



**Isporučevina D.T1.3.1 Studija o suradnji dionika /
Dosežek D.T1.3.1 Študija o sodelovanju deležnikov**

SLO – HR50 +Health

**Izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev preko krepiteve
čezmejnega sodelovanja institucij na področju zdravstva**

/

***Poboljšanje pristupa do zdravstvenih uslugu kroz jačanje
prekogranične suradnje institucija na področju zdravstva***

Povijest dokumenta			
Projekt: +Health – Interreg V-A Slo-Hr Workpackage: T1 Document ID: MEDRI		<u>Javno</u> Projektne partneri, Upravljačko tijelo	
Verzija	Status	Datum	Autor
0.1	Nacrt	27.02.2018.	MEDRIri
0.2	Ispravak nacrtu	14.03.2018.	Svi partneri
0.3	KONAČNA VERZIJA	31.03.2018.	Svi partneri
Opaske:			

NAPOMENA:

*Svaki partner koji sudjeluje u projektu "+Health – Poboljšanje pristupa do zdravstvenih usluga kroz jačanje prekogranične suradnje institucija na području zdravstva" financiran iz poziva INTERREG V – A Slovenija – Hrvatska; br. projekta: SLO – HR50, odgovoran je za točnost, analizu, obradu, potpunost i kvalitetu vlastitih podataka navedenih u *Studiji o suradnji dionika*.

OPOMBA:

**Vsak partner, ki sodeluje v projektu „+Health - izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev s krepitvijo čezmejnega sodelovanja institucij na področju zdravstva“, ki se financira iz javnega poziva INTERREG V-A Slovenija - Hrvaška; št. projekta: SLO - HR50, je odgovoren za točnost, analizo, obdelavo, popolnost in kakovost lastnih podatkov, navedenih v Študija o sodelovanju deležnikov.*

Sažetak

Sukladno organizaciji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj i Republici Sloveniji, svaki stanovnik ima pravo na dostupnu, kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu. Dokument *Studija o suradnji dionika* sadrži podatke vezane uz dionike u zdravstvu, zdravstveni sustav i organizaciju zdravstvene zaštite te prikazuje rezultate istraživanja u cilju definiranja stupnja suradnje dionika na području Primorsko – goranske županije u Hrvatskoj i području Primorsko – notranjske regije i Jugovzhodne Slovenije. Istraživanje sudjelovanja između dionika na području zdravstva i sa zdravstvom povezanih područja provelo se korištenjem različitih metoda (intervjui, fokus grupe, istraživanja na terenu, itd.).

U projekt je uključen najširi mogući spektar zainteresiranih dionika na području zdravstva, od krajnjih korisnika do lokalnih/regionalnih dionika koji, osim što su direktno uključeni u projekt, sudjeluju u okviru izvedbe strategije, certificiranja, edukacija/osposobljavanja, prijenosa dobrih praksi, promociji i slično.

U provedbi istraživanja na području Primorsko – goranske županije te Primorsko – notranjske regije i Jugovzhodne Slovenije sudjelovali su zdravstveni i sa zdravstvom povezani dionici, poput djelatnika Doma zdravlja, ljekarni, socijalnih službi, ravnatelja škola, vodećih struktura grada, djelatnika kućne njege, liječnika obiteljske medicine te doktora dentalne medicine. Međusobna suradnja dionika na ispitivanom pograničnom području prvenstveno se zasniva na potrebama korisnika te se ista gradi u smjeru zadovoljstva korisnika i pružanja kvalitetne i potpune zdravstvene usluge. Neovisno o tome što je promatrano područje okarakterizirano regionalnom divergencijom, dionici ističu međusobno dobru suradnju postojećih zdravstvenih službi na lokalnoj razini. Zdravstveni i sa zdravstvom povezani djelatnici smatraju da je zdravstvena zaštita koja se nudi na području njihovih gradova i općina dobro organizirana (iako nedostaju

određene specijalnosti) te zaključuju da dobra međusobna suradnja posljedično rezultira boljom i organiziranijom zdravstvenom zaštitom.

