., 15 u 2016.</li> </ul>	
36.0.	Šibensko-kninska županija, župan Goran Pauk, dipl.oec.	Općenito	Dokument je potrebno doraditi uz obvezno sudjelovanje i odlučivanje županija. Samo sudjelovanje u javnoj raspravi nije bilo dovoljno.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Ističe se kako se cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe</p>

				Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana. Nije bilo moguće uključiti sve aktere zdravstvenog sustava u sve faze izrade Nacionalnog plana. Ipak, nitko nije ostao uskraćen za svoje pravo predlaganja, davanja sugestija i primjedbi, a s obzirom na provedenu javnu raspravu. S obzirom na broj i kvalitetu zaprimljenih konkretnih prijedloga u vrijeme trajanja javne rasprave, a imajući u vidu pozitivne pravne propise, slobodni smo zaključiti da je javna rasprava trajala optimalno.
36.1.		Poglavlje 7. Učinci provedbe Nacionalnog plana, 7.3. Povećana djelotvornost bolnica i financijski učinci provedbe Nacionalnog plana i Poglavlje 8.	Neophodno je utvrditi jasne kriterije i mjerila za sve čimbenike rada bolnica: kapacitete, sadržaje, kadrove, opremu, standarde i financijske pokazatelje.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nadalje, Nacionalni plan primarno obuhvaća promjenu modaliteta liječenja: smanjenje akutnih kapaciteta, ali povećanje kapaciteta dnevne bolnice, produljenoga, dugotrajnog i kroničnog liječenja te povećanje kapaciteta specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. Napominje se da se Nacionalni plan radio na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika. Nadalje, financijske projekcije i pokazatelji detaljno su razrađeni u Poglavlju 7. Učinci provedbe Nacionalnog plana.
36.2.		Poglavlje 7., 7.3. i Poglavlje 8.	Potrebno je jasno predočiti model financiranja bolničkog sustava i izraditi što konkretnije financijske projekcije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu

				<p>zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Napominje se da Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, financijske projekcije detaljno su razrađene u Poglavlju 7. učinci provedbe Nacionalnog plana.</p>
36.3.		<p>Poglavlje 8., Prilog 2. tablice 75. i 76.</p>	<p>Potrebno je preispitati smanjenje broja akutnih kreveta. (Opća bolnica Šibensko –kninske županije 35%, Opća bolnica „Hrvatski ponos“ Knin 33%). Nejasno je na čemu se to temelji, odnosno nije dovoljno argumentirano. Nisu dati kriteriji niti objašnjenja što i pod kojim uvjetima bi spadalo u kategoriju akutnog liječenja, a što pod dnevnu bolnicu. Mogućnosti dnevne bolnice su često ograničene samom dijagnozom ili uvjetima pacijenta, te se povećanjem broja kreveta i stolaca dnevne bolnice ne može nadoknaditi predloženo smanjenje akutnih kreveta. Opravdano se bojimo pada razine zdravstvene zaštite kao posljedice navedenih smanjenja.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Ovisno o predmetnim pokazateljima, odnosno njihovim različitostima, razlikuju se i kapaciteti pojedinih modaliteta liječenja po zdravstvenim ustanovama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim zdravstvenim uslugama.</p>
36.4.		<p>Općenito</p>	<p>Zbog uklanjanja nedoumica i mogućeg ugrožavanja radnih prava postojećih zaposlenika, potrebno je</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalni plan ne zadire u pitanja radnika u</p>

			jasno definirati i obraditi pitanja zaposlenih.	bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom. Ista uređuju drugi pravni propisi. Napominje se da se Nacionalni plan radio na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika.
36.5.		Poglavlje 1. i Poglavlje 7., 7.3.	Potrebno je puno detaljnije i sadržajnije obraditi pojam funkcionalnog povezivanja bolnica i njegove posljedice u svim aspektima rada ustanova.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana, a što uključuje i pitanje ljudskih resursa. Projekt provedbe Nacionalnog plana predstavljat će organizirani prikaz osnovnih ciljeva, aktivnosti, potrebnih resursa, izvršitelja, rokova i njihovih međusobnih odnosa. Uspjeh ukupne provedbe Nacionalnog plana u velikoj mjeri ovisi o kvaliteti svakoga pojedinog projekta provedbe na razini jedne bolnice ili skupine funkcionalno integriranih bolnica.
36.6.		Poglavlje 2. i Poglavlje 7., 7.3.	Potrebno je bolje objasniti pojam regionalnih bolničkih mreža, hijerarhijske povezanosti općih bolnica, njihove veze s pojedinim kliničkim bolničkim centrima, mogućim odnosima s drugim sličnim ustanovama te pravo pacijenta na izbor zdravstvene zaštite.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom predviđene su četiri regije zdravstvenog planiranja Središnja i sjeverna regija, Istočna regija, Južna regija i Zapadna regija. Upravo iz razloga kako bi se omogućilo učinkovitije planiranje, organizacija i financiranje bolničkog sustava, pod čime se podrazumijeva i znanstveno-nastavni rad razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj zasnivat će se na spomenutim četirima regijama zdravstvenog planiranja, a u skladu s gravitirajućim područjima svojih kliničkih bolničkih centara (KBC): 2 KBC-a u Središnjoj i sjevernoj regiji (u Zagrebu), 1 KBC u Istočnoj regiji (u Osijeku), 1 KBC u Južnoj regiji (u Splitu) i 1 KBC u Zapadnoj regiji (u Rijeci). Prava pacijenata nisu definirana Nacionalnim

				planom već zakonskim i podzakonskim aktima Republike Hrvatske.
37.0.	Opća bolnica Karlovac, sanacijski upravitelj mr.sc. Suad Crnica, dr.med.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 45. i Prilog 3., tablica 85.	U Općoj bolnici Karlovac Odjel ortopedije i traumatologije je u Službi za kirurgiju te se stoga predlaže da se kreveti iskazani pod tom stavkom pribroje krevetima opće kirurgije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013), Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) te internim aktima bolnica.
37.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 45. i Prilog 3., tablica 85.	Predlaže se da se u djelatnosti urologije za 2015. godinu u Općoj bolnici Karlovac umjesto 9 planira 10 akutnih kreveta.	<b>Prihvaća se.</b>
38.0.	Karlovačka županija, Županijska skupština, predsjednik Skupštine Željko Bokulić, ing.; župan Ivan Vučić, dipl.ing.	Općenito	Karlovačka županija smatra da predložena koncepcija znači otežanu dostupnost kvalitetnih zdravstvenih usluga velikom broju stanovnika Karlovačke županije, s obzirom na njene specifičnosti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ističe se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite svim građanima te formiranju regionalnih centara izvrsnosti. Analiza potražnje za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike predstavljala je prvi korak izrade Nacionalnog plana. Nadalje, a kako je istaknuto samim tekstom Nacionalnog plana, Nacionalni plan uvažava sve lokalne i regionalne specifičnosti.
38.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 45. i Prilog 3., tablica 85.	Predlaže se zadržati veći broj akutnih postelja u Karlovačkoj županiji od predviđenog Nacionalnim planom u 2016. Veliki postotak stanovništva starijeg od 65 godina živi u samačkim kućanstvima koja se nalaze u dislociranim, ruralnim i slabo prometno povezanim područjima Karlovačke županije. Stanovništvu nastanjenom na tim područjima udaljenim od Karlovca i Ogulina više od 80 km otežana je dostupnost sveobuhvatne zdravstvene zaštite. Životna dob sa komorbitetom, kao i	<b>Ne prihvaća se.</b> Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija

			udaljenost od bolničkih zdravstvenih ustanova su bitni čimbenici koji otežavaju ulazak u okvire dnevne kirurgije, odnosno dnevne bolnice te povećavaju broj onih koji zahtijevaju zbrinjavanje na akutnim posteljama u okviru bolničkih ustanova.	zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Zaključno, svi predloženi kriteriji su razmatrani prilikom utvrđivanja plana razvoja bolnica s područja Karlovačke županije.
38.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 45. i Prilog 3., tablica 85.	Preveliko je smanjenje broja ortopedsko traumatoloških kreveta u Karlovačkoj županiji u vremenu kada rastu liste čekanja za ugradnju endoproteze kuka i koljena, čiji operativni zahvati ne spadaju u domenu dnevne kirurgije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanja 38.0. i 38.1.
38.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 45. i Prilog 3., tablica 85.	Treći uzrok smrtnosti u Karlovačkoj županiji su ozljede. Teška trauma s vitalno ugroženim bolesnicima koji zahtijevaju najčešće „damage control“ kirurgiju, anesteziju i intenzivistički pristup također zahtijeva veći broj akutnih postelja, osobito uzimajući u obzir geoprometni položaj, postojeće ljudske i tehnološke resurse.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanja 38.0. i 38.1.
38.4.		Općenito	Karlovac ima nužne i dovoljne resurse za zbrinjavanje politraume i može osigurati medicinsku skrb tijekom masovnih ozljeđivanja. U tom smislu, Opća bolnica Karlovac bi bila svojevrsna „zaštita“ zagrebačkih bolnica od neočekivanih masovnih ozljeđivanja na širim prostorima Republike Hrvatske i ispunila bi svoju ulogu: osigurati nesmetan i skladan rad kliničkih bolnica.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanja 38.0. i 38.1. Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih



				za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom, a što uključuje i pitanje ljudskih resursa. Projekt provedbe Nacionalnog plana predstavljat će organizirani prikaz osnovnih ciljeva, aktivnosti, potrebnih resursa, izvršitelja, rokova i njihovih međusobnih odnosa.
38.5.		Općenito	Opća bolnica Ogulin nalazi se na najprometnijoj prometnici A1 te je jedina bolnička ustanova na potezu od cca 180 km između Karlovca i Gospića. Njezina značajna uloga u Domovinskom ratu, kao i činjenica da je Ogulin planinarsko sjedište Hrvatske, uz postojeće zdravstvene resurse, govore da ona u slučaju potrebe može osigurati skrb tijekom masovnih nesreća.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanja 38.0. i 38.1.
38.6.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 45., Prilog 3., tablica 85. i Prilog 4., tablica 87.	Predlaže se veći broj palijativnih postelja za Karlovačku županiju. S obzirom da se radi o jednoj od po stanovništvu najstarijih županija, predlaže se povećanje broja palijativnih postelja unutar svih zdravstvenih ustanova županije (Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa, Opća bolnica Ogulin, Opća bolnica Karlovac). Neophodno je osigurati minimalni broj palijativnih kreveta u Općoj bolnici Karlovac, obzirom da je to ustanova u kojoj se palijativni bolesnik najčešće identificira, a veći dio njih se usmjerava na kućno liječenje.	<b>Ne prihvaća se.</b> Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom.
38.7.		Općenito	Karlovačka županija traži preciznije definiranje utjecaja provedbe Nacionalnog plana na radno pravo postojećih zaposlenika u zdravstvenom sustavu. Zbog neprecizne definiranosti, predloženi Nacionalni plan na više razina ugrožava radno pravo postojećih zaposlenika u zdravstvenom sustavu. Ukoliko će se broj zaposlenih određivati prema broju postelja u	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u pitanja radnika u bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom. Ista uređuju drugi pravni propisi. Napominje se da se Nacionalni plan radio na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika.

			Karlovačkoj županiji, prema predviđenom broju ukidanja postelja postojeća radna mjesta postaju upitna. Tumačenje da će se višak djelatnika smanjivati prirodnim odljevom postavlja pitanje što je s obnovom kadra, zdravstvenog i nezdravstvenog, i na koji način će se vršiti zapošljavanje tek završenih zdravstvenih djelatnika svih profila.	
38.8		Poglavlje 5.	Karlovačka županija traži preciznije definiranje funkcionalnog spajanja s Kliničkim bolničkim centrom „Sestre milosrdnice“ i na koji način će ono utjecati na postojeći kadar u Općoj bolnici Karlovac i Općoj bolnici Ogulin. Ukoliko funkcionalno znači i kadrovsko spajanje, postavlja se pitanje kvalitetnog kadrovanja bolnica županije, a iracionalna „mobilnost zdravstvenih djelatnika“ postavlja pitanje izmjene postojećih ugovora o radu, što zadire i u osobno radno pravo, ali i u globalno kadrovanje, pa se stvara osnovana sumnja da će „krovna“ ustanova određivati način kadrovanja bolnica.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana, a što uključuje i pitanje ljudskih resursa. Projekt provedbe Nacionalnog plana predstavljat će organizirani prikaz osnovnih ciljeva, aktivnosti, potrebnih resursa, izvršitelja, rokova i njihovih međusobnih odnosa. Uspjeh ukupne provedbe Nacionalnog plana u velikoj mjeri ovisi o kvaliteti svakoga pojedinog projekta provedbe na razini jedne bolnice ili skupine funkcionalno integriranih bolnica.
38.9.		Poglavlje 7., 7.3.	Funkcionalna integracija kojom se predviđa putovanje liječnika do pacijenta u integriranoj ustanovi teško je izvediva obzirom na manjak liječnika specijalista, a može dovesti i do poteškoća u organizaciji rada.	<b>Ne prihvaća se.</b> Jedan od temelja izrade, odnosno strateških polazišta, Nacionalnog plana je Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020., a kako je i istaknuto u dijelu 2. Nacionalnog plana. Nacionalni plan počiva na svih pet strateških razvojnih smjerova definiranim Nacionalnom strategijom (poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja

				<p>zdravlja), a na kojima se sustavno radi od donošenja samog dokumenta u Hrvatskom saboru. Da bi se ti razvojni procesi ostvarili, definirana su prioritetna područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Detaljniji razvoj pojedinih prioriteta ne ulaze u obuhvat Nacionalnog plana. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa predstavlja prioritet 2 Nacionalne strategije. Isto tako, u pripremi je dokument Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu kojim je navedeno područje pokriveno. Napominje se kako je Nacionalni plan rađen na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika u bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom.</p>
38.10.		Općenito	<p>Karlovačka županija traži definiranje načina plaćanja usluga i bolničkih limita prema Nacionalnom planu. Nedefiniranost načina plaćanja usluge i bolničkih limita u predloženom Nacionalnom planu dovodi u pitanje potrebu izmjene broja kreveta. Ako će se HZZO izdvajati iz državne riznice i ako će se limiti određivati po broju izvršenih usluga, onda je broj postelja irelevantan za naplatu usluge. Međutim, ako će broj postelja i dalje ostati temelj za kadroviranje i određivanje bolničkih limita, onda je jasno da broj izvršenih usluga neće imati utjecaj na određivanje kadrova i novčanih limita, što ovaj prijedlog čini paradoksalnim.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Napominje se da Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.</p>
38.11.		Općenito	<p>Izražava se zabrinutost za daljnji stručni razvoj bolnica Karlovačke županije zbog naznaka da će se izgubiti samostalnost kod donošenja ključnih strateških razvojnih odluka, mogućnosti daljnjeg subspecijalističkog kadrovskog usavršavanja, mogućnosti nabave nove opreme koja prati subspecijalistiku i gubitka postojeće opreme kroz klasteriranje ili posudbu.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa gubitak samostalnosti nijedne bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom, odnosno funkcionalna integracija kao jedno od načela izrade Nacionalnog plana ne predviđa gubitak samostalnosti.</p>

38.12.		Općenito	Karlovačka županija predlaže razmotriti mogućnost pilot projekta u jednoj od regija kako bi se uočile dobre i loše strane Nacionalnog plana. Također, traži se objašnjenje je li sličan model već primijenjen u nekoj od zemalja i s kojim učinkom.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan <i>per se</i> se odnosi na sve kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Što se tiče primjera iz praksi, preporuča se Mousazadeh, Y., et al (2013) <i>Advantages nad Disadvantages of Different Methods of Hospitals' Downsizing: A Narrative Systematic Review, Health Promot Perspectives, 3(2), str. 276-287-</i> Nadalje, s obzirom da se usvaja u Hrvatskom saboru, ima snagu zakona pa „pilot“ primjena, naravno, nije moguća.
38.13.		Općenito	Traži se pojašnjenje da li pacijent ima pravo na traženje drugog mišljenja i izbor zdravstvene ustanove za liječenje.	<b>Ne prihvaća se.</b> Isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana već je regulirano drugim propisima.
39.0.	Opća bolnica Ogulin, ravnatelj Krunoslav Cindrić, dr.med., spec. ginekologije	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja akutnih postelja Opće bolnice Ogulin za ginekologiju i opstetriciju s predviđenih 8 u Nacrtu za 2016. na 9. Također, predlaže se povećanje i broja postelja dnevne bolnice za ginekologiju i opstetriciju Opće bolnice Ogulin s predviđenih 0 u Nacrtu Nacionalnog plana u 2016. na 5, uzimajući u obzir da se godišnje radi oko 160 histeroskopskih i 50 laparaskopskih operacija.	<b>Ne prihvaća se.</b> Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užitim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih

				djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Zaključno, svi predloženi kriteriji su razmatrani prilikom utvrđivanja plana razvoja Opće bolnice Ogulin.
39.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja akutnih postelja Opće bolnice Ogulin za opću kirurgiju za 2016. s predviđenih 17 u Nacrtu na 20, kako bi se mogle raditi operacije protetike za koje postoji duga lista čekanja u Republici Hrvatskoj, a u dogovoru s Općom bolnicom Karlovac i dalje se obavljaju u Ogulinu. Također, predlaže se povećati broj postelja dnevne bolnice za opću kirurgiju s predviđenih 3 u Nacrtu Nacionalnog plana za 2016. na 5, kako bi se mogle obavljati operacije tonzila i katarakti za koje bolnica ima zaposlene doktore na nivou specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, prostor i opremu te nema liste čekanja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje akutnih postelja Opće bolnice Ogulin za internu medicinu u 2016. - 42 umjesto Nacrtom predviđenih 20 i to zbog trenutne popunjenosti od 76% na 56 postojećih kreveta te zbog gravitacije pretežno starije populacije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja stolaca dnevne bolnice Opće bolnice Ogulin za pedijatriju u 2016. s predviđenih 4 u Nacrtu na 5, radi potrebe svakodnevnih rehidracija, inhalacija i drugih jednodnevnih terapija.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.4.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja stolaca dnevne bolnice Opće bolnice Ogulin za ortopediju s traumatologijom u 2016. s predviđenih 0 u Nacrtu na 5, što je potrebno radi jednodnevnih ortopedskih zahvata.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.5.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja stolaca dnevne bolnice Opće bolnice Ogulin za otorinolaringologiju u 2016. s predviđenih 0 u Nacrtu na 5, radi operacija tonzila.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.

39.6.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja stolaca dnevne bolnice Opće bolnice Ogulin za oftamologiju u 2016. s predviđenih 0 u Nacrtu na 5, radi operacija katarakte.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.7.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja akutnih kreveta Opće bolnice Ogulin za anesteziju i reanimatologiju u 2016. s predviđenih 0 u Nacrtu na 4.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.8.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja kreveta za dugotrajno liječenje Opće bolnice Ogulin u 2016. s predviđenih 15 u Nacrtu na 30.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
39.9.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 47. i Prilog 3., tablica 86.	Predlaže se povećanje broja kreveta za palijativnu skrb Opće bolnice Ogulin u 2016. s predviđenih 5 u Nacrtu na 10.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 39.0.
40.	Ličko-senjska županija	Općenito	Predlaže se da se prije donošenja Nacionalnog plana održi sastanak s osnivačima bolnica, imajući u vidu činjenicu da su Nacionalni plan izradili strani konzultanti koji nisu dovoljno upoznati sa specifičnostima pojedinih županija.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ističe se kako se cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave

				o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.
41.	KBC Rijeka, Klinika za urologiju, doc.dr.sc. Dean Markić, dr.med.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 78. i 79. i Prilog 3., tablica 82.	<p>Predlaže se povećati broj akutnih kreveta za urologiju u Kliničkom bolničkom centru Rijeka u 2016. s predviđenih 20 u Nacrtu na 25. Također, predlaže se povećati broj stolaca dnevne bolnice za urologiju u 2016. s predviđenih 3 na 4.</p> <p>U Kliničkom bolničkom centru Rijeka došlo je do nerazmjernog smanjenja u broju akutnih kreveta u odnosu na druge ustanove. Klinika za urologiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka provodi cjelokupno urološko liječenje te se bavi i transplantacijom bubrega. Ujedno Klinika je i Referentni centar za transplantaciju bubrega Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske te se ovdje liječe i bolesnici nakon transplantacije s različitim kirurškim komplikacijama (stenoze uretera, limfocele, transplantektomije). Također, na Klinici se vrši cjelokupni program nadomještanja bubrežne funkcije: implantacije peritonejskoga katetera, oblikovanje AV fistula itd. U cijeloj Zapadnoj regiji postoje samo dvije ustanove s urološkom djealtnošću, a riječka Klinika je jedina Klinika i ujedno nastavna baza za studente Medicinskoga fakulteta u Rijeci. Jedino riječka Klinika ima organizirano 24-satno urološko dežurstvo, a svakodnevno rade tri urološke ambulante i jedna hitna ambulanta. Iz tog razloga veliki dio pacijenata Klinike, osim iz Primorsko-goranske, dolazi iz Istarske, Ličko-senjske i Zadarske županije (transplantirani bolesnici). Tijekom ljeta zbog povećanja broja</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost urologije u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Nadalje, već u sadašnjem Nacrtu Nacionalnog plana urologija ima 10 stolaca dnevne bolnice 2016. godine.</p>

			stanovnika (turista) pruža se aktivna urološku skrb i njima.	
42.0.	KBC Rijeka, Klinika za kirurgiju, Izv.prof.dr.sc. Tedi Cicvarić, dr.med., specijalist opće kirurgije i traumatologije, predsjednik Hrvatskog traumatološkog društva; predstojnik Katedre za kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci	Općenito	U razvijenom svijetu kao i u Republici Hrvatskoj ozljeđivanje predstavlja najčešći uzrok smrti u prva 4 desetljeća života te je organizacija nacionalnog Trauma sustava imperativ u liječenju i zbrinjavanju ozljeđenika, što je već nekoliko desetljeća poznato u razvijenim zemljama. Na problem organizacije Trauma sustava opširno je ukazano u dopisu Hrvatskog traumatološkog društva od 15.07.2012. u javnoj raspravi o Nacionalnoj strategiji zdravstva 2012.-2020.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. je zaseban dokument koji je u rujnu 2012. godine usvojen u Hrvatskom saboru. Predmetna primjedba ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana.
42.1.		Poglavlje 1., 1.1.	Zbrinjavanje traumatiziranih bolesnika, prvenstveno politraumatiziranih bolesnika, specifično je i zahtjeva hitno zbrinjavanje u bolničkoj ustanovi koja je u cijelosti ekipirana za kompletno zbrinjavanje bolesnika. Stoga je organizacija i funkcionalna integracija u okviru trauma centara različitog stupnja neophodna kroz organizaciju Trauma sustava. U Nacionalnom planu nažalost nigdje nije opisano sadašnje stanje, nisu navedeni planirani postupci, niti planirani ciljevi u vremenskom razdoblju za niti jedan element funkcionalne integracije. Osiguravanje načela pravednosti, jednakosti i dostupnosti zdravstvene zaštite potrebno je definirati kroz jednake standarde za boravak bolesnika, standardizaciju opreme i prostora, kao i standardizaciju postupaka, uz jednakomjernu raspodjelu financijskih sredstava i jednako financiranje na razini bolnica iste kategorije, što nije definirano Nacionalnim planom.	<b>Ne prihvaća se.</b> Konkretna organizacija rada pojedinih bolničkih djelatnosti ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Istu će biti moguće definirati projektima provedbe Nacionalnog plana. Naime, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnim planom.
42.2.		Poglavlje 2.	U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva od 2012. do 2020. izostavljen je program prevencije ozljeđivanja i zbrinjavanja ozljeđenih, prvenstveno politraumatiziranih. Sa stanovišta moderne	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. je zaseban dokument koji je u rujnu 2012. godine usvojen u Hrvatskom saboru. Predmetna primjedba



			traumatologije, bez organiziranog nacionalnog Trauma sustava nije moguće ukloniti nedostatke „funkcioniranja bolničkog sustava nastalih neplanskim širenjem mreže bolničkih ustanova i neplanskim širenjem opsega usluga koje pružaju”, a također neće biti moguće „alocirati i kadrovske i medicinsko-tehničke resurse”.	ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana.
42.3.		Poglavlje 2., 2.1. – 1.ključna mjera Nacionalne strategije	Nije definiran princip po kojemu se organizira regionalna mreža bolničkih ustanova, nije definirano čime će se postići bolje iskorištavanje svih ugovorenih kapaciteta, nije definiran normativ prema kojem će se odrediti gdje postoji nepotrebno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata. Klinički bolnički centar Rijeka danas nema jednake uvjete rada, niti je jednako financiran u odnosu na druge bolnice iste grupe (Klinički bolnički centri).	<b>Ne prihvaća se.</b> Dio 1.1. objašnjava jedno od dva temeljna načela Nacionalnog plana, a koje uključuje načelo funkcionalne integracije. Dio 1.3. objašnjava regije zdravstvenog planiranja. Dio 5. Nacionalnog plana objašnjava plan razvoja i funkcionalne integracije bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata. Nadalje, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana.
42.4.		Poglavlje 2., 2.1. – 3.ključna mjera	Razvoj dnevnih bolnica, uz građevinske preinake zahtjeva i dodatne organizacijske preduvjete,	<b>Ne prihvaća se.</b> Fazna promjena modaliteta liječenja predviđena