U pograničnim područjima uključena je i suradnja u pružanju zdravstvene zaštite slovenskim štićenicima u domovima za starije i nemoćne osobe u Republici Hrvatskoj i pružanje hitne medicinske pomoći. Međutim, pritom se pojavljuju i pravni i administrativni problemi jer Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ne priznaje prihvatljivost troškova prijevoza pacijenta s vozilom hitne pomoći ili posjeta patronažnih sestara od slovensko-hrvatske granice do prebivališta/ doma pacijenta. Tako zdravstvene ustanove omogućuju pacijentima, koji imaju sklopljeno slovensko zdravstveno osiguranje, besplatnu zdravstvenu zaštitu i traže (neformalne) načine pružanja zdravstvene zaštite.

/

Povzetek

V skladu z organizacijo zdravstvenega varstva v Republiki Hrvaški in Republiki Sloveniji je vsak prebivalec upravičen do razpoložljivega, kakovostnega in stalnega zdravstvenega varstva. Dokument Študija o sodelovanju deležnikov vsebuje informacije o deležnikih v zdravstvu, zdravstvenem sistemu in organizaciji zdravstvenega varstva ter predstavi rezultate raziskave, da bi opredelila stopnjo sodelovanja med deležniki v Primorsko-goranski županiji na Hrvaškem ter v Primorsko-notranjski regiji in Jugovzhodni Sloveniji. Raziskava sodelovanja med deležniki na področju zdravstva in z njim povezanih zdravstvenih področij je potekala z uporabo različnih metod (intervjuji, fokusne skupine, terenske raziskave itd.).

Projekt vključuje najširši možni spekter zainteresiranih deležnikov na področju zdravstva, od končnih uporabnikov do lokalnih/regionalnih deležnikov, ki poleg tega, da so neposredno vključeni v projekt, sodelujejo pri izvajanju strategije, certificiranja, izobraževanja/usposabljanja, prenosa dobrih praks, promocije in podobno.

Pri izvedbi raziskav v Primorsko - goranski županiji ter Primorsko-notranjski regiji in Jugovzhodni Sloveniji so sodelovali zdravstveni in z zdravstvom povezani deležniki, kot so delavci Zdravstvenega doma, lekarn, socialnih služb, ravnateljev šol, vodilnih mestnih struktur, delavcev nege na domu, zdravnikov družinske medicine in zdravnikov dentalne medicine. Vzajemno sodelovanje deležnikov na preučevanem obmejnem območju temelji predvsem na potrebah uporabnikov in se gradi v smeri zadovoljstva uporabnikov ter zagotavljanja kakovostnih in celovitih zdravstvenih storitev. Ne glede na opazovano območje, ki ga zaznamujejo regionalne razlike, deležniki poudarjajo dobro vzajemno sodelovanje obstoječih zdravstvenih služb na lokalni ravni. Zdravstveni in z zdravstvom povezani delavci menijo, da je zdravstveno varstvo, ki se ponuja na območju njihovih mest in občin dobro organizirano (čeprav manjkajo določene specialnosti) in sklepajo, da dobro vzajemno sodelovanje vodi k boljšemu in bolj organiziranemu zdravstvenemu varstvu.

Z vidika čezmejnega sodelovanja institucij se na obmejnih območjih pojavljajo sodelovanja zagotavljanja zdravstvene oskrbe slovenskim oskrbovancem v domovih za starejše in nemoćne osebe v Republiki Hrvaški in zagotavljanja nujne medicinske pomoći. Pri tem pa se pojavljajo pravno-administrativne težave, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) ne priznava upravičenosti stroška prevoza

pacienta z reševalnim vozilom ali obiska patronažnih sester od Slovensko-Hrvaške meje do bivališča/doma pacienta. Tako zdravstvene ustanove omogočajo zdravstveno oskrbo pacientom s sklenjenim slovenskim zdravstvenim zavarovanjem, brezplačno in iščejo (neformalne) načine zagotavljanja zdravstvene oskrbe.

Sadržaj

1. Uvod	6
2. Prikupljeni podaci o suradnji dionika na području Primorsko – goranske županije te Primorsko – notranjske regije i Jugovzhodne Slovenije	10
2.1. Rezultati provedenih intervjua na projektnom području u Republici Hrvatskoj	10
2.2. Rezultati provedenih fokus grupa na projektnom području u Republici Hrvatskoj	16
2.3. Rezultati izvedenih intervjuev na projektnem območju v Republiki Sloveniji	21
2.4. Rezultati izvedenih fokusnih skupin na projektnem območju v Republiki Sloveniji	25
3. Zaključak	30

/

Vsebina

1. Uvod	6
2. Prikupljeni podaci o suradnji dionika na području Primorsko – goranske županije te Primorsko – notranjske regije i Jugovzhodne Slovenije	10
2.1. Rezultati provedenih intervjua na projektnom području u Republici Hrvatskoj	10
2.2. Rezultati provedenih fokus grupa na projektnom području u Republici Hrvatskoj	16
2.3. Rezultati izvedenih intervjuev na projektnem območju v Republiki Sloveniji	21
2.4. Rezultati izvedenih fokusnih skupin na projektnem območju v Republiki Sloveniji	25
3. Zaključak	30

1. Uvod

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj reguliran je zakonskim okvirom koji uključuje: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju te Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti uređuju se načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad istima. U zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti ubrajaju se: dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb. Javna zdravstvena služba na primarnoj razini može se obavljati i na osnovi koncesije i to u djelatnostima obiteljske medicine, dentalne medicine, zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, laboratorijske dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, medicine rada i zdravstvene njege u kući. Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta dok se zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obavlja u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima. Ljekarnička djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima.

Zavodi za javno zdravstvo su glavni institucionalizirani nositelji i koordinatori aktivnosti usmjerenih očuvanju i unaprjeđenju zdravlja stanovništva. Na županijskoj razini to su postojeći županijski zavodi (20 zavoda) i Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ iz Zagreba. Nositelj ove djelatnosti na nacionalnoj razini je Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Javnozdravstvena djelatnost svih zavoda za javno zdravstvo uređena je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u kojoj su definirane djelatnosti i aktivnosti Hrvatskog i županijskih zavoda, a obuhvaća: epidemiologiju zaraznih i kroničnih nezaraznih bolesti, mikrobiologiju, javno zdravstvo, školsku medicinu i prevenciju ovisnosti te mentalno zdravlje. Hrvatski zavod za javno zdravstvo koordinira, stručno usmjerava i nadzire rad županijskih zavoda za javno zdravstvo. Temeljne zadaće Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo su praćenje, analiza i ocjena zdravstvenog stanja stanovništva te planiranje, predlaganje i provođenje mjera za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja stanovništva. Zadaće se ostvaruju kroz aktivnosti i djelatnosti, kako Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na državnoj, tako i Županijskih zavoda za javno zdravstvo na županijskoj razini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo surađuje s čitavim nizom međunarodnih agencija i institucija uključujući Svjetsku zdravstvenu organizaciju, Europski centar za kontrolu i prevenciju bolesti, zavode za javno zdravstvo u drugim državama itd.

Osim zavoda za javno zdravstvo, u Republici Hrvatskoj postoje sljedeći državni zdravstveni zavodi: Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za toksikologiju i antidoping, Hrvatski zavod za hitnu medicinu i Hrvatski zavod za telemedicinu. Ovi državni zavodi imaju svoje specifične djelatnosti koje su samo dijelom vezane uz rad javnozdravstvenih zavoda. Javnozdravstvenu djelatnost, usko vezanu uz zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, obavlja Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu čije su temeljne zadaće praćenje, analiza i ocjena zdravstvenog stanja radnika u odnosu na potencijalne štetnosti i opasnosti na radnim mjestima te planiranje, predlaganje i provođenje mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja te sigurnosti radnika na radu. Budući da su ključni elementi zdravlja i kvalitete života često u odgovornosti drugih državnih resora (zdrav okoliš, zdravlje životinja, odgoj i obrazovanje, itd.) Ministarstvo zdravlja i Zavodi za javno zdravstvo u svom radu surađuju i s

drugim državnim tijelima državne uprave, lokalnom samoupravom i institucijama na državnoj ili lokalnoj razini s ciljem kontinuirane suradnje u osiguranju i očuvanju zdravlja. Suradnja između institucij pridonosi većoj jednakosti u postizanju zdravlja, osobito u onima gdje napredak ovisi o odlukama i aktivnostima drugih područja, kao npr. poljoprivreda, školstvo i financiranje.¹