		Nacionalne strategije	dovoljan broj educiranih djelatnika, kao i vanbolničku organizaciju medicinske službe koja uključuje kontrolu bolesnika, adekvatnu terapiju boli, patronažnu službu i patronažnu fizikalnu terapiju. Klinički bolnički centar Rijeka danas nema organiziranu dnevnu bolnicu, niti postoji plan građevinskog i organizacijskog rješenja dnevne bolnice, kao ni adekvatna oprema i broj educiranih djelatnika za takav oblik rada.	Nacionalnim planom zahtijevat će manje tehničke preinake, a iste će biti definirane (kako potreba preinaka, tako i ostali elementi poput financiranja) projektom provedbe Nacionalnog plana. Naime, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana. Napominje se da se Nacionalni plan temelji na postojećem broju i strukturi zdravstvenih radnika.
42.5.		Poglavlje 2., 2.1. – 4.ključna mjera Nacionalne strategije	Reorganizacija hitne službe s traumatološkog stanovišta treba biti načinjena sukladno nacionalnom Trauma sustavu. Kako ozljede predstavljaju ukupno preko 50% svih hitnih slučajeva, hitna služba mora biti prilagođena zbrinjavanju ozlijeđenih. Izvrsnost u zbrinjavanju ozlijeđenih se ne može postići bez organizacije nacionalnog Trauma sustava.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana (hitna medicinska služba). Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave.
42.6.		Poglavlje 2., 2.2. Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014.-2016. Vlade RH	U navedenom poglavlju, osim konstatacije da je „postojeći sustav financiranja zdravstvenog sustava neodrživ i nelikvidan te da postoje ozbiljne teškoće u svakidašnjem poslovanju”, nisu definirani niti jedna mjera, postupak ili aktivnost koji bi trebali promijeniti sustav financiranja i osigurati održivost i likvidnost. Načelne pretpostavke da će se smanjenjem kapaciteta bolnica i smanjenjem rashoda postići dugoročna financijska i operativna održivost poslovanja bolnica nisu ničim argumentirane. Također, ne postoji planirana niti jedna mjera koja bi osiguravala dodatno financiranje bolnica u okviru privatnog osiguranja ili naplaćivanja usluga ostvarenih na slobodnom tržištu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ciljevi i mjere Nacionalnog plana definirani su u zasebnom dijelu 6, a ne u dijelu 2.2. Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Zaključno, Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.

				Nadalje, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova. Pri financijskoj procjeni učinaka korištena je znanstvena metodologija, a koja je transparentno prikazana te su rezultati razumljivo pojašnjeni široj javnosti.
42.7.		Poglavlje 2., 2.3. Programski dokumenti za financijsko razdoblje Europske unije 2014.-2020.	Kako do sada Ministarstvo zdravlja nije pozitivno odgovorilo na molbe Hrvatskog traumatološkog društva vezane za organizaciju nacionalnog Trauma sustava, niti je na bilo koji način potaknulo slične aktivnosti u zbrinjavanju ozlijeđenih, nije moguće očekivati da će se mobilizirati financijska sredstva Europske Unije za tu namjenu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Predmetna primjedba ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Nadalje, u tijeku je izrada operativnih programa, a vezano uz mogućnosti korištenja sredstava EU fondova. Slijedom navedenoga, provode se brojne edukacije radnika i uprava bolnica, kao i provode aktivnosti u okviru Ministarstva zdravlja koje intenzivno priprema projekte za povlačenje sredstava iz EU fondova s ciljem unapređivanja efikasnosti funkcioniranja zdravstvenog sustava i kvalitete zdravstvenih usluga. Važan dio procesa je priprema projekata za strukturne i investicijske fondove 2014. - 2020. izrada tzv. zalihe projektnih ideja iz sektora zdravstva, kojima će se identificirati sve projektne ideje i potencijalni projekti iz sektora zdravstva. Izradu projektnih ideja Ministarstvo zdravlja započelo je projektom aktivnošću u sklopu kredita Svjetske banke. Temeljem Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. - 2020. do sada je prikupljeno preko 280 projektnih ideja iz sektora zdravstva, od kojih će se oni s najvećim utjecajem prioritzirati i za njih će se pokušati osigurati sredstva iz strukturnih fondova u narednom razdoblju jer je njihova zrelost, kvaliteta prijedloga i značaj za provedbu strateških prioriteta od svih pristiglih prijedloga dobila najvišu ocjenu. Na taj su način prvi

				put sustavno prikupljene projektne ideje i projekti za financiranje iz EU fondova. Nacionalni plan podrazumijeva navedene aktivnosti te iste nisu izrijekom spomenute.
42.8.		Poglavlje 3., 3.1.	U ključnim dionicima nije sudjelovao niti jedan predstavnik Klinike za kirurgiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka, niti su konzultirani predstojnici pojedinih zavoda u okviru Klinike.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Ističe se kako se cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana. Nije bilo moguće uključiti sve</p>

				aktere zdravstvenog sustava u sve faze izrade Nacionalnog plana. Ipak, nitko nije ostao uskraćen za svoje pravo predlaganja, davanja sugestija i primjedbi, a s obzirom na provedenu javnu raspravu.
42.9.		Poglavlje 3, 3.2. Tijek izrade i ključne analize	U Poglavlju 2., 2.2. <i>Projektni plan provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje 2014.-2016. Vlade Republike Hrvatske</i> postoji samo načelni opis kriterija, mjera i metodologija, bez ijedne definicije, iz čega je jasno da tijekom izrade i ključne analize nisu učinjene po nikakvom standardnom postupku. Navodi se i da se vodilo računa o infrastrukturnim obilježjima pojedinih bolnica te o udjelu postelja po (sub)specijalizacijama, iako se u svim tablicama pojavljuje opća kirurgija bez podjele na subspecijalističke grane. Paralelno s tim, ortopedski kreveti su sada definirani kao ortopedsko-traumatološki. Ukoliko je nova definicija kreveta posljedica uvođenja nove kirurške specijalizacije iz ortopedije i traumatologije, nameće se pitanje zašto nisu posebno definirani i drugi kirurški kreveti s obzirom na 6 novih specijalizacija iz područja kirurgije?	<b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 2. Nacionalnog plana detaljnije su pojašnjena njegova strateška polazišta od kojih jedno predstavlja i predmetni Projektni plan. Radi se o Projektnom planu Vlade Republike Hrvatske, a koji je detaljno pojašnjen u dokumentima Vlade Republike Hrvatske te ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Nadalje, metodologija razvoja plana kapaciteta po bolničkim djelatnostima jednoobrazno je primijenjena na sve bolnice. Iako to ne ulazi u tekst Nacionalnog plana, u samom dijelu koji opisuje metodologiju jasno je naznačeno koji su se sve pokazatelji analizirali po svakoj bolnici i djelatnosti. Kada bi se sve provedene analize uključile u tekst Nacionalnog plana isti ne bi bio prihvatljiv, odnosno svrsishodan.
42.10.		Poglavlje 3, 3.2.	Da li se zbrinjavanje ozlijeđenih sada odvija u klinikama, zavodima ili odjelima s ortopedsko-traumatološkim krevetima? Napominje se da će prvi specijalisti ortopedije i traumatologije polagati specijalistički ispit 2016., u doba kada i završava razdoblje Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Predmetno ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana i definirano je pravilima struke i medicine te drugim propisima, a dodatno će konkretna organizacija rada biti uređena projektom provedbe Nacionalnog plana za svaku bolnicu ili funkcionalno integrirane bolnice. Napominje se da bolnice moraju u roku do dva mjeseca od usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru donijeti projekt provedbe Nacionalnog plana, a koji odobrava Ministarstvo zdravlja
42.11.		Poglavlje 3., 3.3. Kriteriji planiranja razvoja i	U kriterijima planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica nigdje nisu ukalkulirani medicinski djelatnici s obzirom na njihov broj, zvanje, edukaciju,	<b>Ne prihvaća se.</b> U tekstu Nacionalnog plana je istaknuto kako je Nacionalni plan rađen na temelju trenutnog broja i

		funkcionalne integracije bolnica	stručnost i kvalitetu.	strukture zdravstvenih radnika u bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom.
42.12.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.1. Prosječna stopa popunjenosti postelja	Kako je za bolnice I kategorije evidentno da u nekima postoji popunjenost do 85% (tablica 38), jasno postoji potreba da se za svaku bolnicu zasebno izračuna popunjenost postelja jer bolnica u kojoj određena djelatnost ima popunjenost 85% prema ovom kriteriju nema razloga za smanjenje krevetnih kapaciteta. Također, velike varijacije u navedenoj tablici (npr. za onkologiju: 18-99%) ukazuju na moguće pogreške u sakupljanju podataka.	<b>Ne prihvaća se.</b> Naravno da je računata popunjenost po svakoj zasebnoj bolnici, kao i provedene brojne druge analize. Nacionalni plan sadrži osnovne rezultate provedenih analiza te tekst Nacionalnog plana ne sadržava brojne izračune na kojima se temelji, već samo rezultate izračuna, kao i argumente temeljene na sveobuhvatno provedenoj analizi. Kada bi se sve provedene analize uključile u tekst Nacionalnog plana isti ne bi bio prihvatljiv, odnosno svrsishodan. U opis metodologije opisano je koje su se analize vršile po svakoj pojedinoj bolnici obuhvaćenoj Nacionalnim planom. Nadalje, proveden je veći broj krugova analize zbog utvrđene nekonzistentnosti podataka, a dok nije postignut konsenzus svih dionika.
42.13.		Poglavlje 3., 3.3. 3.3.1.	Osim definiranog vremena provedbe optimalne prosječne stope popunjenosti postelja (PSPP) od 3 godine, nije definirana niti jedna varijabla (nužno povećanje kvalitete zdravstvene usluge, povećanje protoka pacijenata, pružanje više zdravstvenih usluga odjednom, veće produktivnosti u okviru istih resursa, model „fleksibilnog” ustroja prilagođenog fluktuiranju pacijenata uz istu razinu kvalitete zdravstvene zaštite, otpor prema promjenama itd.)	<b>Ne prihvaća se.</b> Napominje se da bolnice moraju u roku do dva mjeseca od usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru donijeti projekt provedbe Nacionalnog plana, a koji odobrava Ministarstvo zdravlja, u kojem će se svi ciljevi za pojedinu bolnicu ili funkcionalno integrirane bolnice utvrditi.
42.14.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.1.	U Nacionalnom planu ne postoji izračun maksimalnog broja dana ležanja u odnosu na koeficijent složenosti poslova.	<b>Ne prihvaća se.</b> Tekst Nacionalnog plana ne sadržava brojne izračune na kojima se temelji, već samo rezultate izračuna, kao i argumente temeljene na sveobuhvatno provedenoj analizi. Kada bi se sve provedene analize uključile u tekst Nacionalnog plana isti ne bi bio prihvatljiv, odnosno svrsishodan.
42.15.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.2. Prosječno	Nacionalni plan ne bi smio sadržavati konstataciju: „Uz pretpostavku da su svi drugi parametri	<b>Ne prihvaća se.</b> Apsolutno bi bilo neprihvatljivo i neodgovorno te

		trajanje boravka u bolnici	jednaki....”, jer se uz jednu pretpostavku vezuju drugi nepoznati parametri, iz čega naravno proizlazi krivi zaključak. Prosječno trajanje boravka u bolnici (PTBB) treba korelirati s drugim jasno definiranim parametrima, za svaku bolnicu zasebno i postaviti jasne brojčane ciljeve.	neutemeljeno tvrditi da se analiza ne zasniva na određenim pretpostavkama. Realističnost i kvalitete pretpostavki je upravo ono što održava uspješnost konačnog rezultata analize. Svi konkretni brojčani ciljevi za svaku bolnicu ili funkcionalno integrirane bolnice bit će obuhvaćen projektima provedbe Nacionalnog plana, a koji odobrava Ministarstvo zdravlja. Iste su bolnice dužne napraviti u roku od dva mjeseca od dana donošenja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru.
42.16.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.2.	Mnoge bolnice u Republici Hrvatskoj ne zadovoljavaju zakonski propisane minimume po pogledu broja zdravstvenih djelatnika te je neophodno u Nacionalnom planu predvidjeti zapošljavanje većeg broja djelatnika u bolnicama. Također, skraćivanje boravka u bolnici nije moguće provesti bez poboljšanja djelotvornosti vanbolničke skrbi i fizikalne terapije, koja je danas potpuno nespremna prihvatiti bolesnike nakon operacijskog liječenja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Napominje se da je Nacionalni plan rađen prema trenutnom broju zaposlenih zdravstvenih radnika. Nadalje, a s obzirom na načelo supsidijarnosti i funkcionalne integracije, sve mjere potrebne za ostvarivanje ciljeva iz obuhvata Nacionalnog plana definirane su u dijelu 6. Nacionalnog plana.
42.17.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.2.	Zadani cilj smanjenja PTBB-a od 10% do 30% vrlo je neprecizno definiran, jer nije jasno što je polazna vrijednost za svaku djelatnost. PTBB za opću kirurgiju u I kategoriji bolnica iznosi 6,4 do 9,1 dana. Iz navedenog podatka je jasno da već sada neke bolnice imaju 30% kraći boravak u odnosu na neke druge. Neprecizno definiranje sadašnjeg stanja i ciljnih vrijednosti ostavlja prostor za manipulaciju statističkim podacima i posljedično neostvarivanje zadanih ciljeva.	<b>Ne prihvaća se.</b> Zadani cilj razlikuje se među različitim bolničkim djelatnostima, ali i kategorijama bolnica. Nikako se ne radi o nepreciznom definiranju sadašnjeg stanja, već iznošenju zaključnih rezultata analize ocjene stanja koja ukazuje na znatne razlike među bolnicama, čak istih kategorija. Stoga i zadani cilj nije identičan kako za sve bolnice, tako i za sve djelatnosti. Napominje se da bolnice moraju u roku od dva mjeseca od usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru donijeti projekt provedbe Nacionalnog plana, a koji odobrava Ministarstvo zdravlja, u kojem će se svi ciljevi za pojedinu bolnicu ili funkcionalno integrirane bolnice utvrditi.
42.18.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.3. Minimalan broj postelja u	U Nacionalnom planu se provodi postupak smanjenja broja postelja, što posljedično vodi ka neodrživosti pojedinih ustrojstvenih jedinica. Umjesto obrnuto,	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova

		ustrojstvenim jedinicama	prvo treba analizirati potrebu za postojanjem i održivost pojedine ustrojstvene jedinice s obzirom na opseg pruženih usluga, a zatim planirati organizacijske promjene u radu (npr. razvoj dnevne bolnice) i na kraju provesti smanjenje broja akutnih bolničkih kreveta.	obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013), Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) te internim aktima bolnica. Princip održavanja ustrojstvenih jedinica, a ne princip koji vodi računa o dostupnosti i kvaliteti zdravstvene zaštite, ishodima liječenja, i slično je neadekvatan pristup. Cilj pružanja bolničke zdravstvene zaštite zasigurno nije (ne)postojanje ustrojstvenih jedinica.
42.19.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.4. Modalitet liječenja	U Nacionalnom planu nije definirano što predstavlja „djelotvorniji način“ obavljanja usluga.	<b>Ne prihvaća se.</b> U Nacionalnom planu je istaknuto kako definiranje različitih modaliteta pružanja zdravstvenih usluga, znači da će pacijenti dobiti više usluga na djelotvorniji način jer im se mogu pružati primjerice paketi od tri do deset zdravstvenih usluga u određenim procesnim algoritmima u jednom polikliničkom posjetu. Taj način bi u isto vrijeme trebao omogućiti bolji pristup zdravstvenoj zaštiti, poboljšati učinkovitost, uključujući iskorištavanje bolničkih resursa, smanjiti troškove po uslugama i osigurati veću razinu zadovoljstva pacijenta. U konačnici, učinak navedenoga bit će vidljiv u skraćenju listi čekanja. Nadalje, provedba Nacionalnog plana otvara prostor za porast u pružanju zdravstvenih usluga specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. To ne znači da će se pojaviti velik broj novih izvanbolničkih slučajeva, nego će pacijenti koji već primaju zdravstvenu zaštitu u bolnicama dobiti više usluga na djelotvorniji način.
42.20.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.4.	U tekstu se navodi da se „provedbom Nacionalnog plana omogućuje smanjenje broja pacijenata liječenih u akutnim kapacitetima na razini svih djelatnosti, što može imati pozitivne učinke na učinkovitost i	<b>Ne prihvaća se.</b> Cijela rečenica citirana iz Nacionalnog plana glasi: „Istodobno s povećanjem broja pacijenata liječenih u dnevnoj bolnici te u specijalističko-konzilijarnoj



			<p>kvalitetu usluge“. Sama rečenica ukazuje da isti pozitivan učinak i ne mora biti ostvaren, odnosno nisu jasno definirani pozitivni učinci i ciljevi razvoja dnevnih bolnica. Sadašnje liste čekanja bolesnika na operacijske zahvate su prvenstveno posljedica nepostojanja ekonomskog načina poslovanja bolnica i obezvrijeđene cijene zdravstvenih usluga uz nedostatak opreme i prostora, nedostatnih financijskih sredstava i manjka djelatnika.</p>	<p>zdravstvenoj zaštiti, provedba Nacionalnog plana omogućuje smanjenje broja pacijenata liječenih u stacionarnim akutnim kapacitetima na razini svih djelatnosti, što može imati pozitivne učinke na učinkovitost i kvalitetu usluga.“ Tekst Nacionalnog plana detaljno obrazlaže i argumentira pozitivne učinke na učinkovitost i kvalitetu pružanja usluge. Provedbom Nacionalnog plana planiraju se ukloniti nedostaci funkcioniranja bolničkog sustava nastali neplanskim širenjem mreže bolničkih ustanova i neplanskim širenjem opsega usluga koje pružaju te time učinkovitije alocirati i kadrovske i medicinsko-tehničke resurse. U skladu s načelom supsidijarnosti pacijenti će se što je prije moguće premještati ili usmjerivati na manje intenzivne oblike bolničkog liječenja te će se liječiti na osnovi medicine zasnovane na dokazima (engl. <i>evidence based medicine</i>) i uz modalitete potpuno odgovarajuće zdravstvenom stanju pacijenta, povećavajući pritom kvalitetu i dostupnost bolničke zdravstvene zaštite. Nadalje, dnevne bolnice omogućuju suvremeni ekonomičan i multidisciplinarni način liječenja koji znatno poboljšava kvalitetu zdravstvene zaštite. Implementacijom predviđenih mjera i aktivnosti ukupni kapaciteti bolnica će se smanjiti, ne dovodeći u pitanje kvalitetu, učinkovitost i dostupnost bolničkih/zdravstvenih usluga, a što će se postići restrukturiranjem i reorganizacijom bolnica i njihovih ustrojstvenih jedinica. Također, Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.</p>
42.21.		Poglavlje 3., 3.3., 3.3.4.	<p>Nije jasno definirano što predstavlja „zaštitna mreža“ u procesu restrukturiranja ukupnih bolničkih kapaciteta i koji su pozitivni ciljevi ostvareni povećanjem kapaciteta za produljenu i dugotrajnu</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom u dijelu 3.3.4. je rečeno kako bi se stvorila dodatna „zaštitna mreža“ u procesu restrukturiranja ukupnih bolničkih kapaciteta, a</p>

			zdravstvenu zaštitu i palijativnu skrb.	osobito u kontekstu smanjenja akutnih stacionarnih kapaciteta, Nacionalni plan predviđa povećanje kapaciteta za produljenu i dugotrajnu zdravstvenu zaštitu te palijativnu skrb. Produljeno liječenje namijenjeno je pacijentima liječenim u akutnim stacionarnim kapacitetima čije zdravstveno stanje ne dopušta otpuštanje iz bolnice u okvirima preporučenoga prosječnog trajanja boravka u bolnici za pojedinu djelatnost, ali čije se bolničko liječenje može nastaviti smanjenim intenzitetom. Dugotrajno liječenje namijenjeno je bolesnicima kojima je potrebna kontinuirana i dugotrajna zdravstvena zaštita nižeg intenziteta, koja obično traje i dulje od trideset dana. Kronično liječenje odnosi se na specifično liječenje kroničnih bolesnika u pojedinim djelatnostima poput, primjerice, pedijatrije i pulmologije. Promjenom modaliteta liječenja, na način da pacijenti dobivaju točno onakvu skrb kakva im je potrebna. Drugim riječima, omogućiti će se pacijentu da u medicinski prihvatljivom roku dobije primjerenu bolničku uslugu. Akutno stacionarno liječenje, liječenje u dnevnoj bolnici i produljeno/dugotrajno liječenje tri su osnovna i komplementarna modaliteta bolničkog liječenja, a njihovim uravnoteženjem pacijentima će se pružiti najprimjerenija zdravstvena zaštita, diferencirana prema njihovu zdravstvenom stanju i potrebama.
42.22.		Poglavlje 4. Ocjena stanja	Iako se spominje „sveobuhvatna ocjena stanja, odnosno analiza postojeće bolničke mreže“ koja pokazuje da mreža nije dovoljno prilagođena potrebama stanovništva i ekonomskoj situaciji, nije definirano što su potrebe stanovništva i koje potrebe nisu ostvarene i na koji način se planiraju ostvariti u postojećoj ekonomskoj situaciji, kao i kakva se ekonomska situacija planira u budućnosti do 2016. Priložena analiza se sastoji od jednostavne brojčane	<b>Ne prihvaća se.</b> U tekstu Nacionalnog plana prikazani su osnovni rezultati provedenih analiza, a ne same analize. Analiza potražnje za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike predstavljala je prvi korak izrade ocjene stanja hrvatskog bolničkog sustava. Predloženo planiranje ekonomske situacije 2016. godine ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana, već se u okviru