Po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Hrvatski zavod za javno zdravstvo nositelj je preventivne zdravstvene zaštite te cjelokupnoga javnoga zdravstva u Republici Hrvatskoj. Svojim djelovanjem usmjerava razvoj i rad javnoga zdravstva u Hrvatskoj, dajući smjernice za rad i razvoj pojedinih županijskih zavoda za javno zdravstvo koji u okviru svojih županija provode daljnje aktivnosti. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, temeljne zadaće Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo su definiranje planova za razvoj javnoga zdravstva u Republici Hrvatskoj te aktivnosti zdravstvenoga prosvjeđivanja s ciljem promicanja zdravlja i prevencije bolesti. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, u koordinaciji s Ministarstvom zdravlja Republike Hrvatske, definira ključne ciljeve javnozdravstvenoga djelovanja te uz pomoć marketinške podrške promiče osviješteno ponašanje pacijenata prema vlastitom zdravlju. Kontinuirano ističe važnost preventivnih pregleda kao temeljne pretpostavke za rano otkrivanje bolesti te izlječenje. Županijski zavodi za javno zdravstvo predstavljaju organizacijske jedinice u okviru lokalne samouprave koje, po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti te sukladno ciljevima i smjericama Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo, organiziraju preventivne akcije sa svrhom promicanja zdravoga življenja.

Također, županijski zavodi za javno zdravstvo aktivno sudjeluju u planiranju, predlaganju i provođenju mjera za sprječavanje, rano otkrivanje i suzbijanje masovnih kroničnih bolesti. Kontinuirano preispitivanje uloge i mjesta županijskih zavoda za javno zdravstvo ponajviše je inicirano sve nepovoljnijim javnozdravstvenim pokazateljima posljednjih godina, kao i usmjerenošću istih na tzv. tržišne djelatnosti. Pritom se zaboravlja da se, zbog dugogodišnjega nepovoljnoga valoriziranja rada i uloge zavoda za javno zdravstvo kroz ugovorni odnos s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te nedovoljnih proračunskih sredstava, »tržišnim djelatnostima« osigurava financijska stabilnost poslovanja zavoda.²

Sukladno zakonskoj legislativi, dodatno istraživanje dostupnih dokumenata koji reguliraju međusobne odnose dionika u zdravstvu na prekograničnom području, provodi se i istraživanje na terenu pomoću javnozdravstvenih metoda. **Studija o suradnji dionika** u području zdravstva i sa zdravstvom povezanih područja će, osim Zakonskog ustroja i regulative, prikazati međusobno sudjelovanje dionika kao i stupanj prekograničnog sudjelovanja.

/

¹ <http://www.europski-fondovi.eu/sites/default/files/dokumenti/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%202012.-2020..pdf>

² <https://zir.nsk.hr/islandora/object/mef:1614/preview>

1. Uvod

Zdravstveni sistem v Republiki Hrvaški ureja pravni okvir, ki vključuje: Zakon o zdravstvenem varstvu, Zakon o obveznem zdravstvenem zavarovanju in Zakon o zaščiti pravic bolnikov. Zakon o zdravstvenem varstvu ureja načela in ukrepe zdravstvenega varstva, pravice in obveznosti oseb pri uporabi zdravstvenega varstva, nosilce socialne oskrbe za zdravje prebivalstva, vsebino in organizacijske oblike izvajanja in nadzora zdravstvenega varstva. Primarne zdravstvene ustanove vključujejo: zdravstvene domove, ustanove za zdravstveno oskrbo, ustanove za zdravstveno nego in ustanove za paliativno oskrbo. Javna zdravstvena služba na primarni ravni se lahko izvaja tudi na podlagi koncesije na področju družinske medicine, dentalne medicine, zdravstvenega varstva dojenčkov in predšolskih otrok, zdravstvenega varstva žensk, laboratorijske diagnostike, lekarniške dejavnosti, medicine dela in zdravstvene nege na domu. Zdravstvene ustanove na sekundarni ravni vključujejo poliklinike, bolnišnice in zdravilišča, medtem ko se zdravstvena dejavnost na terciarni ravni izvaja na klinikah, kliničnih bolnišnicah in kliničnih bolnišničnih centrih. Lekarniška dejavnost se izvaja na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva in vključuje oskrbo prebivalstva z zdravili in medicinski izdelki.

Zavodi za javno zdravstvo so glavni institucionalizirani nosilci in koordinatorji aktivnosti usmerjenih v ohranjanje in izboljšanje zdravja prebivalstva. Na županijski ravni so to obstoječi županijski zavodi (20 zavodov) in Zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" iz Zagreba. Nosilec te dejavnosti na nacionalni ravni je Hrvaški inštitut za javno zdravstvo. Javnozdravstveno dejavnost vseh inštitutov za javno zdravstvo ureja Zakon o zdravstvenem varstvu, ki opredeljuje dejavnosti in aktivnosti hrvaškega in županijskih zavodov, ter vključuje: epidemiologijo nalezljivih in kroničnih nenalezljivih bolezni, mikrobiologijo, javno zdravstvo, šolsko medicino ter preprečevanje odvisnosti in duševno zdravje. Hrvaški zavod za javno zdravstvo koordinira, strokovno usmerja in nadzira delo županijskih zavodov za javno zdravstvo. Temeljne naloge Hrvaškega zavoda za javno zdravstvo so spremljanje, analiziranje in vrednotenje zdravstvenega stanja prebivalstva ter načrtovanje, predlaganje in izvajanje ukrepov za ohranjanje in izboljšanje zdravja prebivalstva. Naloge se izvajajo z aktivnostmi in dejavnostmi, tako s strani Hrvaškega zavoda za javno zdravstvo na državni ravni kot tudi s strani Županijskih zavodov za javno zdravstvo na županijski ravni. Hrvaški zavod za javno zdravstvo sodeluje s celo vrsto mednarodnih agencij in institucij, vključno s Svetovno zdravstveno organizacijo, Evropskim centrom za nadzor in preprečevanje bolezni, zavodi za javno zdravstvo v drugih državah, itd.

Poleg zavoda za javno zdravstvo, v Republiki Hrvaški obstajajo tudi državni zdravstveni zavodi: Hrvaški zavod za transfuzijsko medicino, Hrvaški zavod za zaščito zdravja in varnost pri delu, Hrvaški zavod za toksikologijo in antidoping, Hrvaški zavod za nujno medicino in Hrvaški zavod za telemedicino. Ti državni zavodi imajo svoje specifične dejavnosti, ki so le delno povezane z delom javnozdravstvenih zavodov. Javnozdravstveno dejavnost, ki je tesno povezana z zaščito zdravja in varnostjo pri delu, izvaja Hrvaški zavod za zaščito zdravja in varnost pri delu, katerega temeljne naloge so spremljanje, analiziranje in vrednotenje zdravstvenega stanja delavcev v povezavi s potencialnimi škodljivostmi in nevarnostmi na delovnih mestih ter načrtovanje, predlaganje in izvajanje ukrepov za ohranitev in izboljšanje zdravja in varnosti delavcev pri delu. Ker so ključni elementi zdravja in kakovosti življenja pogosto v odgovornosti drugih državnih resorjev (zdravo okolje, zdravje živali, vzgoja in izobraževanje itd.), Ministrstvo za zdravje in

Zavodi za javno zdravstvo med svojim delom sodelujejo tudi z drugimi državnimi organi državne uprave, lokalno samoupravo in državnimi ali lokalnimi institucijami z namenom stalnega sodelovanja pri varovanju in ohranjanju zdravja. Sodelovanje med institucijami prispeva k večji enakosti v zagotavljanju zdravja, zlasti kadar je napredek odvisen od odločitev in dejavnosti drugih področij, kot so kmetijstvo, šolstvo in financiranje.¹

V skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu je Hrvaški zavod za javno zdravstvo nosilec preventivnega zdravstvenega varstva in splošnega javnega zdravstva v Republiki Hrvaški. S svojim delovanjem usmerja razvoj in delo javnega zdravstva na Hrvaškem ter zagotavlja smernice za delo in razvoj posameznih županijskih zavodov za javno zdravstvo, ki opravljajo nadaljnje dejavnosti v svojih županijah. V skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu, temeljne naloge Hrvaškega inštituta za javno zdravstvo so opredelitev načrtov za razvoj javnega zdravstva v Republiki Hrvaški in dejavnosti zdravstvene vzgoje s ciljem spodbujanja zdravja in preprečevanja bolezni. Hrvaški zavod za javno zdravstvo, v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje Republike Hrvaške opredeljuje ključne javnozdravstvene cilje in s pomočjo marketinške podpore spodbuja zavestno vedenje bolnikov do lastnega zdravja. Nenehno poudarja pomen preventivnih pregledov kot osnovnega pogoja za zgodnje odkrivanje bolezni in zdravljenje. Županijski zavodi za javno zdravstvo so lokalne organizacijske enote v okviru lokalne samouprave, ki v okviru Zakona o zdravstvenem varstvu in v skladu s cilji in usmeritvami Hrvaškega zavoda za javno zdravstvo organizirajo preventivne ukrepe za spodbujanje zdravega življenja.