			<p>obrade podataka, koji su djelomično toliko različiti da se postavlja pitanje zašto nisu detaljnije analizirani.</p>	<p>Nacionalnog plana koriste recentne i relevantne procjene ekonomskog oporavka relevantnih domaćih i međunarodnih institucija.</p>
42.23.		Poglavlje 4.	<p>Usporedba s prosječnim boravkom u bolnici od 7 dana u zemljama OECD-a bez posebne analize po djelatnostima i po pojedinim bolnicama ne predstavlja valjani parametar, niti je postavljena kao cilj u Nacionalnom planu. Iz tablice 38 se lako može zaključiti da su neke djelatnosti značajno ispod navedenog prosjeka (ginekologija, oftalmologija), a neke vrlo blizu kao npr. opća kirurgija sa 7,7 dana boravka prema srednjoj vrijednosti iz tablice 38. Kako i vrijednosti prosječnog boravka u tablici nisu adekvatno statistički prikazane (srednja vrijednost i SD), nije moguće niti izvući točne kalkulacije kao ciljne vrijednosti.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 3. Nacionalnog plana kojim je opisana metodologija izrade Nacionalnog plana, jasno je pojašnjeno koji su sve pristupi, pokazatelji i kriteriji korišteni u analizi ocjene stanja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Istaknuto je koje analize i na koji način su rađene pa u nastavku podsjetnik. Izvršena je analiza postojećih kapaciteta, djelatnosti, razine produktivnosti i stupnja efikasnosti/inefikasnosti na nacionalnoj/regionalnoj, bolničkoj razini, na razini specijalističke djelatnosti/odjela, na razini specifične dijagnoze/provedene procedure. Nadalje, izrađeno je više krugova ponavljanja analize. Brojni su indikatori korišteni u analizi (broj postelja po odjelu/specijalističkoj djelatnosti u bolnicama odgovarajuće kategorije; udio broja postelja određenog odjela/specijalističkoj djelatnosti u ukupnom broju; broj postelja prema liječnicima; broj bolničkih slučajeva; broj bolničkih pacijenata po liječniku; broj ambulantno-polikliničkih pregleda/posjeta; broj ambulantno-polikliničkih pregleda/posjeta po liječniku; prosječna duljina bolničkog liječenja; prosječna zauzetost postelja; broj pacijenata u dnevnoj bolnici/dnevnoj kirurgiji; broj pacijenata u dnevnoj bolnici/dnevnoj kirurgiji u odnosu na broj postelja/stolaca dnevne bolnice/dnevne kirurgije, itd.). Naravno da svi rezultati analize po djelatnostima i po bolnicama ne mogu ići u dokument, već samo osnovni zaključci, a koji su dani.</p>
42.24.		Poglavlje 5.	<p>Priložena analiza i postoci smanjenja ukupnih kapaciteta u Zapadnoj regiji su napisani uz</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dodatnom provjerom je utvrđeno kako su podatci o</p>

			štamparske greške u postotcima smanjenja ukupnih kapaciteta.	kapacitetima predmetne regije točni. Brojke su se svakako mijenjale uključivanjem prihvaćenih sugestija/primjedbi pristiglih tijekom javne rasprave.
42.25.		Poglavlje 5.	Cijelo Poglavlje 5. sadrži nerazumljivo prikazivanje podataka u postotcima promjena kapaciteta bolnica. Navodi se da dinamika promjena broja postelja može biti i brža, ali ne sporija od ona navedene Nacionalnim planom uz obavezu bolnica da se „popunjenost postelja i prosječno trajanje boravka usklade s preporučenim vrijednostima navedenim pod točkom 3.3. Nacionalnog plana“, iako u navedenom poglavlju ima čitav niz nedorečenih ocjena i ne postoje jasno definirani ciljevi.	<b>Ne prihvaća se.</b> Dio 5. Nacionalnog plana dodatno definira i pojašnjava plan razvoja i funkcionalne integracije bolnica po regijama zdravstvenog planiranja, a koji je zadan prilogom 2. Nacionalnog plana. Kako bi se metodološki potkrijepio sustavan i sveobuhvatan pristup izradi predmetnog plana, dodatno je plan razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016. prikazan po djelatnostima i kategorijama bolnica prilogom 3. Nacionalnog plana, te prilogom 5. koji ukazuje na kapacitete bolnica na 100.000 stanovnika po regijama zdravstvenog planiranja. Prilogom 4. Nacionalnog plana dodatno je izdvojen plan broja postelja za palijativnu skrb po regijama zdravstvenog planiranja koji je utvrđen Nacionalnim planom. Slijedom navedenoga, dio 5. Nacionalnog plana prati, opisuje i dodatno pojašnjava predmetne priloge Nacionalnog plana, a u s vrhu što bolje razumijevanja prikazanoga. Ne prihvaća se tvrdnja o postojanju „čitavog niza nedorečenih ocjena i ne postoje jasno definirani ciljevi“ u dijelu 3.3. Nacionalnog plana jer ista nije točna. Dio 3.3. Nacionalnog plana odnosi se na kriterije planiranja i funkcionalne integracije bolnica. Da su primjedbe i sugestije konkretno pobrojane, te dani argumentirani prijedlozi izmjena, isti bi se zasigurno uzeli u obzir.
42.26.		Poglavlje 5.	U tekstu se navodi da će provedba Nacionalnog plana uravnotežiti, odnosno smanjiti današnje razlike u kapacitetima po regijama zdravstvenog planiranja, što je potpuno netočno jer u zadnjem stupcu tablice 88 je jasno vidljivo da su razlike među regijama i dalje velike, a iz tablice je izostavljen grad Zagreb koji ima	<b>Ne prihvaća se.</b> Radi se o netočnoj tvrdnji. Kako u tekstu Nacionalnog plana, tako i tablicom 88., ne tvrdi se da razlika više nema vezano uz kapacitete bolnica na 100.000 stanovnika po regijama zdravstvenog planiranja, već da se iste po implementaciji 2016.

			najveći broj postelja prema tablici 1. Na ovaj način se radi razlika između bolnica istih kategorija u različitim regijama.	godine smanjuju u odnosu na trenutačno stanje, odnosno, drugim riječima, uspoređujući današnje stanje s ciljanim stanjem 2016. godine, znatno se smanjuje prosječno odstupanje bolničkih kapaciteta po regijama zdravstvenog planiranja od prosjeka za Republiku Hrvatsku (standardna devijacija je manja). Nadalje, netočna je tvrdnja da je Grad Zagreb izostavljen iz tablice 88. Grad Zagreb je dio Središnje i sjeverne regije, a kako je pojašnjeno u dijelu 1.3. Nacionalnog plana te je prikazan u okviru regije zdravstvenog planiranja kojoj pripada.
42.27.		Poglavlje 6. Ciljevi i mjere Nacionalnog plana	Navedene ključne mjere nigdje u Nacionalnom planu nisu definirane, nije obrazložena njihova realizacija, niti su razjašnjeni točni učinci koji vode proklamiranim ciljevima. Nigdje nisu navedeni modeli planiranja niti financiranja osnivanja na primjer dnevnih bolnica, zapošljavanja novih djelatnika, plaćanja usluga itd. Sve predložene mjere su načelnog karaktera, na nivou ideje, bez jasnih planskih rješenja i neprihvatljive su u praktičnoj realizaciji.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ciljevi mjere Nacionalnog plana obrazlažu se i argumentiraju kroz cijeli tekst Nacionalnog plana, a posebno u dijelovima 6. i 7. Nacionalnog plana.
42.28.		Poglavlje 7. Učinci provedbe Nacionalnog plana	Tri navedena učinka provedbe Nacionalnog plana su potpuno nedefinirani i obrazloženi na nivou želja, pretpostavki i očekivanja, bez objektivnih parametara, zadanih ciljeva i mjerljivih i efikasnih postupaka. Na stranici 25 jasno je navedeno: „Cijena koštanja zdravstvenih usluga znatno je pala te na osnovi svega navedenog proizlazi potreba korekcije, odnosno povećanja DTS-a“, a daljnje kalkulacije (financijskom laiku potpuno nerazumljive) su rađene s cijenom DTS boda za koji se u startu jasno tvrdi da nije realna. Sukladno navedenom i kalkulacije u budućnosti su netočne, a navodi se porast troškova od 53.841.110 HRK ukoliko se ne provede Nacionalni plan.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova. Pri financijskoj procjeni učinaka korištena je znanstvena metodologija, a koja je transparentno prikazana te su rezultati razumljivo pojašnjeni široj javnosti. Na osnovi relevantno utvrđenih trendova, primjenjujući konzervativni pristup rasta izdataka od 1 % BDP-a u stalnim cijenama za 2011. godinu u sljedećih

				<p>dvadeset godina, uz pretpostavku da će trećina tog porasta nastati zbog trenda starenja stanovništva, kao i očekivanja kretanja izdataka u zdravstvu, proizlazi godišnji rast troškova za zdravstvene usluge u iznosu od 53.841.110 HRK, odnosno u razdoblju od 2014. do 2016. od 161.523.329 HRK. Zaključno, dio 7. Nacionalnog plana detaljno elaborira učinke Nacionalnog plana, kao kalkulacije predmetnih učinaka.</p>
42.29.		<p>Poglavlje 7., 7.3.2. Scenarij 2: S provedbom Nacionalnog plana</p>	<p>Objedinjavanje i upotreba skupih i sofisticiranih uređaja na jednom mjestu u funkcionalno integriranim bolnicama, kao i planiranje nabavke medicinsko-tehničkih uređaja i medicinske opreme, krije opasnost od centraliziranja opreme u pojedinim centrima, uz devastaciju drugih bolnica, bez jasnog plana i organizacije predstojećih promjena. Nije jasno na koji način se može ostvariti ušteda u materijalu, lijekovima i dijagnostici ukoliko se provodi isti broj postupaka. Troškovi će se iz stacionarnog dijela preseliti u dnevne bolnice, polikliničko-specijalističku djelatnost i vanbolničku zaštitu. Upotreba novih metoda liječenja (koje su u pravilu skuplje) traži dodatna ulaganja u opremu, materijale i edukaciju i nije obrazložen način financiranja tih novih ulaganja. Zaključno proklamiranje Nacionalnog plana koji nosi povećanje učinkovitosti nije ničim dokazano, a nigdje u metodologiji plana nije prezentiran način formiranja regionalnih centara izvrsnosti. Također, nije definirano kako će se i za koliko smanjiti liste čekanja do 2016., niti kolike su financijske uštede postavljene kao završni cilj 2016.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dio 7.3.2. Nacionalnog plana detaljno obrazlaže navedena pitanja. Financijska ušteda po provedbi Nacionalnog plana iznosi 400 milijuna HRK samo na temelju ukupnih kapaciteta i strukture kapaciteta utvrđenih Nacionalnim planom uz sljedeće pretpostavke: popunjenost 85 % i povećanje troškova specijalističko - konzilijarne zdravstvene zaštite od 7,5 %. Dodatno, brojne su neizravne uštede koje nisu ukalkulirane u iznos od 400 milijuna HRK jer je iste teško kvantificirati pa je korišten tzv. „konzervativni pristup“ prilikom izračuna uštede: optimizacija resursa po pacijentu promjenom modaliteta pružanja bolničke zdravstvene zaštite (primjerice, liječenje pacijenata u dnevnim bolnicama umjesto na akutnim stacionarnim posteljama uz porast dnevnih postupaka od 15 % do 20 % u razdoblju od tri godine može generirati 50 % uštede za te slučajeve i posljedično čak od 5 % do 7 % u ukupnom proračunu (dodatni deseci milijuna HRK ušteda); povećana mobilnost osoblja (djelotvornije upravljanje ljudskim resursima; manja potreba za novim zapošljavanjem); objedinjavanje skupih i sofisticiranih uređaja i medicinske opreme (regionalni centri izvrsnosti; niži troškovi završetka; bolje planiranje potreba za novim uređajima i drugom medicinskom opremom); manji trošak</p>

				<p>lijekova, potrošnog materijala, dijagnostike i dr. uslijed promjene modaliteta liječenja; smanjenje mogućnosti bolničkih infekcija i potrošnje skupih rezervnih antibiotika te, naposljetku, nepotrebni građevinski objekti i prostori prenamijenit će se drugim resorima, a time smanjiti i troškovi održavanja.</p> <p>Nacionalni plan ne „proklamira“, već na temelju objektivnih, sveobuhvatnih i konzistentnih pokazatelja ocjene stanja i konsenzusa svih dionika izrade predlaže razvoj bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom.</p>
42.30.		Poglavlje 8.	<p>U ključne dionike Nacionalnog plana nisu izravno uključeni predstavnici struke na nivou stručnih društava, predstavnika klinika ili zavoda, niti predstavnici pojedinih medicinskih djelatnosti. Komunikacijski proces će biti znatno otežan jer sam Nacionalni plan ne daje dovoljno podataka za pojedine ustanove kako bi se moglo ocijeniti postojeće stanje u određenoj bolnici, postaviti jasni ciljevi i pripremiti adekvatne mjere za postizanje ciljeva.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Radi se o netočnoj tvrdnji. Ističe se kako se cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutarnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave</p>

				o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.
42.31.		Poglavlje 8, 8.2. Izrada projekata provedbe Nacionalnog plana	Osnovno je pitanje na temelju čega će uprave bolnica pripremati projekte provedbe Nacionalnog plana. Nedostatak točno definiranih parametara, ciljeva i postupaka, izuzev smanjenja broja postelja kao osnovnog cilja Nacionalnog plana, uzrokovat će veliku raznolikost i neujednačenost bolničkih programa. Ministarstvo zdravlja će svaki program odobravati zasebno, što neupitno ostavlja mogućnost da se pojedine bolnice tretiraju različito zbog nepostojanja jasnih odrednica u Nacionalnom planu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ministarstvo zdravlja primjenjuje sustavan i ujednačen pristup prema svim zdravstvenim ustanovama, pa tako i bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom. Nacionalni plan definira što projekti provedbe Nacionalnog plana moraju sadržavati i koji je rok izrade istih u dijelu 8.2. Nacionalnog plana. Stručne službe Ministarstva zdravlja kontinuirano su, a tako će biti i dalje, na usluzi za svaku možebitnu pomoć/uputu/sugestiju.
42.32.		Poglavlje 8., 8.3. Sustav izvještavanja o provedbi Nacionalnog plana	U završnom odlomku Poglavlja 8., 8.3. <i>Sustav izvještavanja o provedbi Nacionalnog plana</i> se navodi da tek treba razviti sustav komunikacije prema unutarjem i vanjskom okruženju s ciljem potpore realizaciji ciljeva i prikupljanja povratnih informacija o rezultatima provedbe Nacionalnog plana. Na taj način je jasno potvrđeno isključivanje profesionalnih udruženja, kao i predstavnika struke, odnosno medicinskih djelatnosti iz planiranja i stvaranja programa, već je struka stavljena pred "gotov čin" provedbe Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Navedena tvrdnja nikako nije točna. Dapače. Citira se dio 8.3., odnosno 8. Nacionalnog plana, a koji se odnosi na provedbu Nacionalnog plana. Ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana ovisi o kvaliteti posljednjega koraka: procesu provedbe Nacionalnog plana. S obzirom na to, a kako je istaknuto u dijelu 8.1., potrebno je voditi računa o: kvalitetnoj komunikaciji između svih ključnih dionika provedbe Nacionalnog plana, jasnom definiranju zadataka, aktivnosti i rokova njihova izvršenja od svih dionika, prikladnom informacijskom sustavu za kontrolu procesa provedbe Nacionalnog plana, definiranju jasnih uputa provedbe Nacionalnog plana, jasnom definiranju odgovornosti ključnih dionika za provedbu Nacionalnog plana. Stručna potpora županijskih službi je preduvjet provedbe Nacionalnog plana. Ističe se kako se cijeli dio 3.1.



				<p>Nacionalnog plana odnosi na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.</p>
42.33.		Općenito	<p>Nacionalni plan nema jasno definirano stanje, precizno postavljene ciljeve i razrađene metoda za postizanje ciljeva te ne može poslužiti kao kvalitetan program za rješavanje problema u bolničkom dijelu zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Sa stanovišta traumatologije kao struke, nejasno je na</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dio sugestije/primjedbe vezan uz metodologiju i ciljeve Nacionalnog plana nije točan. Naime, korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4.</p>

			<p>koji način će se formirati traumatološka djelatnost i gdje spadaju traumatološki kreveti koji su do sada bili sastavni dio opće kirurgije. Nepostojanje nacionalnog Trauma sustava je osnovna prepreka za funkcionalnu integraciju bolnica u učinkovit sustav zbrinjavanja ozlijeđenih.</p>	<p>Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Pod zdravstvenu djelatnost ortopedije i traumatologije ubrojani su svi kapaciteti vezano uz tu zdravstvenu djelatnost.</p>
42.34.		Općenito	U Nacionalnom planu nigdje nije razmotrena sadašnja	<b>Ne prihvaća se.</b>

			pozicija Kliničkog bolničkog centra Rijeka kao bolnice prve kategorije, niti su predviđene mogućnosti za rješenja sadašnje situacije, kao ni plan mjera za buduće razdoblje.	Nacionalni plan jednoobrazno razmatra pozicije svih bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, na temelju jednakih pokazatelja i kriterija, a uz uključivanje predstavnika svake bolnice u izradu nacрта Nacionalnog plana.
43.	Hrvatsko traumatološko društvo Prof.dr.sc. Tedi Cicvarić, dr.med., predsjednik HTD-a	Poglavlje 3., 3.1.	U ključnim dionicima nije sudjelovalo Hrvatsko traumatološko društvo, niti su konzultirani predstojnici pojedinih klinika.	<b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana. Nije bilo moguće uključiti sve aktere zdravstvenog sustava u sve faze izrade Nacionalnog plana. Ipak, nitko nije ostao uskraćen za svoje pravo predlaganja, davanja sugestija i primjedbi, a s obzirom na provedenu javnu raspravu.
44.	Prim.dr.sc. Milivoj Kramarić, predsjednik Hrvatskog društva za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim poteškoćama i razvojnim poremećajima	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 42., 63., 70. i 79. i Prilog 3., tablica 82.	Predlaže se po 3 postelje i po 5 stolaca u dnevnim bolnicama unutar kliničkih bolničkih centara (Zagreb, Osijek, Split, Rijeka) za potrebe skrbi za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama i razvojnim poremećajima (ITRP). Ukupno, predlaže se 12 postelja i 20 mjesta u dnevnim bolnicama za cijelu zemlju.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i

				razvoju referentnih centara u tom području.
45.	Hrvatska udruga poslodavaca, Udruga privatnih poliklinika, bolnica, lječilišta i ustanova za zdravstvenu skrb, Nevenka Kovač, predsjednica Udruge	Poglavlje 1., 1.2.	Predlaže se da i bolnice čiji su osnivači privatne osobe budu obuhvaćeni Nacionalnim planom jer su i oni pružatelji zdravstvenih usluga građanima Republike Hrvatske.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Postoji cijeli niz vrhunskih privatnih zdravstvenih ustanova u Republici Hrvatskoj, ali iste ne zadovoljavaju gore navedene, a nužne kriterije za uključivanje u Nacionalni plan.
46.0.	Bojan Rugole, dr. med., spec. neurolog, doc.prim.dr.sc. Marinko Dikanović, dr. med., spec. neurolog, Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod	Općenito	U nacrtu Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016 definirane su 4 ključne mjere koje Nacionalni plan mora sadržavati, a jedna od njih se odnosi na reorganizaciju ustroja i djelovanja hitne medicinske službe. U priloženom Nacrtu se ni u jednom dijelu teksta ne naglašava problematika koja trenutno postoji u radu bolničke hitne medicinske službe, niti se daju prijedlozi/rješenja za provedbu navedene reorganizacije hitne službe, iako je isto istaknuto kao ključna mjera Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan jedan je od ključnih planskih i operativnih dokumenata predviđenih Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva od 2012. do 2020. Reorganizacija bolničke i izvanbolničke službe se kontinuirano provodi te je objedinjeni hitni bolnički prijem uveden u većini bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom.
46.1.		Općenito	Radi poboljšanja dosadašnje kvalitete rada u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP) i općenito na odjelima općih bolnica predlaže se primjena Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti hitne medicine („Narodne novine“, broj 42/11, članak 12.) u cijelosti. Obzirom da sadašnji način rada OHBP-a, koji nije u skladu s Pravilnikom, generira svakodnevne probleme u organizaciji rada bolničkih odjela te izravno ugrožava provođenje adekvatne zdravstvene zaštite pacijenata, predlaže se primjena ovog članka, odnosno samog Pravilnika bez odgode.	<b>Ne prihvaća se.</b> Isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Podsjećamo da se svi zakonski i podzakonski Republike Hrvatske akti moraju poštivati.
46.2.		Općenito	Predlaže se da se za potrebe vršenja djelatnosti hitne	<b>Ne prihvaća se.</b>

			medicine u OHBP-u zaposle dodatni licencirani liječnici («sekundarci», liječnici iz vanbolničkih hitnih službi), a u rad OHBP-a uključe i liječnici na specijalizaciji u bolnici, čime bi se rasteretio rad bolničkih liječnika specijalista.	Isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana.
46.3.		Općenito	Predlaže se da se u vanbolničkoj hitnoj službi više iskorištavaju usluge educiranog srednjeg medicinskog kadra (medicinska sestra i tehničar) na funkciji nositelja hitnog medicinskog tima.	<b>Ne prihvaća se.</b> Isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana.
46.4.		Općenito	Predlaže se korištenje usluga liječnika obiteljske medicine u sudjelovanju u radu vanbolničke, ali i bolničke hitne službe (dežurna hitna ambulanta, OHBP) na mjestima gdje za to postoji potreba i mogućnost.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana (primarna zdravstvena zaštita). Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Uključuje promjenu modaliteta u predmetnim bolnicama na sljedeći način: smanjenje broja akutnih postelja, povećanje broja postelja za produženo i dugotrajno liječenje, povećanje broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici, porast broja pruženih usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a u manjoj mjeri kapaciteta za palijativnu skrb.
47.0.	Mr. sc. Žarko Vrbica, Opća bolnica Dubrovnik	Poglavlje 4., Poglavlje 5. i Poglavlje 8., Prilog 1.	Kako bi se mogle analizirati poveznice idejnog i provedbenog dijela Nacionalnog plana kao minimum se predlaže prikazati osnovne standarde sekundarne zdravstvene zaštite na kojima se plan zasniva, kao što su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj stanovnika koji gravitiraju pojedinoj ustanovi sekundarnog tipa kako bi ona bila ekonomski samoodrživa,</li> <li>• definicija gravitacijskog područja ustanove prema vremenu dolaska najudaljenijeg bolesnika (za bolnice koje ne zadovoljavaju uvjet ekonomske održivosti a zbog zemljopisnog položaja ne mogu proširiti</li> </ul>	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Većina predloženih indikatora, odnosno pokazatelja je korištena u ocjeni stanja i planiranja razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isti predstavljaju općepoznatu i općepriznatu metodologiju izrade ocjene stanja i potencijala razvoja zdravstvenog sustava.