Prav tako so županijski zavodi za javno zdravstvo aktivno vključeni v načrtovanje, predlaganje in izvajanje ukrepov za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zatiranje množičnih kroničnih bolezni. Nenehno preizkušanje vloge in mesta županijskih zavodov za javno zdravstvo je v veliki meri sproženo z vedno bolj neugodnimi kazalci javnega zdravstva v zadnjih letih, kot tudi njihovo osredotočenostjo na t.i. tržne dejavnosti. Pozabljeno je pri tem, da se, zaradi dolgotrajne neugodne valorizacije dela in vloge zavodov za javno zdravstvo pek pogodbenega razmerja s Hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje in nezadostnimi proračunskimi sredstvi, s »tržnimi dejavnostmi« zagotavlja finančna stabilnost poslovanja zavoda.²

V skladu z zakonskimi predpisi se z metodami javnega zdravstva na tem področju izvajajo tudi nadaljnje raziskave dostopnih dokumentov, ki urejajo medsebojne odnose deležnikov v zdravstvu na čezmejnem območju in raziskave na terenu. **Študija o sodelovanju deležnikov** na področju zdravstva in z zdravstvom povezanih področjih bo, poleg Zakonskega ustroja in predpisov, prikazovala tudi medsebojno sodelovanje deležnikov kot tudi stopnjo čezmejnega sodelovanja.

2. Prikupljeni podaci o suradnji dionika na području Primorsko – goranske županije te Primorsko – notranjske regije i Jugovzhodne Slovenije

2.1. Rezultati provedenih intervjua na projektnom području u Republici Hrvatskoj

Intervju se koristio kao kvalitativna metoda ispitivanja mišljenja i stavova rukovodećih struktura na području Primorsko – goranske županije koje posjeduju moć donošenja odluka i raspodjele financijskih sredstava (gradonačelnici, dogradonačelnici, ravnatelji, pročelnici, odnosno voditelji upravnih odjela) u svrhu dobivanja sveobuhvatne slike o potrebama pojedinaca u zajednici. Prikupljeni podaci su analizirani te su opisno prikazani.

Demografske promjene u Primorsko – goranskoj županiji nemaju pozitivna obilježja, odnosno cjelokupna situacija je nepovoljna, kako kod promjene broja stanovnika, tako i kod prirodnog priraštaja, dobne strukture, zdravstvenog stanja i stručne spreme. Starenje predstavlja temeljno obilježje strukture stanovništva Republike Hrvatske, pa tako i Primorsko – goranske županije.

„(...) Mogu se osvrnuti da unatrag ovih dvadesetak godina. Uslijed tranzicije svjedočimo, doista, pojedinačnim lošim životnim pričama pojedinih starijih osoba samačkih domaćinstava, pogotovo ako govorimo o našoj županiji i područja Gorskog kotara gdje smo imali prilike ići na teren i vidjeti prizore koji su stvarno šokantni. Napuštenost, osamljenost, isključenost (...)”

Navedeni problem prepoznat je i od strane čelnih osoba u Gradu Rijeci i Primorsko – goranskoj županiji te je izrađena strategija koja se odnosi na potrebe osoba starije životne dobi i ostalih marginaliziranih skupina (osobe s invaliditetom, samohrane majke, trudnice i ugrožena mladež). Jedan od ciljeva strategije je povećanje dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga čime bi se direktno utjecalo na kvalitetu života prethodno spomenutih skupina ljudi. Osim navedenog, provedbeni dio strategije odnosio se i na sufinanciranje javnog prijevoza, uvođenje niskopodnih autobusa koji voze na plin te prilagođavanje autobusnih stajališta na način da budu dostupnija osobama starije životne dobi i osobama s invaliditetom, ženama s malom djecom te trudnicama.

„Strategija je rađena participativno, što znači da smo pozvali sve relevantne nositelje aktivnosti koji rade sa starijom populacijom. Tu su bili i stručnjaci iz različitih područja zdravstvenog, socijalnog, kulturnog i upravnog dijela, kao i političari kao potpora svim aktivnostima, posebno za one za koje je potrebno financiranje. Strategija i cijeli proces rezultirao je osmišljavanjem oko 100 različitih aktivnosti u Gradu (...)”