			<p>gravitacijsko područje potrebno je to napomenuti i dodatno financijski podržati),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• broj liječnika specijalista pojedine struke prema broju stanovnika gravitacijskog područja,</li> <li>• broj kreveta pojedine struke prema broju stanovnika gravitacijskog područja,</li> <li>• broj ukupno zaposlenih u zdravstvenom sustavu u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti prema broju stanovnika gravitacijskog područja.</li> </ul>	
47.1.		Poglavlje 8., Prilog 1., Prilog 2. i Prilog 3.	<p>Po pitanju tercijarne zdravstvene zaštite, predlaže se definirati sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, kao i plan njihovog razdvajanja u cilju racionalizacije i definiranja stupnja zdravstvene zaštite u pojedinim oblicima. Današnje preklapanje u istim ustanovama ne dopušta adekvatnu analizu niti racionalizaciju. Potrebno je navesti standarde za broj liječnika, postelja i ostalog zdravstvenog osoblja na podlozi broja stanovnika Republike Hrvatske i definiranih zahvata koji se moraju obavljati u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a prema kojima je Plan rađen.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Razine zdravstvene zaštite razgraničene su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 12/2012, 70/2012, 82/2013, 159/2013 i 22/2014). Podsjeća se kako je upravo načelo supsidijarnosti jedno od temeljnih načela izrade Nacionalnog plana. Spomenuti standardi postoje i regulirani su također drugim propisima te ne ulaze u obuhvat Nacionalnog plana.</p>
47.2.		Poglavlje 4., Poglavlje 5. i Poglavlje 8., Prilog 1.	<p>Potrebno je navesti ustanove s pripadajućim gravitacijskim područjima i brojem stanovnika, a ostale parametre u tablicama kalkulirati na osnovu navedenog.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> U dijelovima 3. i 4. Nacionalnog plana istaknuto je kako su predmetni indikatori uzeti u obzir prilikom definiranja plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom.</p>
47.3.		Poglavlje 4., Poglavlje 5. i Poglavlje 8., Prilog 1.	<p>Predlaže se navesti i ustanove tercijarnog tipa uz napomenu odvajanja od ustanova sekundarnog tipa čak i kada su na istom području.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 1.2. Nacionalnog plana naveden je obuhvat Nacionalnog plana. U predmetnom dijelu, navedeno je da se osim razmatranja bolnica podijeljenih po regijama zdravstvenog planiranja, tamo gdje je to i potrebno, bolnice razmatraju i na razini kategorija. Isto je i vidljivo i iz Priloga 3. Nacionalnog plana.</p>
48.0.	Prim. Hrvoje Minigo, dr. med., predsjednik Hrvatske	Općenito	<p>Potrebno je jasno i nedvojbeno definirati standarde i normative za pružanje liječničkih usluga.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre,</p>

	liječničke komore			<p>kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Podrazumijeva se ne samo definiranje standarda i normativa za pružanje zdravstvenih usluga, nego i standardizacija postupaka, jednoobrazno postupanje i smanjenje varijabilnosti u kvaliteti zdravstvene zaštite. Napominje se da Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.</p>
48.1.		Općenito	<p>Provođenje mjera predviđenih Nacionalnim planom ne smije rezultirati pogoršanjem uvjeta rada liječnika. Potrebno je vrednovati rad liječnika na realnim i pravednim osnovama. Potrebno je predvidjeti adekvatno nagrađivanje liječnika za rad u dnevnoj bolnici koji zahtjeva intenzivan angažman, a koji pretpostavlja veliko stručno znanje i odgovornost.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Adekvatno praćenje i vrednovanje rada kako liječnika, tako i drugih zdravstvenih radnika, je nešto što se podrazumijeva Nacionalnim planom i stoga nije izrijekom spomenuto.</p>
48.2.		Poglavlje 8., Prilog 3., tablice 83., 84., 85., 86. i Prilog 4., tablica 87.	<p>Predlaže se da se palijativna medicina provodi manjim dijelom kao stacionarno liječenje, a naglasak da se stavi na specijalističko konzilijarni pristup, kao i na dnevne bolnice.</p>	<p><b>Prihvaća se.</b> Palijativna skrb u bolnici odnosi se na zbrinjavanje bolesnika s neizlječivom bolešću u posljednjem stadiju bolesti sprečavanjem i olakšavanjem simptoma, liječenjem boli te pružanjem psihosocijalne potpore. Ističe se kako je Nacionalni plan uzeo u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom. Kako je istaknuto u samom tekstu Nacionalnog plana, jedno od temeljnih načela Nacionalnog plana je načelo supsidijarnosti. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti,</p>

				specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
49.0.	Izv. prof. dr. sc. Robert Kolundžić, dr. med., specijalist ortoped subspec. traumatolog lokomotornog sustava, predsjednik Hrvatskog ortopedskog društva HLZ	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 46., 47., 58., 61., 69. i Prilog 3., tablice 85. i 86.	Predlaže se da odjeli ortopedije i traumatologije, koji će pokrivati problematiku lokomotornog sustava, budu samostalne ustrojbene jedinice te da se formiraju od odjela/odsjeka ortopedije (sada su unutar zavoda/odjela opće kirurgije – Zabok, Ogulin, Čakovec, Vukovar, Virovitica) i odsjeka traumatologije unutar opće kirurgije. Razlog takvog spajanja je usklađivanje okvira djelovanja nove specijalnosti ortopedije i traumatologije s ustrojbenim jedinicama. Upravo stoga predlaže se da se u planove razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016. pod nazivom Ortopedija i traumatologija osim ortopedskih kreveta pribroji i traumatološke krevete, a posljedično smanji krevete opće kirurgije. Pogotovo je nepotreban tako veliki broj kreveta opće kirurgije u bolnicama s centralnim bolničkim hitnim prijemom gdje svaka medicinska specijalnost preuzima svoju problematiku, pa će tako i Ortopedija i traumatologija preuzeti svoju, a što podrazumijeva i traumatologiju lokomotornog sustava, a ne politraumu. Predlaže se da se predviđeni broj kreveta za ortopediju i traumatologiju poveća nauštrb predviđenih kreveta za opću kirurgiju.	<b>Ne prihvaća se.</b> Pod zdravstvenu djelatnost ortopedije i traumatologije ubrojani su svi kapaciteti vezano uz tu zdravstvenu djelatnost. Nastavno na prijedlog isti nije konkretan. Nadalje, nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013), Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) te internim aktima bolnica. Inače, predmetnim pravilnicima propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti, a ne odsjek.
49.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 46., 47., 58., 61., 69. i Prilog 3., tablice 85. i 86.	Prema Nacionalnom planu u većini bolnica ukinuti su odjeli ortopedije i pripojeni su općoj kirurgiji, što je suprotno opravdanosti specijalizacije iz Ortopedije i traumatologije, kao i potrebi formiranja takvih odjela.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 49.0.
49.2.		Općenito	Kako bi se izbjegli paradoksi da su na novoformiranim odjelima ortopedije i traumatologije za šefove postavljeni liječnici specijalisti opće kirurgije, čime se narušavaju zakonske odredbe Zakona o liječništvu i	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje 49.0.



			Zakona o kvaliteti medicinske zaštite, potrebno je definirati kompetencije i ovlasti koje trebaju biti u skladu s edukacijom i dozvolom za samostalni rad.	
49.3.		Općenito	Potrebno je napraviti razlikovni program edukacije kako bi svi specijalisti po starom programu edukacije mogli steći potrebno znanje i vještine koji su potrebni da se dobije licenca za samostalni rad u sklopu medicinske specijalnosti ortopedije i traumatologije.	<b>Ne prihvaća se.</b> Predmetni prijedlog ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana.
50.	Tonći Dujmović, Odjel za urologiju, Opća bolnica Varaždin	Općenito	Predlaže se da se Nacionalnim planom ostavi mogućnost naknadnog funkcionalnog povezivanja pojedinih djelatnosti i/ili odjela između bolnica za koje inače nije predviđeno funkcionalno povezivanje.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana. Nadalje, napominje se da će predmetnim projektom biti moguće predvidjeti suradnju i s drugim zdravstvenom ustanovama.
51.	Dr. sc. Boro Nogalo, dr. med., Dječja bolnica Srebrnjak	Poglavlje 1., 1.2.	Predlaže se uvrštavanje Dječje bolnice Srebrnjak u Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Dječja bolnica Srebrnjak, iako vrhunska hrvatska zdravstvena ustanova, ne zadovoljava gore navedene, a nužne formalne kriterije za uključivanje u Nacionalni plan.
52.0.	Hrvatska zajednica županija, predsjednik Tomislav Tolušić	Poglavlje 8., Prilog 6. Procjena financijskih učinaka provedbe Nacionalnog plana	U Nacionalnom planu nema konkretnih financijskih projekcija koje bi točno precizirale učinke predloženih mjera.	<b>Ne prihvaća se.</b> Dijelovi 7.3.1. i 7.3.2. detaljno projiciraju učinke implementacije Nacionalnog plana. Slijedom navedenoga, uštede od promjene modaliteta liječenja detaljno su objašnjene dijelom 7.3.2. Nacionalnog plana. Financijska ušteda po provedbi Nacionalnog plana iznosi 400 milijuna HRK samo na temelju ukupnih kapaciteta i strukture kapaciteta

				<p>utvrđenih Nacionalnim planom uz sljedeće pretpostavke: popunjenost 85 % i povećanje troškova specijalističko - konzilijarne zdravstvene zaštite od 7,5 %. Dodatno, brojne su neizravne uštede koje nisu ukalkulirane u iznos od 400 milijuna HRK jer je iste teško kvantificirati pa je korišten tzv. „konzervativni pristup“ prilikom izračuna uštede: optimizacija resursa po pacijentu promjenom modaliteta pružanja bolničke zdravstvene zaštite (primjerice, liječenje pacijenata u dnevnim bolnicama umjesto na akutnim stacionarnim posteljama uz porast dnevnih postupaka od 15 % do 20 % u razdoblju od tri godine može generirati 50 % uštede za te slučajeve i posljedično čak od 5 % do 7 % u ukupnom proračunu (dodatni desetci milijuna HRK ušteda); povećana mobilnost osoblja (djelotvornije upravljanje ljudskim resursima; manja potreba za novim zapošljavanjem); objedinjavanje skupih i sofisticiranih uređaja i medicinske opreme (regionalni centri izvrsnosti; niži troškovi zadržavanja; bolje planiranje potreba za novim uređajima i drugom medicinskom opremom); manji trošak lijekova, potrošnog materijala, dijagnostike i dr. uslijed promjene modaliteta liječenja; smanjenje mogućnosti bolničkih infekcija i potrošnje skupih rezervnih antibiotika te, naposljetku, nepotrebni građevinski objekti i prostori prenamijenit će se drugim resorima, a time smanjiti i troškovi održavanja.</p>
52.1.		Općenito	Nedovoljno se predviđaju kriteriji financiranja rada bolnica, a bez argumenata se zapostavljaju druge funkcije bolnica poput radiološke, laboratorijske i dijagnostičke.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalnim planom ne zapostavlja se nijedna zdravstvena djelatnost, već naprotiv, sagledava se razvoj svake pojedinačne zdravstvene djelatnosti sukladno pravilima i napretku struku, medicine zasnovane na dokazima te karakteristikama potražnje za bolničkim zdravstvenim uslugama u</p>

				Republici Hrvatskoj, kao i dobroj europskoj praksi. Naravno, dijagnostika je temelj svih bolničkih djelatnosti, a što je općepoznata i općepriznata činjenica.
52.2.		Općenito	Dokument ne predviđa kretanje broja zaposlenih u odnosu na smanjenje broja kreveta, kao i potrebe zdravstvene zaštite turista koja je u ljetnim mjesecima izuzetno važna.	<b>Ne prihvaća se.</b> Napominje se da je Nacionalni plan rađen na temelju trenutnog broja zaposlenih zdravstvenih radnika. Što se tiče specifičnosti poput turističke sezone i slično, iste su uzete u obzir. Također, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova.
52.3.		Općenito	Predlaže se da se predložene promjene koordiniraju sa svim drugim dijelovima zdravstvenog sustava te da se dodatno posveti pažnja stanju i razvoju ljudskih resursa potrebnih za implementaciju i uspješnu realizaciju Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite. Naravno, paralelne reforme svih dijelova i razina zdravstvenog sustava se provode istodobno.

				<p>Nadalje, jedan od temelja izrade, odnosno strateških polazišta, Nacionalnog plana je Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020., a kako je i istaknuto u dijelu 2. Nacionalnog plana. Nacionalni plan počiva na svih pet strateških razvojnih smjerova definiranim Nacionalnom strategijom (poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja zdravlja), a na kojima se sustavno radi od donošenja samog dokumenta u Hrvatskom saboru. Da bi se ti razvojni procesi ostvarili, definirana su prioriteta područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Detaljniji razvoj pojedinih prioriteta ne ulaze u obuhvat Nacionalnog plana. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa predstavlja prioritet 2 Nacionalne strategije. Isto tako, u pripremi je dokument Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu kojim je navedeno područje pokriveno.</p>
52.4.		Općenito	U svrhu nastavka javnog dijaloga nudi se stručna potpora županijskih službi koje dobro poznaju problematiku svake pojedine ustanove na terenu.	<p><b>Prihvaća se.</b></p> <p>Ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana ovisi o kvaliteti posljednjega koraka: procesu provedbe Nacionalnog plana. S obzirom na to, a kako je istaknuto u dijelu 8.1., potrebno je voditi računa o: kvalitetnoj komunikaciji između svih ključnih dionika provedbe Nacionalnog plana, jasnom definiranju zadataka, aktivnosti i rokova njihova izvršenja od svih dionika, prikladnom informacijskom sustavu za kontrolu procesa provedbe Nacionalnog plana, definiranju jasnih uputa provedbe Nacionalnog plana, jasnom definiranju odgovornosti ključnih dionika za provedbu Nacionalnog plana. Stručna potpora županijskih službi je preduvjet provedbe Nacionalnog plana.</p>

53.0.	Hrvatska zajednica županija, Vukovarsko-srijemska županija, Upravni odjel za zdravstvo	Općenito	Nacionalni plan bolnica pogoduje regionalnim centrima i njihovim građanima, dok će provincija i dalje čekati na oslobađanje kapaciteta koje su zauzeli pacijenti regionalnih centara koji nemaju županijske bolnice treće kategorije za konvencionalne postupke liječenja.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Uvođenje regija zdravstvenog planiranja, kao i temeljna načela Nacionalnog plana: načelo supsidijarnosti prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće te načelo funkcionalne integracije koje podrazumijeva uspostavu regionalnih bolničkih mreža, uz restrukturiranje i osuvremenjivanje bolnica na osnovi zajedničkog razvoja, unapređenja i usklađivanja politika, postupaka, praksa i drugih oblika operativnih metodologija dovest će do bolje kvalitete usluga, ishoda liječenja, povećane djelatnosti te posljedičnom smanjenju troškova. Ističe se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite svim građanima te formiranju regionalnih centara izvrsnosti, a tek zatim u financijskim uštedama. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata.</p>
53.1.		Općenito	Da bi povećanje broja dnevnih kreveta bilo učinkovito treba izvršiti prostorno-građevinske preinake, uvesti nova organizacijsko tehnička rješenja te uvježbati i ekipirati zdravstvene timove, što će u konačnici zahtijevati znatna financijska sredstva i pokazati	<p><b>Djelomično se prihvaća.</b></p> <p>Fazna promjena modaliteta liječenja predviđena Nacionalnim planom zahtijevat će manje tehničke preinake, a iste će biti definirane (kako potreba preinaka, tako i ostali elementi poput financiranja)</p>

			kronični nedostatak zdravstvenog osoblja u manjim županijskim bolnicama.	projektom provedbe Nacionalnog plana. Naime, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana. Napominje se da se Nacionalni plan temelji na postojećem broju zdravstvenih radnika.
53.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 67., 68. i 69.	Zbog demografske slike stanovništva Vukovarsko-srijemske županije (starije stanovništvo dominantno u ruralnim područjima, loša javna prometna povezanost, veliki broj samačkih domaćinstava, ukinute autobusne i željezničke linije) upitna je mogućnost i efikasnost zamjene akutnih kreveta liječenjem u dnevnoj bolnici.	<b>Ne prihvaća se.</b> Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užitim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.
53.3.		Općenito	Funkcionalna povezanost bolnica razvrstanih na četiri regije nije transparentna budući da nisu utvrđeni kriteriji niti određeni ciljevi zbog čega je tako	<b>Ne prihvaća se.</b> Podjela regija zdravstvenog planiranja na četiri regije objašnjena je u dijelu 1.3. Regije zdravstvenog

			odlučeno i što takva povezanost donosi. Radi jednake dostupnosti zdravstvene zaštite potrebno je ujednačiti kadrovske normative, odrediti potreban broj liječnika specijalista i razinu tehnološke opremljenosti bolnica u svakoj regiji.	planiranja Nacionalnog plana, gdje je navedeno da će se kako bi se omogućilo učinkovitije planiranje, organizacija i financiranje bolničkog sustava, razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj zasnivati na spomenutim četirima regijama zdravstvenog planiranja, a u skladu s gravitirajućim područjima svojih kliničkih bolničkih centara. Što se tiče preostalog dijela prijedloga isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana, a regulirano je drugim propisima.
53.4.		Općenito	Zbog najave izdvajanja HZZO-a iz Državne riznice i plaćanja bolnica po učinjenoj usluzi nejasno je kako bi funkcionalno povezane bolnice uredile svoje međusobne odnose (koji pravni subjekt ostvaruje uslugu i ispostavlja račun HZZO-u ako liječnik iz jedne bolnice pruža uslugu u drugoj funkcionalno povezanoj bolnici) i na temelju kojih zakona i propisa bi poslodavac mogao uputiti radnika da dio ili puno radno vrijeme u drugoj pravnoj osobi ukoliko on to ne želi dobrovoljno učiniti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana. Nadalje, jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Izdvajanje HZZO-a iz Državne riznice neće utjecati na provedbu Nacionalnog plana. Nacionalni plan ne zadire u prava i obveze radnika, koja su regulirana drugim propisima.
53.5.		Poglavlje 7.	Predlaže se provođenje daljnje javne rasprave uz veće uključivanje i uvažavanje prijedloga znanstvenih i strukovnih udruga u zdravstvu te udruga pacijenata.	<b>Ne prihvaća se.</b> S obzirom na broj i kvalitetu zaprimljenih konkretnih prijedloga u vrijeme trajanja javne rasprave, a

				<p>imajući u vidu pravne propise, slobodni smo zaključiti da je javna rasprava trajala optimalno. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s navedenim dionicima izrade Nacionalnog plana, kao i svim zainteresiranim stranama, održan je cijeli niz sastanaka i rasprava, iterativno, dok se nije postigao konsenzus. Dodatno, a kao što je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4. Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija</p>
--	--	--	--	---



				<p>zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.</p> <p>Zaključno, cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi se na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutarnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave</p>
--	--	--	--	--

				o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana. Napominje se kako su svi pristigli prijedlozi (čak i oni izvan roka javne rasprave), kao i zaključci svih sastanaka i rasprava uzeti u obzir prilikom izrade konačne inačice prijedloga Nacionalnog plana.
54.0.	Hrvatska zajednica županija, Miodrag Čerina, zamjenik župana Istarske županije	Općenito	Predlaže se koordinirati predložene promjene bolničkog sustava sa svim drugim dijelovima zdravstvenog sustava (naročito primarnom zdravstvenom zaštitom), ali i povezanih sektora (socijalna skrb i obrazovanje).	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite. Naravno, paralelne reforme svih dijelova i razina zdravstvenog sustava se provode istodobno.
54.1.		Općenito	Predlaže se voditi računa o povećanom opterećenju bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite tijekom turističke sezone u Istarskoj županiji.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine

				imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova.
54.2.		Općenito	Predlaže se omogućiti pružanje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite ne samo u prostorima bolnice, nego i u ispostavama doma zdravlja, što je posebno značajno za Istarsku županiju u kojoj je bolnica locirana i do 90 km dalje od mjesta stanovanja osiguranika.	<b>Ne prihvaća se.</b> Vidjeti očitovanje pod brojem 54.0.
54.3.		Općenito	Potrebno je transparentno definirati sustav financiranja bolničkog sustava, uz uvažavanje županijskih specifičnosti i prioriteta.	<b>Ne prihvaća se.</b> Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
54.4.		Općenito	Predlaže se jasno definirati i druge funkcije bolnice, naročito dijagnostičku.	<b>Ne prihvaća se.</b> U obuhvat Nacionalnog plana ne ulaze bolničke funkcije, već bolničke zdravstvene djelatnosti. Naravno, dijagnostika je temelj svih bolničkih djelatnosti, a što je općepoznata i općepriznata činjenica.
54.5.		Općenito	Potrebno je posvetiti posebnu pažnju razvoju ljudskih resursa.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Jedan od temelja izrade, odnosno strateških polazišta, Nacionalnog plana je Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020., a kako je i istaknuto u dijelu 2. Nacionalnog plana. Nacionalni plan počiva na svih pet strateških razvojnih smjerova definiranim Nacionalnom strategijom (poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti

				<p>zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja zdravlja), a na kojima se sustavno radi od donošenja samog dokumenta u Hrvatskom saboru. Da bi se ti razvojni procesi ostvarili, definirana su prioriteta područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Detaljniji razvoj pojedinih prioriteta ne ulaze u obuhvat Nacionalnog plana. Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa predstavlja prioritet 2 Nacionalne strategije. Isto tako, u pripremi je dokument Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu kojim je navedeno područje pokriveno.</p>
55.0.	Dr. sc. Krešimir Luetić, tajnik Hrvatske udruge bolničkih liječnika	Općenito	Nejasno je tko su poimenično autori Nacionalnog plana, njihove reference te što su ukupni troškovi izrade plana i izvori njegovog financiranja.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Ključni nositelj, pa time i autor/glavni urednik Nacionalnog plana je Ministarstvo zdravlja, a što je navedeno na početnoj stranici Nacrta Nacionalnog plana upućenog u javnu raspravu. Nadalje, slijedom navedenoga, Ministarstvo zdravlja je provelo javnu raspravu, te objavljuje Savjetovanje sa zainteresiranom javnošću. Isto tako, Ministarstvo zdravlja je predlagatelj dokumenta Vladi Republike Hrvatske. Svi dionici izrade i implementacije Nacionalnog plana su navedeni u samom tekstu Nacionalnog plana vrlo transparentno. Cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi se na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu</p>

				<p>3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana.</p>
55.1.		Općenito	<p>Ministarstvo zdravlja prilikom izrade Nacionalnog plana nije konzultiralo niti jednu instituciju, niti stručno društvo koje okuplja hrvatske liječnike ili druge zdravstvene djelatnike, kao niti jednu udruhu pacijenata u Republici Hrvatskoj.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Navedene tvrdnje su netočne. Dapače. Cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi se na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući</p>

				„komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana.
55.2.		Poglavlje 4. i Poglavlje 7., 7.3.	U Nacionalnom planu nije u potpunosti pojašnjeno trenutno financijsko poslovanje bolničkih ustanova, s obzirom da gubici nisu realni, nego je smanjivanjem bolničkih limita i vrijednosti DTS boda obezvrijeđena vrijednost rada i zdravstvene usluge koju bolnice pružaju.	<b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 7.3. detaljno je pojašnjen utjecaj smanjenja vrijednosti DTS-a. Stoga je jasno zaključeno kako je cijena koštanja zdravstvenih usluga znatno pala te na osnovi svega navedenog jednoznačno proizlazi potreba korekcije odnosno povećanja DTS-a. Slijedom navedenoga, Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
55.3.		Poglavlje 3., 3.3.4.	Nije dovoljno pojašnjena klasifikacija bolničkih postelja.	<b>Ne prihvaća se.</b> U dijelu 3.3.4. Nacionalnog plana detaljno su pojašnjeni modaliteti liječenja, a kako slijedi u nastavku teksta. U bolničkom liječenju moguće je razlučiti nekoliko ključnih modaliteta koji se razlikuju po trajanju i intenzitetu zdravstvene zaštite koja se pruža pacijentu. U Nacionalnom planu pod pojmom specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita podrazumijeva se polikliničko-ambulantna zdravstvena zaštita koja se pruža u bolnicama. Dnevna bolnica definira se kao modalitet bolničkog liječenja koje ne traje dulje od 16 sati u tijeku jednoga dana. Akutno stacionarno liječenje definira se kao pružanje bolničke zdravstvene zaštite visokog ili višeg intenziteta, u jedinicama intenzivnog ili akutnog liječenja, pri čemu je trajanje liječenja u okvirima međunarodno preporučenih i prihvatljivih prosjeka za pojedinu djelatnost. Pri tome jedinice intenzivnog liječenja pružaju visokospecijaliziranu zdravstvenu zaštitu za pacijente neposredno

				<p>ugroženog zdravlja i života i nezamjenjiv su modalitet liječenja u bolnicama. Produljeno liječenje namijenjeno je pacijentima liječenim u akutnim stacionarnim kapacitetima čije zdravstveno stanje ne dopušta otpuštanje iz bolnice u okvirima preporučenoga prosječnog trajanja boravka u bolnici za pojedinu djelatnost, ali čije se bolničko liječenje može nastaviti smanjenim intenzitetom. Dugotrajno liječenje namijenjeno je bolesnicima kojima je potrebna kontinuirana i dugotrajna zdravstvena zaštita nižeg intenziteta, koja obično traje i dulje od trideset dana. Kronično liječenje odnosi se na specifično liječenje kroničnih bolesnika u pojedinim djelatnostima poput, primjerice, pedijatrije i pulmologije. Palijativna skrb u bolnici odnosi se na zbrinjavanje bolesnika s neizlječivom bolešću u posljednjem stadiju bolesti sprečavanjem i olakšavanjem simptoma, liječenjem boli te pružanjem psihosocijalne potpore. Suvremeno bolničko liječenje temelji se na učinkovitim i djelotvornim modalitetima poput dnevne bolnice te na specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti uz upotrebu akutnih stacionarnih kapaciteta samo u slučajevima kada je to nužno.</p>
55.4.		Poglavlje 3., 3.3.4.	<p>Nije jasno definiran kriterij „trajanje liječenja u okvirima međunarodno preporučenih i prihvatljivih prosjeka za pojedinu djelatnost“. Također je nepoznata predviđena vrijednost skrbi po pojedinoj skupini postelja.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Predmetni kriterij razlikuje se od djelatnosti do djelatnosti, kao i razine zdravstvene zaštite, odnosno kompleksnosti zdravstvenog problema koji se rješava. Primijenjen je recentni kriterij temeljen na istraživanjima Svjetske zdravstvene organizacije. Jedna od ključnih mjera uspješne provedbe i ostvarivanja ciljeva Nacionalnog plana je ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijarnu</p>

				zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
55.5.		Poglavlje 8., Prilog 2. i Prilog 3.	Predviđeno smanjenje broja akutnih bolničkih postelja dovest će do značajnog smanjenja broja postelja za elektivne dijagnostičke i terapijske zahvate jer će ih zauzeti akutni bolesnici, što će dovesti do produljenja listi čekanja.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Potrebno je uzeti u obzir činjenicu da Nacionalni plan predviđa promjenu modaliteta liječenja: istovremeno smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja te palijativne skrbi. Predviđena promjena modaliteta liječenja, omogućit će bolju i bržu zdravstvenu uslugu pacijentima, osuvremeniti način pružanja bolničkih zdravstvenih usluga jer će se dio usluga koje se trenutno pružaju kroz akutne kapacitete pružati kroz druge modalitete liječenja. Skraćivanjem boravka u bolnici i postizanjem preporučenih vrijednosti prosječnog trajanja hospitalizacije poboljšat će se ishodi liječenja, a uvođenjem drugih modaliteta liječenja povećati i obrtaj pacijenata uz povećanje kvalitete pruženih usluga i zadovoljstva pacijenata. Taj način bi u isto vrijeme trebao omogućiti bolji pristup zdravstvenoj zaštiti, poboljšati učinkovitost, uključujući iskorištavanje bolničkih resursa, smanjiti troškove po uslugama i osigurati veću razinu zadovoljstva pacijenta. U konačnici, učinak navedenoga bit će vidljiv u skraćenju listi čekanja. Potrebno je naglasiti da se povećanjem primjene modaliteta dnevne bolnice, uz smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, dostupnost bolničkoj zdravstvenoj zaštiti ne smanjuje, nego se ostvaruje pomak znatnog broja standardnih postupaka prema postupcima dnevne bolnice. Time se smanjuje ukupna potražnja za bolničkim kapacitetima i skraćuju liste čekanja gdje one postoje.</p>



55.6.		Poglavlje 2., 2.1.	Nacionalni plan ne razrađuje financiranje potrebnih tehničkih preinaka u svrhu stvaranja odjela za dnevne bolnice.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Fazna promjena modaliteta liječenja predviđena Nacionalnim planom zahtijevat će manje tehničke preinake, a iste će biti definirane (kako potreba preinaka, tako i ostali elementi poput financiranja) projektom provedbe Nacionalnog plana. Naime, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana.</p>
55.7.		Općenito	U slučaju organiziranja dnevnih bolnica potrebno je unaprijediti i proširiti patronažnu službu jer je za očekivati veći broj i zahtjevnije potrebe „kućnih“ pacijenata nakon jednodnevne kirurgije.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između ostaloga, temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća organizaciju patronažne službe <b>ni djelatnosti zdravstvene njege u kući bolesnika.</b></p>
55.8.		Poglavlje 3., 3.3.	Kriteriji za spajanje bolnica su nepotpuni i kao takvi neprimjereni za primjenu u praksi. Ne navodi se način na koji će se organizirati i provesti spajanje bolnica, niti se objašnjava način financiranja novostvorenih bolnica. Županije kao vlasnike bolnica, a kojima će se vlasništvo vratiti po obavljenoj sanaciji, nitko ne traži suglasnost za fuzioniranje bolnica. Funkcionalno spajanje bolnica je vrlo nedorečeno, nelogično i u praksi neprovedivo.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan ne predviđa spajanje bolnica, već funkcionalnu integraciju pojedinih bolnica, a što nikako nisu istoznačnice. Inače, funkcionalna integracija predviđena je za 21 od 31 bolnice obuhvaćene Nacionalnim planom. Napominje se da je Nacionalnim planom definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati</p>

				detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana.
55.9.		Poglavlje 8., Prilog 6.	Nerealno je projekcije troškova u budućnosti računati na temelju podcijenjene vrijednosti DTS koeficijenta.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Isto je elaborirano detaljno u dijelu 7.3. Nacionalnog plana, a u dijelu 6. koji sadržava, između ostaloga, ključne mjere za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana navodi se i mjera unapređenja sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga održava realnu cijenu usluga.
55.10.		Poglavlje 2., 2.3.	Upitno je privlačenje sredstava iz strukturnih fondova EU od strane bolnica s obzirom da vodstva bolničkih ustanova nemaju potrebno znanje za apliciranje na EU fondove, a bolnički sustav sam po sebi, jer generira gubitke, ne ispunjava stroge kriterije koji se postavljaju pred aplikante za sredstva europskih fondova.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Slijedom navedenoga, provode se brojne edukacije radnika i uprava bolnica, kao i aktivnosti u okviru Ministarstva zdravstva koje intenzivno priprema projekte za povlačenje sredstava iz EU fondova s ciljem unapređivanja efikasnosti funkcioniranja zdravstvenog sustava i kvalitete zdravstvenih usluga. Važan dio procesa je priprema projekata za strukturne i investicijske fondove 2014. - 2020. izrada tzv. zalihe projektnih ideja iz sektora zdravstva, kojima će se identificirati sve projektne ideje i potencijalni projekti iz sektora zdravstva. Izradu projektnih ideja Ministarstvo zdravstva započelo je projektom aktivnošću u sklopu kredita Svjetske banke. Temeljem Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. - 2020. do sada je prikupljeno preko 280 projektnih ideja iz sektora zdravstva, od kojih će se oni s najvećim utjecajem prioritzirati i za njih će se pokušati osigurati sredstva iz strukturnih fondova u narednom razdoblju jer je njihova zrelost, kvaliteta prijedloga i značaj za provedbu strateških prioriteta od svih pristiglih prijedloga dobila najvišu ocjenu. Na taj su način prvi put sustavno prikupljene projektne ideje i projekti za financiranje iz EU fondova. U tijeku je izrada operativnih programa i kontinuirana suradnja sa

				svim zdravstvenim ustanovama i relevantnim institucijama. Nacionalni plan podrazumijeva navedene aktivnosti te iste nisu izrijekom spomenute.
55.11.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 53.	Ako je PSPP uzet kao jedan od ključnih kriterija u pripremi prijedloga plana razvoja, kojom metodologijom je određeno smanjenje broja akutnih kreveta u Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ za 33% kada je vidljivo da takvo smanjenje dovodi do neodrživog stanja u kontekstu povećanja PSPP-a na 124%?	<b>Ne prihvaća se.</b> Prosječna stopa popunjenosti postelja, jedan je od kriterija, a istih je puno više, kao što je i objašnjeno tekstom Nacionalnog plana. Nadalje, potrebno je uzeti u obzir činjenicu da Nacionalni plan predviđa promjenu modaliteta liječenja: istovremeno smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja. Predviđena promjena modaliteta liječenja, omogućit će bolju zdravstvenu uslugu pacijentima i osuvremeniti način pružanja bolničkih zdravstvenih usluga jer će se dio usluga koje se trenutno pružaju kroz akutne kapacitete pružati kroz druge modalitete liječenja.
55.12.		Općenito	Predlaže se pojasniti način provedbe promjena koje se planiraju provesti. Jedna od najvećih nedostataka Master plana je upravo nedostatak njegove operacionalizacije, odnosno pojašnjenja načina provedbe promjena koje se planiraju provesti.	<b>Ne prihvaća se.</b> S obzirom da primjedba/sugestija nije konkretno postavljena, smatra se da su sve promjene kao i načini njihove provedbe detaljno pojašnjeni tekstom Nacionalnog plana. Slijedom navedenoga u nastavku nešto više informacija o Nacionalnom planu. Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Uvođenje regija zdravstvenog planiranja, kao i temeljna načela Nacionalnog plana: načelo supsidijarnosti prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće te načelo funkcionalne integracije koje podrazumijeva uspostavu regionalnih bolničkih mreža, uz restrukturiranje i osuvremenjivanje bolnica na osnovi zajedničkog razvoja, unapređenja i

				<p>usklađivanja politika, postupaka, praksa i drugih oblika operativnih metodologija, dovest će do bolje kvalitete usluga, ishoda liječenja, povećane djelatnosti te posljedičnom smanjenju troškova. Ističe se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite svim građanima te formiranju regionalnih centara izvrsnosti, a tek zatim u financijskim uštedama. Nacionalni plan predviđa istovremeno smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja te palijativne skrbi. Predviđena promjena modaliteta liječenja i postojeći broj kadrova uzeti su obzir prilikom izrade plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe</p>
--	--	--	--	---

				stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Nadalje, Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana.
56.0.	Hrvatska liječnička komora, mr. Sandra Čubelić, dr. med., predsjednica Županijskog povjerenstva HLK Ličko-senjske županije	Općenito	Potrebno je odrediti normative za liječnike, potaknuti izradu algoritama i adekvatno platiti rad i rad izvan radnog vremena.	<b>Ne prihvaća se.</b> Adekvatno praćenje i vrednovanje rada kako liječnika, tako i drugih zdravstvenih radnika, je nešto što se podrazumijeva Nacionalnim planom i stoga nije izrijekom spomenuto.
56.1.		Općenito	Prije rezova u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti potrebno je urediti primarnu zdravstvenu zaštitu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
56.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 73.	Ličko-senjska županija Nacionalnim planom nije dobila niti jedan palijativni krevet.	<b>Ne prihvaća se.</b> Više županija Nacionalnim planom nije dobila

				<p>nijednu postelju za palijativnu skrb. Napominje se kako Nacionalni plan u manjem dijelu predviđa povećanje kapaciteta palijativne skrbi te je isto primarno uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. donesenim na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. Povećanje broja postelja za palijativnu skrb razmatralo se sustavno, kako na temelju postojećih pokazatelja, tako i na temelju blizine postojećih kapaciteta za palijativnu skrb. Zaključno, Nacionalni plan uzeo je u obzir specifičnosti pojedinih regija zdravstvenog planiranja, uključujući postelje za palijativnu skrb dostupne u ustanovama koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom.</p>
56.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 73.	Ličko-senjska županija sa jednom bolnicom pod jednim krovom, III kategorije i koja nema ustanove višeg ranga na manje od 100 km ne bi trebala biti isto tretirana kao ustanove koje su udaljene na 15 km.	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira</p>

				<p>određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.</p> <p>Zaključno, svi predloženi kriteriji su razmatrani prilikom utvrđivanja plana razvoja Opće bolnice Gospić.</p>
56.4.		Poglavlje 5.	<p>Osim suradnje s Općom bolnicom Zadar, Opća bolnica Gospić bi trebala imati određenu i kliniku u koju bi se pacijenti direktno slali.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Funkcionalno integrirane bolnice pripremaju zajednički projekt provedbe Nacionalnog plana, a time i aktivno sudjeluju u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte „međusobne funkcionalne integracije“. Isti može sadržavati i aspekte povezivanja s bolnicama na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite.</p>
56.5.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 73.	<p>Smatra se da bi Opća bolnica Gospić trebala imati više akutnih kreveta, kronične i palijativne krevete, dnevne bolnice kad god je moguće, liječnike koji su stalno zaposleni jer bolnica ne može ovisiti o funkcionalnoj povezanosti bilo s kim kad ima samo 1 ili 2 liječnika u djelatnosti, čekajući hoće li kolega „zbog bure“ moći doći raditi u Gospić iz Zadra. Inače, suradnja između Opće bolnice Gospić i Opće bolnice Zadar unazad više godina je uspostavljena i dobra.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za i funkcionalne integracije za Opću bolnicu Gospić.</p>
57.0.	Hrvatska liječnička komora, Povjerenstvo HLK Splitsko-dalmatinske županije	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 70.	<p>Za Splitsko-dalmatinsku županiju Nacionalni plan nije dobro koncipiran jer su nedovoljno uzeti u obzir parametri poput kontinuiranog rasta turizma, demografskih podataka, prometne izoliranosti otoka. U odnosu na ostale tri regije, ova regija i dalje ostaje na najmanjem broju kreveta na 100.000 stanovnika te ima najmanje medicinske opreme na broj stanovnika u Hrvatskoj. Stoga bi trebalo povećati, a ne smanjiti broj kreveta. Nacionalni plan za KBC Split u 2016. obuhvaća smanjenje ukupnog broja kreveta od 1696 na 1576 (akutnih postelja 1124, broj postelja/stolaca dnevne bolnice 294 i broj postelja za produljeno, dugotrajno i kronično liječenje 158 =</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalni plan predviđa istovremeno smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja te palijativne skrbi. Predviđena promjena modaliteta liječenja i postojeći broj kadrova uzeti su obzir prilikom izrade plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno</p>

			<p>ukupno 1576). Pri tome moramo pridodati i činjenicu da je KBC Split jedina bolnica NATO saveza u Hrvatskoj, a nije vidljivo niti znamo koje su nam obveze u slučaju kriznih stanja i kako bi se to odrazilo na zdravstvenu zaštitu lokalnog stanovništva.</p> <p>U Južnoj regiji imamo najnepovoljnije razmještenu mrežu zdravstvenih ustanova. Jedini dio Hrvatske u kojemu su dvije bolnice udaljene 220 kilometara je između Dubrovnika i Splita. Izoliranost i slaba prometna povezanost naših otoka s kopnom drugi veliki i gorući problem za koji isto mislimo da se nije obratila prevelika pažnja. Zanimalo bi nas mišljenje francuskih autora Nacionalnog plana o ovim problemima pogotovo ako je zadani cilj svakome omogućiti jednaki pristup zdravstvenoj zaštiti i uslugama.</p> <p>U Južnoj regiji ima najmanje opreme s obzirom na broj stanovnika (10 CT uređaja, 4 MRI uređaja i 2 linearna akceleratora). Nije se ni počelo s prilagodbom Hitnih prijema za dnevne bolnice, a sadašnje stanje nije dobro. Primjer: Hitni kirurški prijem KBC-a u Splitu je najopterećeniji Hitni prijem u Hrvatskoj i nije se obnavljao otkad je bolnica počela raditi od 1975. U međuvremenu se broj dnevnih prijema na Hitnom kirurškom prijemu povećao nekoliko puta.</p>	<p>trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Nadalje, Prilog 5. Nacionalnog plana (tablica 88.) pokazuje koji prikazuje raspodjelu kapaciteta bolnica po regijama na 100.000 stanovnika, vidljivo je kako će provedba Nacionalnog plana uravnotežiti, odnosno smanjiti današnje razlike u kapacitetima (dostupnosti bolničkih kapaciteta) po regijama zdravstvenog planiranja. Uspoređujući današnje stanje s ciljanim stanjem 2016. godine, znatno se smanjuje prosječno odstupanje bolničkih kapaciteta po regijama zdravstvenog planiranja od prosjeka za Republiku Hrvatsku (standardna devijacija je manja).</p>
57.1.		Općenito	<p>Uvođenje suvremene jednodnevne bolnice zahtijeva opremu, kadrove i financijska sredstva koja su nedostatna.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Sustavna i sveobuhvatna analiza svih pokazatelja, kao i primjena kriterija zdravstvenog planiranja, pokazala je realnom faznu implementaciju kapaciteta dnevne bolnice u razdoblju od 2014. do 2016. godine, a kako je predviđeno Nacionalnim planom. Nacionalni plan predviđa istovremeno</p>



				<p>smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja. Predviđena promjena modaliteta liječenja i postojeći broj kadrova uzeti su obzir prilikom izrade plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom.</p>
57.2.		Općenito	<p>Traži se objašnjenje kako će se liječiti djeca u bolnicama koja nemaju ugovorenu djelatnost za dječju kirurgiju, a istovremeno je broj kreveta za dječju kirurgiju u Kliničkom bolničkom centru Split smanjen.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Kao što je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4. Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri</p>

				osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Slijedom navedenoga, nijedno dijete neće ostati bez kvalitetne zdravstvene zaštite.
58.	Hrvatska liječnička komora, županijsko povjerenstvo Karlovačke županije		Isto kao i <i>Karlovačka županija, Županijska skupština, predsjednik Skupštine Željko Bokulić, ing.; župan Ivan Vučić, dipl. Ing (r.b. 38)</i>	Vidjeti očitovanja 38.0.-38.13.
59.0.	Hrvatska liječnička komora, Povjerenstvo Međimurske županije	Poglavlje 8., 8.2. Izrada projekata provedbe Nacionalnog plana	Predlaže se da uprave bolnica predviđenih za integraciju prilikom izradbe provedbenih planova funkcionalne integracije predvide sudjelovanje predstavnika svih bolničkih djelatnosti kako bi se u najvećoj mogućoj mjeri sagledali potencijali pojedinih bolničkih djelatnosti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana. Isti mora sadržavati detaljnu razradu svih aktivnosti i resursa potrebnih za ostvarivanje ciljeva definiranih Nacionalnog plana. Definirano je da predmetni projekt mora pridonijeti razumijevanju i prihvaćanju Nacionalnog plana, motivaciji radnika i drugo. Nadalje, isti mora uključiti aspekte razvoja svih bolničkih djelatnosti pojedine bolnice, a za koje je odgovoran ravnatelj/sanacijski upravitelj bolnice. Podrazumijeva se konzultiranje i opći konsenzus svih predstavnika bolničkih djelatnosti tijekom izrade projekta provedbe.

59.1.		Poglavlje 8., 8.1. Preduvjeti uspješne provedbe Nacionalnog plana	Na početku procesa funkcionalne integracije potrebno je da se na razini tijela Županijske bolnice Čakovec, Sanacijskog vijeća, sanacijskog upravitelja, Stručnog vijeća bolnice, predstavnika zdravstvenih komora, podružnice Hrvatskog liječničkog zbora i lokalnih podružnica zdravstvenih sindikata dogovore stavovi koji će zdravstveni djelatnici s područja Međimurske županije zastupati prilikom dogovora o raspodjeli funkcija, kako bi se proces dogovaranja mjera provedbe plana reorganizacije bolničkog sustava na lokalnoj razini učinio transparentnijim i kvalitetnijim te posljedično smanjila opasnost od snižavanja postojeće razine bolničke zdravstvene zaštite.	<b>Ne prihvaća se.</b> Funkcionalno integrirane bolnice pripremaju zajednički projekt provedbe Nacionalnog plana, a time će i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte „međusobne funkcionalne integracije“. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata.
59.2.			Ostalo isto kao i <i>Međimurska županija, Željka Perhoć, (r.b. 10.)</i>	Vidjeti očitovanja 10.0.-10.6.
60.0.	Hrvatska liječnička komora, predsjednik Povjerenstva Šibensko-kninske županije HLK Ivo Blaće, dr. med.	Općenito	Reforma zahtijeva bolju i dužu javnu raspravu, temeljitu analizu i pristup prilagođen našoj populaciji, standardu, morbiditetu, geografskoj konfiguraciji, sadašnjim kapacitetima i dr.	<b>Ne prihvaća se.</b> S obzirom na broj i kvalitetu zaprimljenih konkretnih prijedloga u vrijeme trajanja javne rasprave, a imajući u vidu pravne propise, slobodni smo zaključiti da je javna rasprava trajala optimalno. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s navedenim dionicima izrade Nacionalnog plana, kao i svim zainteresiranim stranama, održan je cijeli niz sastanaka i rasprava, iterativno, dok se nije postigao konsenzus. Dodatno, a kao što je i navedeno u Nacionalnom planu kao početni korak pri njegovoj izradi analizirana je potražnja za bolničkim zdravstvenim uslugama s obzirom na demografske i epidemiološke čimbenike koji utječu na tu potražnju, kao što se vodilo računa

				<p>o potrebama stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnosti očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4. Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užitim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete</p>
--	--	--	--	---

60.1.		Općenito	<p>Ne nazire se boljitak u smislu dostupnosti medicinske usluge ako danas dječji kirurg postoji u Šibeniku, a po Nacionalnom postojat će samo u Splitu.</p> <p>Prije 10-ak godina učinjena je integracija šibenske i kninske bolnice. Prijevoz bolesnika i osoblja, složenost smjena, vrlo teško izvediv nadzor nad potrošnjom i drugi problemi učinili su ovaj pokušaj potpuno neuspješnim i sve je vraćeno na staro. Upitno je koji su se sada parametri promijenili da integracija ovih bolnica bude uspješna.</p>	<p>i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.</p> <p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Važnost Nacionalnog plana ponajprije je u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite te formiranju regionalnih centara izvrsnosti. Plan razvoja zdravstvenih djelatnosti i kapaciteta pojedinih bolnica uzeo je u obzir veći broj pokazatelja, kao i pravila struke i medicine te dobru europsku praksu. Naprotiv, implementacija Nacionalnog plana znači da će dječji kirurg u Šibeniku imati ujednačenije radno opterećenje s ostalim kolegama, a što će smanjiti rizike od pogrešaka, bit će bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, razmjena iskustava te okruženje pozitivne kompeticije. Doći će do standardizacije postupaka, jednoobraznog postupanja i smanjenja varijabilnosti u kvaliteti zdravstvene zaštite, veće prohodnosti između sekundarne i tercijarne bolničke zdravstvene zaštite, pozitivnog utjecaja na smanjenje listi čekanja i stvaranja regionalnih centara izvrsnosti. Sve navedeno, vodi boljim ishodima liječenja, većoj razini zadovoljstva kako pacijenata, tako i zdravstvenih radnika, većoj razini sigurnosti pacijenata te holističkom pristupu pacijentu. Zaključno, Nacionalnim planom ne ukidaju se postojeće djelatnosti u bolnicama neophodne gravitirajućem stanovništvu.</p> <p>Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni</p>
-------	--	----------	---	---

				projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte „međusobne funkcionalne integracije“.
60.2.		Općenito	Rješenje za palijativnu skrb su dobri i mobilni palijativni timovi.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana (primarna zdravstvena zaštita). Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Uključuje promjenu modaliteta u predmetnim bolnicama na sljedeći način: smanjenje broja akutnih postelja, povećanje broja postelja za produženo i dugotrajno liječenje, povećanje broja stolaca/postelja u dnevnoj bolnici, porast broja pruženih usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, a u manjoj mjeri kapaciteta za palijativnu skrb. Nadalje, predmetno je uređeno Strateškim planom razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.
60.3.		Općenito	Količina i brzina uvođenja kreveta dnevne bolnice su prebrzi.	<b>Ne prihvaća se.</b> Sustavna i sveobuhvatna analiza svih pokazatelja, kao i primjena kriterija zdravstvenog planiranja, pokazala je realnom faznu implementaciju kapaciteta dnevne bolnice u razdoblju od 2014. do 2016. godine, a kako je predviđeno Nacionalnim planom. Očekivanja Ministarstva zdravlja od pokrenute javne rasprave uključuju konkretne prijedloge poboljšanja sadržaja i kvalitete Nacionalnog plana, u ovom slučaju bi to bio konkretan prijedlog broja i brzine uvođenja novih kapaciteta dnevne bolnice po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom.
60.4.		Općenito	Potrebno je izmjestiti liječnike iz kola hitne pomoći, uz edukaciju medicinskih tehničara. S ovom preraspodjelom bi se riješio nedostatak liječnika u Hrvatskoj.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Između

				ostaloga, temelji se i na načelu supsidijarnosti, prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Nacionalni plan ne obuhvaća mrežu hitne medicine.
60.5.		Općenito	Postoje nelogičnosti u određivanju cijene zdravstvene usluge.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalni plan izrazito naglašava potrebu unapređenja sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Isto predstavlja jednu od ključnih mjera za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana (dio 6. Nacionalnog plana).
61.0.	Hrvatska liječnička komora, Predsjednica Povjerenstva Vukovarsko srijemske-županije HLK, Marija Švagelj, dr. med.	Poglavlje 8., Prilog 5. Kapaciteti bolnica na 100.000 stanovnika po regijama zdravstvenog planiranja, tablica 88.	Nisu ujednačeni kriteriji u odnosu na broj stanovnika i broj kreveta.	<b>Ne prihvaća se.</b> Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite. Iz Priloga 5. Nacionalnog plana (tablica 88.) koji prikazuje

				<p>raspodjelu kapaciteta bolnica po regijama na 100.000 stanovnika, vidljivo je kako će provedba Nacionalnog plana uravnotežiti, odnosno smanjiti današnje razlike u kapacitetima (dostupnosti bolničkih kapaciteta) po regijama zdravstvenog planiranja. Uspoređujući današnje stanje s ciljanim stanjem 2016. godine, znatno se smanjuje prosječno odstupanje bolničkih kapaciteta po regijama zdravstvenog planiranja od prosjeka za Republiku Hrvatsku (standardna devijacija je manja).</p>
61.1.		Općenito	<p>Za organizaciju jednodnevne bolnice koja je predviđena Nacrtom Nacionalnog plana uopće ne postoje kadrovski uvjeti, odnosno u većini bolnica II i III kategorije je nedostatan broj liječnika i pratećeg osoblja koje bi opskrbilo opseg poslova u dnevnoj bolnici. Bez povećanja broja izvršitelja neće doći do ostvarenja ciljeva Nacionalnog plana.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalni plan predviđa istovremeno smanjenje akutnih kapaciteta, a povećavanje kapaciteta dnevne bolnice te dugotrajnog, produljenoga i kroničnog liječenja. Predviđena promjena modaliteta liječenja i postojeći broj kadrova uzeti su obzir prilikom izrade plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom.</p>
62.0.	Doc.dr.sc. Hrvoje Šobat, dr.med, član Izvršnog odbora Hrvatske liječničke komore	Općenito	<p>Plan predstavlja jednokratnu administrativnu mjeru, nedostaje projekcija budućih događanja i planiranja kadrova.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Samim time što se predviđa fazna implementacija Nacionalnog plana isključuje se „jednokratnost“. Nadalje, Nacionalni plan temelji se na trenutno postojećem broju zdravstvenih djelatnika.</p>
62.1.		Općenito	<p>Plan je vođen isključivo ekonomskom logikom, interesi i motivacija zaposlenika nisu procijenjeni, a zadovoljstvo korisnika unaprijed neupitno procijenjeno izrazito unaprijeđenim.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Važnost Nacionalnog plana ponajprije je u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite te formiranju regionalnih centara izvrsnosti, a tek zatim u financijskim uštedama, odnosno „ekonomskoj logici“. U Nacionalnom planu korišteni pokazatelji i kriteriji predstavljaju općepoznatu i općepriznatu metodologiju, ali i dobru europsku praksu. Nadalje, poboljšana dostupnost, ishodi i djelotvornost liječenja, nose višu razinu zadovoljstva kako za pacijenta tako i za svakog zdravstvenog radnika, koji ostvaruje konačni cilj i nagradu svoga rada: liječi</p>



				pacijenta. Nacionalni plan podrazumijeva da navedeno predstavlja „interese i motivaciju“ zdravstvenih radnika, samim odabirom zanimanja, ali isto izrijeком i spominje. Pa tako, Nacionalnim planom ističe se kako će se funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurati bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti kako pacijenata, tako i zdravstvenih radnika.
62.2.		Općenito	Ne planira se mogućnost privatne inicijative i investicija u bolnički sustav.	<b>Ne prihvaća se.</b> Isto ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. U dijelu 1.2. Nacionalnog plana je istaknuto kako je razvoj svih bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom potrebno definirati zasebnim planskim i operativnim dokumentima.
62.3.		Općenito	Predstavljeni termini i hodogram budućih postupanja ne predviđaju mogućnost značajnijih promjena plana, bez obzira na široku raspravu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Predmetna konstatacija je netočna i neargumentirana te je svaki dionik imao mogućnost i pravo dati prijedlog drugog hodograma. Upravo je bit javne rasprave u možebitnim konstruktivnim i argumentiranim prijedlozima i sugestijama.
62.4.		Općenito	Predlaže se da se niti jedna djelatnost ne zabranjuje,	<b>Ne prihvaća se.</b>

			nego samo da se više ne ugovara.	Nacionalnim planom ne ukidaju se postojeće djelatnosti u bolnicama neophodne gravitirajućem stanovništvu.
63.	Josip Silovski, dr. med., spec. med. rada, predsjednik Povjerenstva HZZO HLK	Općenito	Predlaže se da se vodi briga da prostorni i kadrovski kapaciteti ne ostanu neiskorišteni.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je uzimajući u obzir sve trenutno zaposlene zdravstvene radnike, a kako je navedeno u samom Nacionalnom planu. Nadalje, u dijelu 7.3.2. ističe se kako će se povećati mobilnost radnika te omogućiti djelotvornije upravljanje ljudskim potencijalima. Nadalje, Nacionalnim planom je istaknuto kako će se potencijalni nepotrebni građevinski objekti i prostori prenamijeniti drugim resorima, a time smanjiti i troškovi održavanja.
64.0.	Hrvatska liječnička komora, predsjednica Povjerenstva Osječko-baranjske županije prof. prim. dr. sc. Ljiljana Perić, dr. med.	Poglavlje 4. i Poglavlje 8., Prilog 1., tablice 38.-41.	Potrebno je utvrditi stvarnu popunjenost postelja na svim odjelima te prosječno trajanje boravka u bolnici. Ukoliko se uoči nesklad koji proizlazi iz primjene metodologije korištene u izradi Nacionalnog plana, potrebno je prihvatiti podatke izravno iz zdravstvenih ustanova.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ocjena stanja uključivala je analizu postojećih kapaciteta, djelatnosti, razine produktivnosti i stupnja efikasnosti/inefikasnosti na nacionalnoj/regionalnoj, bolničkoj razini, na razini specijalističke djelatnosti/odjela, na razini specifične dijagnoze/provedene procedure. Zbog nekonzistentnosti podataka izrađeno je više krugova ponavljanja analize. Brojni su indikatori korišteni u analizi (broj postelja po odjelu/specijalističkoj djelatnosti u bolnicama odgovarajuće kategorije; udio broja postelja određenog odjela/specijalističkoj djelatnosti u ukupnom broju; broj postelja prema liječnicima; broj bolničkih slučajeva; broj bolničkih pacijenata po liječniku; broj ambulantno-polikliničkih pregleda/posjeta; broj ambulantno-polikliničkih pregleda/posjeta po liječniku; prosječna duljina bolničkog liječenja; prosječna zauzetost postelja; broj pacijenata u dnevnoj bolnici/dnevnoj kirurgiji; broj pacijenata u dnevnoj bolnici/dnevnoj kirurgiji u odnosu na broj postelja/stolaca dnevne bolnice/dnevne kirurgije, itd.). Postignut je

				konsenzus svih dionika glede korištenih podataka za ocjenu stanja i metodologije izrade u Nacionalnom planu.
64.1.		Općenito	Potrebno je objektiviziranje rada po djelatnostima po odjelima.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan podrazumijeva objektivno vrednovanje rada unutar bolnica. S obzirom na tu činjenicu, isto nije eksplicitno izrijekom navedeno u tekstu Nacionalnog plana.
64.2.		Općenito	Potrebno je omogućiti rad liječnika izvan radnog vremena kod drugog poslodavca kako bi se osigurao opstanak cjelokupnog zdravstvenog sustava.	<b>Ne prihvaća se.</b> Predmetno ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana i regulirano je Pravilnikom o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca („Narodne novine“, broj 4/2014).
64.3.		Općenito	Potrebno je provesti adekvatno vrednovanje subspecializacija.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan podrazumijeva „adekvatno vrednovanje užih specializacija“ kao i sva druga pravila struke i medicine temeljene na dokazima. S obzirom na tu činjenicu, isto nije eksplicitno izrijekom navedeno u tekstu Nacionalnog plana. Napominje se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite te formiranju regionalnih centara izvrsnosti.
65.	Predstojnik Klinike za infektologiju KBC Osijek prof. prim. dr. sc. Ljiljana Perić, dr. med., specijalist infektolog	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 42.-81. i Poglavlje 3., tablice 82.-86.	Predlaže se da se svim infektološkim odjelima u Republici Hrvatskoj koji imaju pokazatelje rada kao KBC Osijek ostave akutne postelje te da se akutnim posteljama pribroje i postelje dnevne bolnice od ukupno 15 postelja i tako sačuvaju samostalni infektološki odjeli u svim bolnicama.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013).
66.0.	Prof. dr. sc. Željko Krznarić, dr. med., predsjednik Hrvatskog liječničkog	Općenito	Hrvatsko društvo za dječju psihijatriju smatra stručno neopravdanim da cijela jedna struka kao što je dječja i adolescentna psihijatrija uopće nije uzeta u obzir u	<b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz

	zboru; Prof. dr. sc. Adriana Vince, dr. med., predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a		Nacionalnom planu.	planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.
66.1.		Općenito	Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju predlaže da se pristupi izradi jednog cjelovitog dokumenta i akcijskog plana kojim se može cjelovito riješiti problem mentalnog zdravlja u organizaciji psihijatrijske službe u Hrvatskoj.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.
66.2.		Općenito; Poglavlje 8. Prilog 2., tablica 42.	Hrvatsko društvo za EEG i kliničku neurofiziologiju iznosi problematiku Referentnih centara, gdje u Nacionalnom planu nije uzeta u obzir specifičnost postavljanja dijagnoze i specifično liječenje, a 40% bolesnika iz drugih dijelova Hrvatske dolazi na Kliniku za neurologiju Klinički bolnički centar Zagreb, što iziskuje velika sredstva. Predlaže se da Referentni centri imaju ipak više sredstava u odnosu na obične odjele drugih bolnica. Također, predlaže se da dnevna bolnica po strukturi bude odjel te pogotovo da ima voditelja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te internim aktima ustanove. Nadalje, Nacionalni plan predviđa za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu). Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena

				zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Vezano uz referentne centre, ističe se kako je predmetno regulirano Pravilnikom o mjerilima za dodjelu i obnovu naziva referentnog centra ministarstva nadležnog za zdravstvo („Narodne novine“, broj 77/2005 i 128/2008).
66.3.		Općenito	Hrvatsko ortopedsko društvo Hrvatskog liječničkog zbora napominje da godinu i pol dana postoji nova specijalizacija, Ortopedija i traumatologija lokomotornog sustava, a ukida se specijalizacija iz ortopedije. U Nacionalnom planu navedeni su samo podaci za ortopediju, zato što traumatologija nije postojala kao posebna struka. Međutim, kao poseban odjel unutar kirurgije, kako se sada formira nova struka Ortopedija i traumatologija lokomotornog sustava, u manjim bolnicama ortopedija se ukida. Postavlja se pitanje da li će u nekim bolnicama traumatološki kreveti biti unutar opće kirurgije ili ortopedije i traumatologije i tko će biti šefovi tih odjela?	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan predviđa razvoj zdravstvene djelatnosti: ortopedija i traumatologija, a koje uključuju kapacitete iz te djelatnosti. Nadalje, Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013).
66.4.		Općenito; Poglavlje 8. Prilog 2., tablice 48. i 49. i Poglavlje 3., tablica 83.	Hrvatsko društvo za maksilofacijalnu, estetsku i rekonstrukcijsku kirurgiju Hrvatskog liječničkog zbora ističe da u nekim područjima struka ipak mora postojati monopol. U Master planu je nažalost vjerojatno omaškom predviđeno enormno smanjenje kreveta maksilofacijalne kirurgije 40% na razini Hrvatske 2016. u odnosu na 2014. Za druge kirurške struke, primjerice neurokirurgija, razlika između 2016. i 2014. i sada ugovorenog stanja s HZZO-om je negdje 8% za oftamologiju i 9% za otorinu, a za maksilofacijalnu 40%. U Kliničkoj bolnici Dubrava se rješava brojna patologija, pa se predlaže da smanjenje kreveta tamo bude do 10%.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa „monopol“ niti jedne struke, već sustavno promišljanje o budućem razvoju bolnica. Isto se temelji na potrebama i potražnji građana i pacijenata za bolničkim zdravstvenim uslugama, ključnim pokazateljima kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju, kao i kriterijima planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica koji uz četiri osnovna kriterija (prosječna stopa popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama i modalitet liječenja) uzima u obzir sve lokalne i regionalne specifičnosti.
66.5.		Općenito	Podružnica Hrvatskog liječničkog zbora Dubrovnik tvrdi da u planu nedostaju standardi, tercijarna i	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Razine

			sekundarna zaštita nisu razgraničeni, pa je nejasno kako će se načelo supsidijarnosti provesti u praksi. Potrebno je definirati koliko postelja određene struke ide po glavi stanovnika određene regije, a onda regiju definirati po vremenskoj dostupnosti.	zdravstvene zaštite razgraničene su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 150/2008, 71/2010, 139/2010, 22/2011, 84/2011, 12/2012, 70/2012, 82/2013, 159/2013 i 22/2014). Navedeno razgraničenje ne predstavlja preduvjet ostvarivanja načela supsidijarnosti. Isti je primijenjen prilikom izrade plana razvoja kapaciteta bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom. Nacionalni plan se temelji na potrebama i potražnji građana i pacijenata za bolničkim zdravstvenim uslugama, ključnim pokazateljima kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju, a sve sa ciljem osiguravanja veće dostupnosti zdravstvene zaštite.
66.6.		Općenito	Hrvatsko društvo za kliničku farmakologiju i terapiju Hrvatskog liječničkog zbora i Podružnica Split Hrvatskog liječničkog zbora predlažu da se napravi knjiga postupnika kao kriterij kojeg bi se pridržavali svi liječnici. Također, predlaže se postizanje konsenzusa svih stranaka u Saboru jer bi promjena vlasti mogla imati za posljedicu promjenu Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Za sva pitanja razvoja zdravstvenog sustava smatra se važnim opći konsenzus.
66.7.		Općenito; Poglavlje 8. Prilog 2., tablice 42.-81.	Hrvatsko društvo za anesteziju skreće pažnju da bi svi kreveti intenzivne medicine trebali biti pod ingerencijom anesteziologa. Upadljivo je da u svim statistikama niti jedna bolnica u Hrvatskoj nema jedinicu intenzivnog liječenja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) i Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) te internim aktima bolnice.
67.0.	Doc. dr. sc. Ivan Begovac, predsjednik Hrvatskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 42. i Prilog 3., tablica 82.	U više navrata su prof. Vlasta Rudan, kao i prof. Gregurek, predstojnik Klinike za psihološku medicinu, unutar kojega postoji sada Specijalistički zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, podupirali otvaranje stacionara za dječju i	<b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost

			<p>adolescentnu psihijatriju, kao i ravnateljstvo KBC Zagreba (npr. 24. 9. 2010. br. 119/2010). U KBC Zagreb trenutno nema stacionarnih postelja za djecu i adolescente; ima 20 stolica dnevne bolnice za adolescente. Stoga je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb potrebno je dodati minimalno 10 stacionarnih postelja za dječju i adolescentsku psihijatriju, i to za produljeno liječenje, a ne za akutno, s obzirom da u Zagrebu postoji specijalizirana akutna psihijatrijska bolnica za dječju i adolescentsku psihijatriju. Također, potrebno je dodati još 10 dnevno bolničkih stolica do ukupno 30:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broj stolaca dnevne bolnice – 30, 30, 30,</li> <li>• Broj postelja za dugotrajno liječenje – 10, 10, 10.</li> </ul>	<p>psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitucionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.</p>
67.1.		<p>Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 70. i Prilog 3., tablica 82.</p>	<p>U Kliničkom bolničkom centru Split potrebno je dodati minimalno 10 akutnih postelja za dječju i adolescentsku psihijatriju te minimalno 15 dnevno bolničkih postelja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broj akutnih postelja – 10, 10, 10,</li> <li>• Broj stolaca dnevne bolnice – 15, 15, 15.</li> </ul>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitucionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.</p>
67.2.		<p>Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 79. i Prilog 3., tablica 82.</p>	<p>U Kliničkom bolničkom centru Rijeka potrebno je dodati još 4 akutne postelje za dječju i adolescentsku psihijatriju te zadržati postojećih 14 stolaca u dnevnoj bolnici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broj akutnih postelja – 10, 10, 10,</li> <li>• Broj stolaca dnevne bolnice – 14, 14, 14.</li> </ul>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve</p>

				specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.
67.3.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 63. i Prilog 3., tablica 82.	U Kliničkom bolničkom centru Osijek treba dodati još 3 stacionarne postelje za dječju i adolescentsku psihijatriju, tako da ukupno bude 5 postelja za akutno i 10 za produljeno i dugotrajno liječenje. Također, potrebno je uvesti 15 stolaca dnevne bolnice: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Broj akutnih kreveta – 5, 5, 5,</li> <li>• Broj stolaca dnevne bolnice – 15, 15, 15,</li> <li>• Broj postelja za produljeno liječenje – 8, 10, 10.</li> </ul>	<b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.
68.	Mr.sc. Joško Smilović, dr. med., prvi dopredsjednik Hrvatskog ortopedskog društva pri HLZ-u	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 42.-81. i Prilog 3., tablice 82.-86.	U planovima razvoja kapaciteta bolnica 2014.-2016. pod Ortopedija i traumatologija osim ortopedskih kreveta trebalo bi pribrojiti i traumatološke krevete, a posljedično smanjiti krevete opće kirurgije. Spajanjem sadašnjih ortopedskih i traumatoloških kreveta s opće kirurgije trebaju se formirati samostalni odjeli. Po sadašnjem planu u bolnicama trećeg ranga odjeli ortopedije i traumatologije ne bi niti postojali jer imaju predviđenih manje od 15 kreveta, već bi bili u sklopu opće kirurgije. Time bi usklađivanje s europskom praksom naprasno prestalo i specijalizacija iz ortopedije i traumatologije bi izgubila	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Pod zdravstvenu djelatnost ortopedije i traumatologije ubrojani su svi kapaciteti vezano uz tu zdravstvenu djelatnost. Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013).



			svaki smisao na razini bolnice trećeg ranga.	
69.0.	Zoran Bahtijarević, predsjednik Hrvatskog društva za dječju kirurgiju HLZ-a	Općenito	Djecu bi trebao operirati isključivo dječji kirurg koji je ciljano educiran za tu populaciju i patologiju, pa bi pri provođenju Nacionalnog plana osnovni cilj trebao biti da svako dijete u Republici Hrvatskoj ima istu razinu dostupnosti i razinu kvalitete medicinske skrbi od strane dječjeg kirurga. To se posebno odnosi na dječji traumatizam, za koji su dječji kirurzi jedini odgovarajuće osposobljeni.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan podrazumijeva da „djecu treba operirati dječji kirurg koji je ciljano educiran za tu populaciju i patologiju“ kao i sva druga pravila struke i medicine temeljene na dokazima. S obzirom na tu činjenicu, isto nije eksplicitno izrijekom navedeno u tekstu Nacionalnog plana. Napominje se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite te formiranju regionalnih centara izvrsnosti.
69.1.		Općenito	Potrebno je izraditi jasne kriterije za dnevne bolnice i jednodnevnu kirurgiju uzimajući u obzir specifičnost situacije djece koja žive u gradskim centrima, kao i one koja žive u geografski ili prometno izoliranim sredinama.	<b>Ne prihvaća se.</b> Korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4. Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, a kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u

				obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.
70.0.	Dr. sc. Miroslav Mađarić, dipl. inž. elektrotehnike	Općenito	Predlaže se navesti autorstvo dokumenta (osobe, institucije/tvrtke) te za svaki vanjski navod uvesti vjerodostojne reference.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ključni nositelj, pa time i autor/glavni urednik Nacionalnog plana je Ministarstvo zdravlja, a što je navedeno na početnoj stranici Nacrta Nacionalnog plana upućenog u javnu raspravu. Nadalje, slijedom navedenoga, Ministarstvo zdravlja je provelo javnu raspravu, te objavljuje Savjetovanje sa zainteresiranom javnošću. Isto tako, Ministarstvo zdravlja je predlagatelj dokumenta Vladi Republike Hrvatske. Svi dionici izrade i implementacije Nacionalnog plana su navedeni u samom tekstu Nacionalnog plana. Cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi se na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana, osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2.

				<p>Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutaršnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana.</p>
70.1.		Općenito	<p>Umjesto bavljenja samo bolnicama predlaže se uvesti i utjecaj primarne zdravstvene zaštite i vanbolničkog SKZZ-a, pri čemu treba vratiti funkciju domova zdravlja, čime se jedino može rasteretiti bolnički sustav.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.</p>
70.2.		Poglavlje 7., 7.3.	<p>Potrebno je pojasniti modalitete funkcionalne integracije i pokazati što bi ona mogla donijeti.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>  Učinci provedbe Nacionalnog plana, a time i funkcionalne integracije detaljno su pojašnjeni</p>

				<p>dijelom 7. Nacionalnog plana. Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte „međusobne funkcionalne integracije“.</p> <p>Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata.</p>
70.3.		Općenito	<p>Potrebno je odmah ići s reorganizacijom mreže bolnica, uz ukidanja nepotrebnih, i pokazati kako to donosi prednost za pacijente. Tvrdnja da funkcionalna integracija povećava dostupnost treba biti objašnjena. Sa zatvaranjem bolnica prvo treba početi u Zagrebu, gdje to nikako ne može biti pitanje dostupnosti, a koju izvan Zagreba treba osigurati kvalitetnim transportom pacijenata i osoblja.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Implementacija Nacionalnog plana je planirana u tri faze, a u razdoblju od 2014. do 2016. godine. Prva faza implementacije (za 2014. godinu), a kako je istaknuto i u samom tekstu Nacionalnog plana, kreće odmah po usvajanju istoga u Hrvatskom saboru. U dijelu 7. Nacionalnog plana detaljno su objašnjeni učinci Nacionalnog plana, posebno prednosti za pacijente. Uz kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga, prioritet Nacionalnog plana je dostupnija zdravstvena zaštita. Naravno, s pacijentom u središtu zdravstvenog sustava. Bolja dostupnost bolničke zdravstvene zaštite omogućit će pacijentu</p>

				<p>da u medicinski prihvatljivom vremenu dobije bržu, kvalitetniju i sveobuhvatnu zdravstvenu uslugu. Zlatni standard u suvremenoj medicini je dnevna bolnica, uz manje akutnih kapaciteta, više kapaciteta produljenog i dugotrajnog liječenja kroničnih bolesnika te veći broj postelja za palijativnu skrb. Sve će se to postići prenamjenom postojećih kapaciteta unutar bolnica te snažnijim povezivanjem bolnica u regionalne mreže, a kako bi se što više prilagodile specifičnim potrebama pacijenata svoje regije. Uvođenjem i povećavanjem kapaciteta dnevnih bolnica puno će više pacijenata nego do sada moći na jednom mjestu i u jednom danu obaviti nekoliko pretraga, što znači da neće morati po različitim lokacijama tražiti i čekati termine za dijagnostičke i druge postupke. Kod manjih operacijskih zahvata koji se mogu obaviti u dnevnoj bolnici, pacijent će izići iz bolnice istoga dana. Isto tako, uz što više pruženih usluga u dnevnim bolnicama, smanjit će se pritisak na stacionarne kapacitete, a time i znatno olakšati pristup stacionarnom liječenju pacijenata. Povećani broj postelja za produljeno i dugotrajno bolničko liječenje omogućit će veću dostupnost liječenja kroničnim bolesnicima, koji zahtijevaju dugotrajnije i složenije medicinske postupke. Nepostojanje dovoljno kapaciteta za skrb i njegu o teško bolesnim i neizlječivim bolesnicima desetljećima je gorući problem hrvatskog zdravstva. Povećanje kapaciteta za palijativnu skrb će biti od velike pomoći bolesnicima i njihovim obiteljima na kojima je dosad bio najveći teret skrbi o svojim teško oboljelim članovima. Skraćivanjem boravka u bolnici u djelatnostima u kojima je to moguće i povećavanjem kapaciteta dnevnih bolnica i specijalističko – konzilijarne zdravstvene zaštite povećat će se protok</p>
--	--	--	--	---

				pacijenata. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata. Napominje se kako Nacionalni plan ne predviđa zatvaranje bolnica.
70.4.		Poglavlje 7., 7.2. i 7.3.	Potrebno je pojasniti kakve uštede može donijeti prebacivanje akutnih u ostale vidove zaštite u bolnicama, a bez smanjenja glavnih generatora troška (plaće i lijekovi).	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Uštede od promjene modaliteta liječenja detaljno su objašnjene dijelom 7.3.2. Nacionalnog plana. Financijska ušteda po provedbi Nacionalnog plana iznosi 400 milijuna HRK samo na temelju ukupnih kapaciteta i strukture kapaciteta utvrđenih Nacionalnim planom uz sljedeće pretpostavke: popunjenost 85 % i povećanje troškova specijalističko - konzilijarne zdravstvene zaštite od 7,5 %. Dodatno, brojne su neizravne uštede koje nisu ukalkulirane u iznos od 400 milijuna HRK jer je iste teško kvantificirati pa je korišten tzv. „konzervativni pristup“ prilikom izračuna uštede: optimizacija resursa po pacijentu promjenom modaliteta pružanja bolničke zdravstvene zaštite (primjerice, liječenje pacijenata u dnevnim bolnicama umjesto na akutnim stacionarnim posteljama uz porast dnevnih postupaka od 15 % do 20 % u razdoblju od tri godine može generirati 50 % uštede za te slučajeve i posljedično čak od 5 % do 7 % u ukupnom proračunu (dodatni desetci milijuna HRK ušteda); povećana mobilnost osoblja</p>

				(djelotvornije upravljanje ljudskim resursima; manja potreba za novim zapošljavanjem); objedinjavanje skupih i sofisticiranih uređaja i medicinske opreme (regionalni centri izvrsnosti; niži troškovi zadržavanja; bolje planiranje potreba za novim uređajima i drugom medicinskom opremom); manji trošak lijekova, potrošnog materijala, dijagnostike i dr. uslijed promjene modaliteta liječenja; smanjenje mogućnosti bolničkih infekcija i potrošnje skupih rezervnih antibiotika te, naposljetku, nepotrebni građevinski objekti i prostori prenamijenit će se drugim resorima, a time smanjiti i troškovi održavanja.
70.5.		Općenito	Budući da u Nacrtu nije predložen nikakav način poboljšanja upravljanja bolnicama, predlaže se objedinjavanje upravljanja svim javnim bolnicama u Hrvatskoj (dakle nema lokalnih uprava, uzor pokrajina Štajerska u Austriji).	<b>Ne prihvaća se.</b> Način upravljanja bolnicama izvan je obuhvata Nacionalnog plana. Vezano uz navedenu problematiku učinkovitijeg poslovanja i upravljanja bolnicama, provode se druge mjere paralelno s izradom Nacionalnog plana u Ministarstvu zdravlja, posebno kroz provođenje programa sanacije kojima se znatno podigla kvaliteta i efikasnost upravljanja bolnicama.
70.6.		Općenito	Potrebno je uvesti zajedničke službe ( <i>shared services</i> ) za sve nemedicinske službe koje se mogu objediniti (na primjer kadrovska služba, tehnička služba, informatika, financije, pravna služba itd.) te uvesti nove koje ne postoje: poslovni procesi, kontroling itd.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica, („Narodne novine“, broj 145/2013) kao i internim aktima bolnice.
70.7.		Općenito; Poglavlje 6.	Informatizacija je u Nacrtu spomenuta samo načelno, iako u Nacionalnoj strategiji predstavlja prioritet 1, što pokazuje slabu vezu Nacionalnog plana i Nacionalne strategije). Informatizacija po nekim radovima (Varga et al npr.) može donijeti uštede 20-	<b>Ne prihvaća se.</b> Jedan od temelja izrade, odnosno strateških polazišta, Nacionalnog plana je Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020., a kako je i istaknuto u dijelu 2. Nacionalnog plana. Stoga

			<p>30%. Informatizaciju treba navesti među mjerama u Poglavlju 6 na način kako je to definirano Nacionalnom strategijom i nacrtom Strateškog plana eZdravlja - dakle odgovoriti na pitanje „kako“? To odgovara pristupu iz prethodne točke, gdje je predviđeno uspostaviti središnje tijelo za eZdravlje, s atributima stručnosti, neovisnosti, financiranja i ovlasti. Bez toga nema kvalitetne bolničke informatike (bolnice ne mogu to financirati, središnje je jeftinije zbog <i>economy of scale</i>), a bez informatike nema kvalitetnog upravljanja bolnicama, niti cijelim sustavom.</p>	<p>tvrdnja da navedena dva dokumenta nisu povezana, ne stoji. Dapače. Nacionalni plan počiva na svih pet strateških razvojnih smjerova definiranim Nacionalnom strategijom (poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu, ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje pokazatelja zdravlja), a na kojima se sustavno radi od donošenja samog dokumenta u Hrvatskom saboru. Da bi se ti razvojni procesi ostvarili, definirana su prioritetna područja djelovanja i odgovarajuće mjere. Detaljniji razvoj pojedinih prioriteta ne ulaze u obuhvat Nacionalnog plana. Informatizacija je prepoznata kao preduvjet funkcioniranja zdravstvenog sustava s ili bez implementacije Nacionalnog plana i na svim razinama zdravstvene zaštite.</p>
70.8.		Općenito	<p>Potrebno je definirati nov način financiranja sa 4 elementa: budžet, raspodjela, košarica, uštede. Na primjer treba uvesti novu raspodjela među bolnicama gdje će novac pratiti pacijente, a ne biti zadani limiti po bolnicama. Također treba riješiti kontroverzu između činjenice da su posebno skupi lijekovi i materijali limitirani, a bolnice su dužne zbrinuti sve pacijente (ne smiju ih odbiti s obrazloženjem da nemaju sredstava za posebno skupe postupke). Prijedlog je u Nacionalnom planu dodati analizu ove potrošnje, s naročitim osvrtom na posebno skupe lijekove, koji ne smiju biti limitirani ili se bolnicama mora dozvoliti da uskrate liječenje pacijentima za skupe postupke kojima je potrošen postojeći limit.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b>          Za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu). Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova.</p>
70.9.		Općenito	Zaprimljeni komentari kroz tekst Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b>



				<p>Evaluacijom predmetnih komentara kroz tekst Nacionalnog plana zaključeno je da se isti ne prihvaćaju. Smatra se da je tekst egzakatan, utemeljen i jasno definiran.</p>
71.	<p>Doc. dr. sc. Ivan Begovac, predsjednik Hrvatskog društva za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju</p>		<p>Isto pod <i>Prof. dr. sc. Željko Krznarić, dr. med., predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora; Prof. dr. sc. Adriana Vince, dr. med., predsjednica Stručnog savjeta HLZ-a (r.b.66)</i></p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Dječja i adolescentna psihijatrija uključena je u zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Isto je vidljivo iz planiranih kapaciteta po bolnicama obuhvaćenim Nacionalnim planom za zdravstvenu djelatnost psihijatrije. Dapače, već su odobrene sve specijalizacije iz dječje psihijatrije za 2014. godinu. Nadalje, Nacionalnim planom u dijelu 1.2. definirano je kako će se posebna pažnja posvetiti planiranju razvoja zdravstvene zaštite osoba s duševnim smetnjama koji će se temeljiti na deinstitutionalizaciji, jačanju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, ali i osuvremenjivanju potrebnih bolničkih kapaciteta i razvoju referentnih centara u tom području.</p>
72.	<p>Prof. dr. sc. Damir Magaš, Sveučilište u Zadru, Odjel za geografiju</p>	<p>Poglavlje 1., 1.3. Regije zdravstvenog planiranja</p>	<p>Predlaže se prostornu/geografsku raščlambu definirati na 10 regija (Zagreb, Zagreb prsten, Split, Rijeka, Osijek, Zadar, Varaždin, Slavonski Brod, Pula, Dubrovnik) zbog njihovih gravitacijskih polja djelovanja. To bi bilo u skladu i s europskom regionalizacijom NUTS 3 reda. Također, potrebno je predvidjeti središta izvrsnosti u deset regija, s mogućnošću njihova razvoja u kliničke centre.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Četiri regije zdravstvenog planiranja na kojima se temelji Nacionalni plan su operativne regije i nemaju formalno-pravno značenje. Poštivanje bilo kakvih formalnih podjela na regije, pa tako i europske regionalizacije ne predstavlja preduvjet definiranja regija zdravstvenog planiranja. Dakako, napominjemo kako NUTS 3 regije u Republici Hrvatskoj predstavljaju dvadeset i jednu županiju. Četiri regije zdravstvenog planiranja (Središnja i sjeverna, Istočna, Zapadna i Južna), omogućit će učinkovitije planiranje, organizaciju i financiranje bolničkih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom, a iste su proizišle iz zajedničkog prijedloga svih dionika izrade Nacionalnog plana. Nema znanstvenih, stručnih niti iskustvenih argumenata da je na teritoriju veličine Republike Hrvatske, s brojem</p>

				<p>i gustoćom stanovnika koje Republika Hrvatska ima potrebno 10 regionalnih centara izvrsnosti koji bi se razvijali u kliničke centre. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata.</p>
73.	Vukovarsko-srijemska županija, Upravni odjel za zdravstvo		Isto kao i <i>Hrvatska zajednica županija, Vukovarsko-srijemska županija, Upravni odjel za zdravstvo (r.b.53)</i>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Uvođenje regija zdravstvenog planiranja, kao i temeljna načela Nacionalnog plana: načelo supsidijarnosti prema kojemu se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće te načelo funkcionalne integracije koje podrazumijeva uspostavu regionalnih bolničkih mreža, uz restrukturiranje i osuvremenjivanje bolnica na osnovi zajedničkog razvoja, unapređenja i usklađivanja politika, postupaka, praksa i drugih oblika operativnih metodologija, dovest će do bolje kvalitete usluga, ishoda liječenja, povećane djelotvornosti te posljedičnom smanjenju troškova. Ističe se kako je važnost Nacionalnog plana ponajprije u povećanju dostupnosti, kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite svim građanima te formiranju regionalnih centara izvrsnosti, a tek zatim u financijskim uštedama.</p>
74.0.	Prim. mr. sc. Vesna Mađarić, spec. infekt.,	Općenito	Predlaže se promjena u načinu financiranja zdravstvene usluge – definirati razinu usluge kroz	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Međutim, za</p>

	Opća bolnica „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica		police osiguranja, a hitna usluga ostaje solidarna za sve.	ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu). Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
74.1.		Općenito	Predlaže se integrirati sve reformske mjere istovremeno u primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
74.2.		Općenito	Predlaže se osnažiti domove zdravlja i grupne prakse za 24-satnu skrb za sve bolesnike, posebice za kronične i palijativne bolesnike.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju

				se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće. Prema takvom modelu intenzivno liječenje treba što prije i u što većoj mjeri preusmjeriti na akutno stacionarno liječenje, akutno stacionarno liječenje prema dnevnom bolničkom liječenju, dnevno bolničko liječenje prema specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu prema zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini, zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini prema zdravstvenoj samozaštiti pri čemu se ne smije zanemariti važnost preventivne zdravstvene zaštite.
74.3.		Općenito	Predlaže se svaku uslugu na sekundarnoj razini strogo kontrolirati te realizaciju svake naplatiti prema stvarnom DTS-u.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Isto već predstavlja obvezu kupca usluga, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, na svim razinama zdravstvene zaštite, koja proizlazi iz drugih pravnih propisa pa je samo po sebi sastavni dio Nacionalnog plana. Nadalje, za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu). Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
75.	Prof. dr. sc. Mirna Šitum, prim. dr.med., predstojnica Klinike za kožne i spolne bolesti KBC „Sestre milosrdnice“, predsjednica Povjerenstva za dermatologiju i venerologiju Ministarstva zdravlja RH	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43. i 44. i Prilog 3., tablica 82.	Predlaže se da minimalni broj akutnih kreveta za dermatologiju i venerologiju u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“ u 2016. godini bude 21, uz 2 kreveta za produljeno liječenje. U Klinici za kožne i spolne bolesti KBC „Sestre milosrdnice“ i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu djeluju dva referentna centra, Referentni centar za melanom i Referentni centar za kronične rane Ministarstva zdravlja, prema kojima gravitira	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost dermatovenerologije u Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“. Godine 2016. broj akutnih postelja iznositi će 20, a već sada su predviđene 2 postelje za produljeno liječenje.

			84% pacijenata s melanomom i oko 60% bolesnika s kroničnim ranama iz cijele Republike Hrvatske.	
76.	Nela Šustić, dr.med., v.d. predstojnica Klinike za dermatologiju i venerologiju KBC Osijek	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 62. i 63. i Prilog 3., tablica 82.	Predlaže se da broj minimalni broj akutnih kreveta za dermatologiju i venerologiju u Kliničkom bolničkom centru Osijek bude 16. Dnevna bolnica nije pogodna za osiguranike, ponajprije jer HZZO ne prizna putni trošak do 50 km udaljenosti, što je većini bolesnika koji gravitiraju Kliničkom bolničkom centru Osijek veliki problem.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost dermatovenerologije u Kliničkom bolničkom centru Osijek. Godine 2016. broj akutnih postelja iznositi će 10.
77.	Prof. dr. sc. Branka Marinović, predstojnica Klinike za dermatovenerologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 42. i Prilog 3., tablica 82.	Predlaže se da broj kreveta u Klinici za dermatovenerologiju Kliničkog bolničkog centra Zagreb bude 35 akutnih postelja i 5 kreveta za produljeno liječenje, od kojih 8 akutnih kreveta i 2 za produljeno liječenje za odjel pedijatrijske dermatovenerologije koji je jedini u Republici Hrvatskoj. Također, predlaže se i 15 stolaca u dnevnoj bolnici. Pri donošenju konačne odluke treba uzeti u obzir da će nakon dosta radikalnog rezanja broja kreveta svim dermatovenerološkim klinikama i odjelima u kliničkim bolničkim centrima u Republici Hrvatskoj te potpunog ukidanja kreveta i stolaca u dnevnim bolnicama u svim općim i županijskim bolnicama, broj bolesnika koji će biti upućivani na liječenje biti veći te da će zagrebačkim dermatovenerološkim klinikama gravitirati područje od oko 2 i pol milijuna stanovnika.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost dermatovenerologije u Kliničkom bolničkom centru Zagreb. Godine 2016. broj akutnih postelja iznositi će 28.
78.	Prof. dr. sc. Ines Brajac, v.r.	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 78. i 79. i Prilog 3., tablica 82.	Predlaže se da broj kreveta u Klinici za dermatovenerologiju Kliničkog bolničkog centra Rijeka ostane 20, od čega 15 akutnih i 5 u dnevnoj bolnici. Većim smanjenjem broja kreveta na Klinici dovodi se u pitanje kvaliteta edukacije studenata kao i specijalizanata dermatovenerologije. Također, Klinika je i Referentni centar za psorijazu Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske.	<b>Djelomično se prihvaća.</b> Svi argumenti iz predmetnog prijedloga uzeti su u obzir kod definiranja posteljnih kapaciteta za djelatnost dermatovenerologije u Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Godine 2016. broj akutnih postelja iznositi će 11.
79.	Mr. sc. Davor Huška, mag. oec., gradonačelnik Grada	Općenito	Predlaže se da se ispita Odluka Vlade RH o pripajanju Opće županijske bolnice Pakrac Općoj županijskoj	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne predviđa promjene pravne

	Pakraca		bolnici Požega na način da se na pakračku bolnicu primijeni model funkcionalnog spajanja sa Općom županijskom bolnicom Požega, odnosno da se istoj vrati pravna samostalnost, a postupak pripajanja nastavi kao postupak funkcionalnog povezivanja.	osobnosti zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Odluku o pripajanju Opće županijske bolnice Pakrac Općoj županijskoj bolnici Požega donijela je Vlada Republike Hrvatske, a u cilju racionalizacije poslovanja i povećanja kvalitete i učinkovitosti bolničke zdravstvene zaštite.
80.	Alojz Tomašević, dipl. oec., župan Požeško-slavonske županije	Općenito	Požeško-slavonska županija protivi se ovakvom Nacionalnom planu jer smatra da se istim neće povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite, niti unaprijediti kvaliteta i učinkovitost pružanja bolničkih usluga, kao što se neće povećati djelatnost i racionalizirati troškovi poslovanja bolničkih ustanova, a posebice imajući u vidu financijsko stanje Opće županijske bolnice Požega, odnosno Opće županijske bolnice Pakrac do pripajanja, odnosno gubitke u poslovanju u kojima su se dodatno našli tijekom provedbe sanacije od strane Ministarstva zdravlja. Požeško-slavonska županija će tražiti od Vlade RH, odnosno Ministarstva zdravlja, da se pakračkoj bolnici vrati njezina pravna osobnost te da se prema istoj primijeni model funkcionalnog spajanja s Općom županijskom bolnicom Požega te postupak pripajanja nastavi kao postupak funkcionalnog povezivanja.	<b>Ne prihvaća se.</b> Implementacija Nacionalnog plana dovest će do ostvarivanja triju ciljeva: povećanja dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite, unapređenja kvalitete i učinkovitosti pružanja bolničkih usluga te povećanja djelatnosti i racionalizacije troškova poslovanja bolnica, a što je detaljno obrazloženo samim dokumentom koji je nastao temeljem sustavne analize bolničkog sustava Republike Hrvatske. Navedena kritika nije argumentirana, te se ista ne može prihvatiti. Podsjećamo, Vlada Republike Hrvatske je donijela odluke o sanaciji, a na temelju odluka Požeško-slavonske županije o pozivanju Vlade Republike Hrvatske na provođenje sanacije Opće županijske bolnice Pakrac i Opće županijske bolnice Požega 31. siječnja 2013. godine zbog nemogućnosti daljnjeg financijskog poslovanja ovih dviju bolnica uslijed visokih obveza. Provedbom mjera sanacije i Programa sanacije, i u vrijeme manjih izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu, znatne uštede su postignute, a država je, recentno (2. svibnja 2014. godine) sanirala dospjele obveze što je i vidljivo iz rezultata poslovanja.
81.	Hrvatska liječnička komora, predsjednik prim. Hrvoje Minigo, dr. med.	Općenito	Za uspješno provođenje i implementaciju aktivnosti predviđenih Nacrtom Nacionalnog plana razvoja bolnica neizostavno je potreban konsenzus svih sudionika u zdravstvenom sustavu.	<b>Prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je istaknuta važnost općeg konsenzusa i aktivnog sudjelovanja svih dionika zdravstvenog sustava u njegovoj implementaciji.
82.0.	Uprava za zdravstvo i socijalnu skrb Dubrovačko-neretvanske županije	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 42.-81.	Predlaže se korigirati broj kreveta ovisno o statistici i patologiji pojedinih bolnica, odnosno bolničkih odjela, pa prema tim podacima predložiti broj i vrstu kreveta.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope

	(Dario Kulušić) <i>Zaprimljeno 28.4.2014., izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i>		Na primjer ortopedski Odjel Opće bolnice Dubrovnik ima godišnju popunjenost iznad 120 %, a planirano je u 2016. godini imati tek 10 postelja (sada ima 11 postelja, a planirano je spajanje s traumatološkim Odsjekom kirurškog Odjela koji trenutno ima 13 postelja), što će obzirom na specifičnu patologiju koja zahtijeva dulji boravak pacijenta u bolnici dovesti do neadekvatne zdravstvene skrbi za pacijenta.	produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Sukladno navedenome je i definiran broj postelja.
82.1.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 77. i Poglavlje 3., tablica 84.	Mora postojati Odsjek onkologije u sastavu internog Odjela (radi ekspanzije malignih bolesti) s najmanje 4 postelje. Trenutno ga u Općoj bolnici Dubrovnik nema.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Isto se uređuje Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova („Narodne novine“, broj 145/2013) te Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013). Inače, Pravilnikom o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica („Narodne novine“, broj 145/2013) propisano je da je odjel najniža ustrojstvena jedinica zdravstvenih djelatnosti u okviru općih i specijalnih bolnica.
82.2.		Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 77. i Poglavlje 3., tablica 84.	Odjel neurologije mora imati najmanje 18 redovitih postelja i 2 stolca radi patologije. Neurološki pacijenti ne mogu biti na 4 planirane stolice radi specifičnosti njihovih bolesti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom. Predviđa se razvoj modaliteta i kapaciteta liječenja pojedinih zdravstvenih djelatnosti u razdoblju 2014.-2016.
82.3.		Općenito	Potrebno je proširiti djelatnosti doma zdravlja na neke specijalističke ambulante primarne zdravstvene zaštite, na primjer Neurološku, Ortopedsku, Oftalmološku, ORL, RTG, gdje bi dio pacijenata radio prvi pregled, a po identificiranju eventualne patologije bio usmjeren u Bolnicu. Time bi se smanjila opterećenost bolničkih kapaciteta, smanjile liste čekanja, a izbjeglo bi se pregledanja znatnog dijela „zdravih“ pacijenata.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Isti ne obuhvaća primarnu zdravstvenu zaštitu, ali se temelji na načelu supsidijarnosti: zdravstveni problemi trebaju se rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće.

82.4		Općenito	Potrebno je povećati limit (pitanje izvora financiranja) obzirom na broj turista tijekom godine (osobito ljetnih mjeseci) te gravitirajućeg dijela pacijenata susjedne Bosne i Hercegovine, Crne Gore, turista i putnika u tranzitu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu). Nacionalni plan izrazito naglašava unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge. Nadalje, zaključkom 5. sjednice Koordinacijskog tijela za praćenje provedbe sanacije zdravstvenih ustanova održane 30. siječnja 2014. godine imenovana je radna skupina zadužena za analizu i prijedlog unapređenja mogućnosti ostvarivanja dodatnih prihoda zdravstvenih ustanova.
82.5.		Općenito	Potrebno je sankcionirati neodgovorne djelatnike bolnice koji na bolničkom liječenju prekomjerno drže pacijente čija kronična ili akutna stanja ne zahtijevaju dulju hospitalizaciju, a koju isti provode.	<b>Ne prihvaća se.</b> Ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana, već u nadležnost uprave svake zdravstvene ustanove koja je obvezna sankcionirati sva neodgovorna djelovanja radnika, ukoliko se ista dokažu.
83.0.	Krapinsko –zagorska županija, Vlasta Hubicki, dr. vet. Med., predsjednica Županijske skupštine <i>Zaprimljeno 30.4.2014., izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i>	Poglavlje 8., Prilog 2., tablica 46.	Županijska skupština Krapinsko-zagorske županije ne prihvaća Nacionalni plan u dijelu koji se odnosi na Opću bolnicu Zabok, prvenstveno zbog predviđenog smanjenja broja kreveta za gotovo 40%. S obzirom na kapacitet, uvjete i stručni medicinski kadar kojim raspolaže Bolnica, njenu popunjenost treba povećavati, a ne smanjivati te se Ministarstvu predlaže otvaranje novih odjela i zadržavanje istog broja kreveta do kraja razdoblja provedbe Nacionalnog plana.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan rađen je na temelju pokazatelja kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju te usporedbe s ostalim bolnicama iste kategorije kao i pozitivnim iskustvima europske prakse. Nadalje, Nacionalni plan primarno obuhvaća promjenu modaliteta liječenja: smanjenje akutnih kapaciteta, ali povećanje kapaciteta dnevne bolnice, produljenoga, dugotrajnog i kroničnog liječenja te povećanje kapaciteta specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. Popunjenost kapaciteta bolnice ne ovisi o Ministarstvu zdravlja, već o potražnji gravitirajućeg stanovništva za bolničkim



				<p>zdravstvenim uslugama. Nacionalni plan ne predviđa smanjivanje popunjenosti bolnice, već naprotiv, veći i brži protok pacijenata.</p> <p>Dodatno vidjeti očitovanje pod 22.1.</p>
83.1.		<p>Poglavlje 5. i Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 43., 44., 45. i 46.</p>	<p>U Nacrtu nije jasno definirano značenje funkcionalnog spajanja Opće bolnice Zabok, Opće bolnice Karlovac i Opće bolnice Ogulin s Kliničkim bolničkim centrom „Sestre milosrdnice“. Krapinsko-zagorska županija podržava funkcionalno spajanje zdravstvenih ustanova samo kao oblik stručne suradnje u vidu unapređenja zdravstvene zaštite, uz uvjet da Opća bolnica Zabok zadrži samostalnost kao pravna osoba i kao takva ugovara obavljanje zdravstvene zaštite s HZZO-om.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije jer navedeni projekt treba sadržavati, između ostaloga, sve aspekte „međusobne funkcionalne integracije“. Funkcionalnom integracijom bolnica i promjenom modaliteta pružanja zdravstvene zaštite osigurat će se bolja komunikacija među zdravstvenim radnicima, brži protok informacija i razmjena iskustava, te okruženje pozitivne kompeticije. Tako će provedba Nacionalnog plana otvoriti mogućnost stvaranja regionalnih centara izvrsnosti specijaliziranih za pojedine bolesti ili dijagnostičke postupke, a što će utjecati i na poboljšanje ishoda liječenja. Sve navedeno će rezultirati primjenom holističkog pristupa pacijentu i u konačnici većom razinom zadovoljstva i sigurnosti pacijenata.</p>
83.2.		<p>Općenito</p>	<p>Krapinsko-zagorska županija podržava Ministarstvo u rješavanju problema u zdravstvu, ali smatra da ih je moguće rješavati određivanjem realnih limita i realnih cijena zdravstvenih usluga.</p>	<p><b>Djelomično se prihvaća.</b></p> <p>Za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim</p>

				bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge (dio 6. Nacionalnog plana).
84.0.	Udruga poslodavaca u zdravstvu, ravnatelj Mile Klepo (stajalište Skupštine Udruge o Nacionalnom planu) <i>Zaprimljeno 14.5.2014. izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i>	Općenito	Nacionalni plan je insuficijentan u analizi i koncepciji društveno-ekonomskih odnosa u djelatnosti zdravstva, uključujući pitanja osnove i razine obveznog zdravstvenog osiguranja i smjerova razvoja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, instrumenata financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja i statusa njihovih nositelja, odnosa javnog i privatnog sektora u osiguranju i organizaciji provođenja zdravstvene zaštite, smjera vlasništva u djelatnosti zdravstva i mogućih oblika privatizacije javnih zdravstvenih ustanova, cijene i strukture cijene zdravstvenih usluga, sadržaja i razine vrednovanja hladnog pogona provoditelja javnih zdravstvenih usluga, modela decentralizacije pružanja zdravstvene zaštite, sredstava i njihovih izvora na razini lokalne zajednice.	<b>Ne prihvaća se.</b> Navedeno ne ulazi u obuhvat Nacionalnog plana. Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave. Kako financijski, demografski i socijalni pritisci znatno povećavaju troškove zdravstvene zaštite, a utvrđene su neučinkovitosti u poslovanju i pružanju zdravstvene zaštite bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Nacionalni plan rađen je s ciljem optimizacije procesa pružanja usluga te istodobnoga zadovoljavanja potreba i očekivanja stanovništva. Nacionalni plan predstavlja preduvjet bržeg razvoja promjena, osobito ostvarivanja visokog stupnja fleksibilnosti bolnica i njihovih resursa, a sve u cilju dostupnijih i kvalitetnijih bolničkih zdravstvenih usluga.
84.1.			Neprikladno je isključivanje specijalnih bolnica i lječilišta iz Nacionalnog plana, ako se radi o bolničkom sustavu u cjelini.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalni plan obuhvaća kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, odnosno jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, a ne bolnički sustav u cjelini. U dijelu 1.2. Nacionalnog plana definirano je kako je „razvoj bolničkih ustanova u Republici Hrvatskoj koje nisu obuhvaćene ovim Nacionalnim planom potrebno definirati zasebnim planskim i operativnim dokumentima“, a što se odnosi i na specijalne bolnice.
84.2.		Poglavlje 1., 1.2.	Niz subjekata izuzet je iz postupka izrade prijedloga, kao što su tijela lokalne uprave i samouprave, udruge bolesnika, Komore, Udruge poslodavaca u zdravstvu.	<b>Ne prihvaća se.</b> Cijeli dio 3.1. Nacionalnog plana odnosi se na ključne dionike i njihovu ulogu u izradi Nacionalnog plana,

			<p>Hrvatski zavod za javno zdravstvo mora biti nezavisni izvjestitelj, što zahtijeva temeljnu reformu baza podataka, načina istraživanja i prikupljanja podataka. Posebnu ulogu imaju udruge civilnog društva koje trebaju osigurati da težnja da pacijent bude u središtu sustava postane stvarnost.</p>	<p>osim Ministarstva zdravlja kao nositelja svih aktivnosti: od konzultantskih usluga ugovorenih na osnovi javnoga međunarodnog natječaja financiranim iz zajma Svjetske banke koji su napravili objektivnu i nepristranu snimku stanja te dali prijedlog budućeg razvoja bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, do samih zdravstvenih ustanova. Nadalje, u dijelu 3.2. Nacionalnog plana navodi se kako je inicijalni prijedlog plana bolnica obuhvaćenih Nacionalnim planom analiziran i raspravljen s ključnim dionicima, a osobito s ravnateljima/sanacijskim upraviteljima bolnica u više iterativnih koraka, plenarnih i pojedinačnih rasprava. U dijelu 8.3. Nacionalnog plana ističe se potreba razvoja sustava komunikacije prema unutarnjem i vanjskom okruženju, uključujući „komore, profesionalna udruženja, sindikate, udruge pacijenata i druge“. Dapače, prije i tijekom rasprave o Nacrtu Nacionalnog plana s gore navedenim dionicima održan je cijeli niz sastanaka i rasprava. Nadalje, dio 8.1. definira ključne dionike provedbe Nacionalnog plana.</p>
84.3.		<p>Poglavlje 8., 8.3. Sustav izvještavanja o provedbi Nacionalnog plana</p>	<p>Nužno je formiranje posebnog tijela Sabora Republike Hrvatske za praćenje realizacije Nacionalnog plana. Izvješće o zdravstvenom stanju nacije i realizaciji Nacionalnog plana svake godine treba biti predmet parlamentarne rasprave, s tim da u pripremi materijala za raspravu sudjeluju svi prethodno navedeni sudionici.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b> Implementacija Nacionalnog plana je jedna od ključnih mjera predviđenih Projektnim planom provedbe dugoročnih reformskih mjera fiskalne konsolidacije za razdoblje od 2014. do 2016. Provedba Nacionalnog plana pratit će se na način opisan navedenim projektnim planom, a za izvješća i informiranje zadužena je Resorna radna skupina čiji su članovi predstavnici Ministarstva zdravlja i drugih institucija mjerodavnih za provedbu Nacionalnog plana. Sustav izvještavanja i praćenje provedbe</p>

				<p>Nacionalnog plana do u detalje je pojašnjen dijelom 8.3. Nacionalnog plana.</p> <p>Na 152. sjednici Vlade Republike Hrvatske održanoj 24. travnja 2014. godine, Vlada je prihvatila Nacionalni program reformi s Nacionalnim planom kao jednom od važnijih reformi zdravstvenog sustava.</p>
84.4.		Poglavlje 3., 3.3.	<p>Predlaže se preispitati predložene indikatore, dok specifični indikatori, kao što su alati za upravljanje ponudom i potražnjom te planiranje potrebnih tehnologija i kadrova, nisu uključeni.</p>	<p><b>Ne prihvaća se.</b></p> <p>Korišteni indikatori za ocjenu situacije, odnosno stanja bolnica obuhvaćenim Nacionalnim planom su sveobuhvatni (detaljno pojašnjeni u dijelu 4. Nacionalnog plana) te je utvrđeno kako ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara u poslovanju ne pokazuju optimalne vrijednosti, osobito u usporedbi s drugim europskim zemljama. Nadalje, utvrđeno je da se bolnice prema navedenim pokazateljima razlikuju unutar istih kategorija, kao i među kategorijama. Posebno se ističe kako je napravljeno više krugova analize, radi nekonzistentnosti podataka. Kriteriji planiranja razvoja i funkcionalne integracije bolnica su razrađeni dijelom 3.3. te uključuju četiri osnovna kriterija, sukladno dobroj europskoj praksi i konsenzusu svih dionika: prosječnu stopu popunjenosti postelja, prosječno trajanje boravka u bolnici, minimalni broj postelja u ustrojstvenim jedinicama te modalitet liječenja. Međutim, kako je istaknuto Nacionalnim planom, uz navedena četiri osnovna kriterija, a s obzirom na definiranje regija zdravstvenog planiranja Nacionalnim planom, u obzir je uzeto i sljedeće: regionalne i lokalne specifičnosti, infrastrukturna obilježja pojedinih bolnica (iskoristivost površine objekata, položaj i raspored objekata, starost i očuvanost objekata), projekti koji su trenutačno u provedbi ili čija će</p>

				provedba uskoro započeti, struktura i udio postelja po specijalizacijama i užim specijalizacijama unutar ustrojstvenih jedinica te stvarna razina radnog opterećenja zdravstvenih radnika na razini pojedinih djelatnosti, potrebe stanovništva koje gravitira određenim bolnicama te nužnost očuvanja kvalitete i dostupnosti bolničke zdravstvene zaštite.
84.5.		Poglavlje 3., 3.3.	Predlaže se da Nacionalni plan definira standarde za korištenje visoko sofisticirane medicinske tehnologije koje su do sada nabavljane bez strateškog plana i koordinacije. Potrebno je izdvojiti desetak standardiziranih rizika kojima će se mjeriti uzroci ponovnih hospitalizacija, komplikacija i smrtnosti.	<b>Ne prihvaća se.</b> Nacionalnim planom je definirano kako su bolnice obvezne u roku od najdulje dva mjeseca od dana usvajanja Nacionalnog plana u Hrvatskom saboru izraditi i dostaviti Ministarstvu zdravlja projekte provedbe Nacionalnog plana kojim će funkcionalno integrirane bolnice pripremiti zajednički projekt provedbe istoga, a time i aktivno sudjelovati u definiranju funkcionalne integracije. Nadalje, u dijelu 7.3.2., a vezano uz skupe i sofisticirane uređaje, definirano je da će se isti moći objediniti i upotrebljavati na jednom mjestu unutar iste skupine funkcionalno integriranih bolnica čime će se omogućiti i bolje planiranje potreba za nabavom novih medicinsko-tehničkih uređaja i ostale medicinske opreme, odnosno izbjeći preklapanje u postupcima obnove opreme.
84.6.		Poglavlje 3., 3.3.	Pokazatelji kao što su broj kreveta po pacijentu, broj liječnika po krevetu, broj medicinskih sestara po liječniku nisu dovoljan alat za upravljanje modernim zdravstvenim sustavom i njegovim ishodima.	<b>Ne prihvaća se.</b> Pogledati očitovanje pod točkom 84.4. Nacionalnim planom ne tvrdi se da su predmetni pokazatelji dovoljan alat. Dapače. Nacionalni plan obuhvaća puno širi opseg pokazatelja i kriterija planiranja razvoja bolnica. U Nacionalnom planu korišteni pokazatelji i kriteriji predstavljaju općepoznatu i općepriznatu metodologiju, ali i dobru europsku praksu.
84.7.		Poglavlje 1., 1.3	Četiri regije na kojima se temelji Nacionalni plan virtualne su, a ne stvarne regije, što dovodi u pitanje provedbu Nacionalnog plana, s obzirom na ulogu i	<b>Ne prihvaća se.</b> Četiri regije zdravstvenog planiranja na kojima se temelji Nacionalni plan su operativne regije i nemaju

			mjesto lokalne uprave i samouprave u programiranju zdravstvene zaštite.	formalno-pravno značenje. Iste su proizišle iz zajedničkog prijedloga svih dionika izrade Nacionalnog plana. To nisu „virtualne“ regije, odnose se na stvarni teritorij Republike Hrvatske. Bilo koji princip i/ili koncept zdravstvenog planiranja, pa tako i regionalnog planiranja (imale iste formalno-pravno značenje ili ne) uključuje aktivnu i važnu ulogu jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave.
84.8.		Općenito	Nacionalni plan ne dodiruje problematiku financiranja, koja je bitna jer su ciljevi Nacionalnog plana vezani uz diktat za smanjenje sredstava. Treba ukloniti disbalans između trenutno raspoloživih i realno potrebnih sredstava za bolničku zaštitu. Uštede koje su planirane u Nacionalnom planu upitne su i predstavljaju samo 8% raspoloživih sredstava, što je višekratno manji iznos od tekućih gubitaka bolničkog sustava.	<b>Ne prihvaća se.</b> Za ostvarivanje ciljeva Nacionalnog plana, definirane su ključne mjere, među kojima i ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, kao i unapređenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.
85.	Klinička bolnica Dubrava, sanacijski upravitelj doc.dr.sc. Dragan Korolija-Marinić, dr. med. <i>Zaprimljeno 19.5.2014. izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i>	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 48. i 49. i Prilog 3., tablica 83.	S obzirom da je mala vjerojatnost da će Zavod za neurologiju Kliničke bolnice Dubrava uspjeti sa smanjenim smještajnim kapacitetom ostvariti jednaku dostupnost zdravstvene zaštite svih hrvatskih građana, kako u zbrinjavanju akutnih bolesnika, tako pogotovo i u djelatnostima koje Bolnica obavlja jedina u Hrvatskoj i široj regiji, liste čekanja za predoperativne obrade bolesnika sa farmakorezistentnom epilepsijom, procjene i ugradnje duboke mozgovne stimulacije, ali i za druge dijagnostičke metode i mjere specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite neminovno će se povećati. Kao rješenje predlaže se: <ul style="list-style-type: none"> <li>• održavanje postojećih akutnih posteljnih</li> </ul>	<b>Ne prihvaća se.</b> Svi predloženi kriteriji su razmatrani prilikom utvrđivanja plana razvoja djelatnosti neurologije u Kliničkoj bolnici Dubrava. Nadalje, Nacionalni plan ne zadire u unutarnju organizaciju i sistematizaciju radnih mjesta zdravstvenih ustanova obuhvaćenih Nacionalnim planom, već isti predviđa razvoj modaliteta i kapaciteta liječenja pojedinih zdravstvenih djelatnosti u razdoblju 2014.-2016.

			<p>kapaciteta Zavoda za neurologiju obzirom na specifičnost Zavoda i obujam pruženih usluga koje nemaju alternativu u okviru dnevne bolnice,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• daljnje osnaživanje dnevne neurološke bolnice i povećanje njezinog kapaciteta na 15 postelja,</li> <li>• povećanje broja kroničnih kreveta na 10, kako bi se povećalo pružanje specifičnih usluga koje Bolnica pruža jedina u Hrvatskoj,</li> <li>• izraženija primjena modela „fleksibilnog ustroja“ kako bi se dodatno olakšalo uvođenje promjene strukture, kapaciteta i načina rada.</li> </ul>	
86.	<p>Prim. dr. sc. Dinko Škegro, dr. med., sanacijski upravitelj Kliničke bolnice Merkur</p> <p><i>Zaprimljeno 19.5.2014. izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i></p>	Poglavlje 8., Prilog 6., tablice 91.-112.	<p>Predlaže se provjeriti tablice 91. do 112. u dijelu koji se odnosi na iskazane podatke pod trenutačno ugovoreno (npr. podaci koji su iskazani za broj postelja za produljeno, dugotrajno i kronično liječenje za bolnice druge i treće kategorije istovjetni su). Isto tako predlaže se i provjera svih ostalih vezanih podataka i izračuna.</p>	<p><b>Prihvaća se.</b></p> <p>Prilikom dodatne provjere, uočena je greška sukladno predmetnom prijedlogu te je ista otklonjena.</p>
87.	<p>Klinički bolnički centar Osijek, sanacijski upravitelj mr. sc. Saša Lamza, dipl. oec.</p> <p><i>Zaprimljeno 19.5.2014. izvan roka javne rasprave, ali ipak uzeto u obzir.</i></p>	Poglavlje 8., Prilog 2., tablice 62. i 63. i Prilog 3., tablica 82.	<p>Za Klinički bolnički centar Osijek traži se izmjena razvoja kroz tri godine na način da se pod djelatnošću dječje kirurgije upišu postelje za akutno liječenje 2014. godine 12, 2015. godine 11, a 2016. godine 10. Također, za produženo liječenje za dječju kirurgiju traži se 2014. godine 1, 2015. godine 1 i 2016. godine 2 postelje. Za potrebe postelja dječje kirurgije treba smanjiti broj postelja opće kirurgije. Ukupni kapaciteti bi ostali nepromijenjeni.</p>	<p><b>Prihvaća se.</b></p>