Osobe koje su sudjelovale u istraživanju navele su neke od razlika života u centru te na rubnim dijelovima Grada Rijeke prilikom čega se vidi pozitivna inicijativa većih organizacijskih jedinica na području Primorsko – goranske županije za osiguravanje kvalitetnije zdravstvene skrbi. Također, na području Rijeke i na razini županije postoji suradnja između lokalne i regionalne uprave te Doma zdravlja PGŽ u vidu organizacije mobilnih timova palijativne skrbi.

„Županija financira palijativnu skrb i u sklopu toga u Domu zdravlja organizirana su tri mobilna tima palijativne skrbi. Samo jedan je ugovoren s Hrvatskim zavodom, preostala dva financira lokalna i regionalna uprava - Županija i jedinice lokalne samouprave Grad Rijeka i Općina Kastav.“

„Nastojali smo, gdje god je to bilo moguće, pogotovo na rubnim dijelovima Rijeke, participirati u dijelu troška glavarina, onim liječnicima koji na tim rubnim dijelovima nemaju dovoljne glavarine da budu ugovorni liječnici kako bi upravo to stanovništvo koje je uglavnom starije i nemoćnije zadržali. Primjer je ambulanta na Orehovici koja je opstala uz financijsku podršku gradskog proračuna.“

Što se tiče zdravstvenog kadra na području Primorsko – goranske županije, u razgovoru sa sudionicima intervju naglašen je problem deficita liječnika specijalista. Takvo stanje može se pripisati neodgovarajućoj organizaciji strategije zapošljavanja, odnosno nepostojanja konkretnog plana i programa specijalizacija.

„Dakle, potreba za specijalistima na primarnoj razini je ogromna, ali koji bi radili van bolnice. Sada imamo i administraciju gore koja podržava takve inicijative i ideje, ali ide dosta sporo.“

„Naravno, trebaju nam internisti, gastroenterolozi, radiolozi i pulmolozi (...).“

Kao dodatne pozitivne inicijative, osim već prethodno navedenih, sudionici intervju navode jačanje i razvijanje mreže volontera putem Crvenog križa i nevladinih udruga, dodatno financiranje preventivnih aktivnosti, podizanje svijesti građana o zdravlju i povećanje zdravstvene pismenosti.

„Mi moramo razvijati i mrežu volontera, jer neke mreže postoje preko udruženja Crvenog križa, preko Caritasa i preko drugih udruga, a postoje i mreže volontera koje pomažu određenim skupinama ljudi. Svakako treba takve aktivnosti dalje razvijati.“

„(...) S jedne strane, sam sustav financiranja je potrebno revidirati. Ono što je doista okosnica opstojnosti sustava je poticanje aktivne i preventivne zdravstvene zaštite. Dakle, to se karakterizira kvalitetnom zdravstvenom zaštitom. A isto tako, i podizanjem razine društvene svijesti i zdravstvene pismenosti.“

Iako postoji niz aktivnosti u jedinicama lokalne samouprave na području Gorskog kotara, gradovi i općine su financijski limitirani malim proračunima i to je jedan od razloga prijavljivanja na različite nacionalne i europske natječaje. Lokalna samouprava doprinosi povećanju dostupnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi kroz financiranje zdravstvene njege u kući te sufinanciranje dolazaka pojedinih specijalista. Jedan od važnijih problema Gorskog kotara je smanjenje broja stanovnika zbog iseljavanja, malog prirasta broja rođenih, odlaska mladih i porasta broja starijeg stanovništva. Sve veći udio samačkih kućanstava rezultirao je potrebom za pronalaženje novih adekvatnijih oblika društvene skrbi. Uvođenjem geronto službe nastoji se pomoći i olakšati život starijim osobama pružanjem usluga pomoći u kući, ali i usluga kupovine, nabavke lijekova i slično.

„Ali takva domaćinstva imaju bolje mirovine i sukladno tome imamo jedan cenzus unutar kojeg oni plaćaju dodatne usluge, bilo da se radi o uređenju okućnica, nabavci hrane i lijekova, pomoći u kući, itd. Što god im je potrebno ili nešto žele, mi to odradimo. Za određene kategorije je naplata, a socijalno ugrožene ili slabije platežne moći, nema naknade i to financiraju grad ili država.“

U Gradu Delnice nedostaju sve vrste zdravstvenih usluga, između ostalog stalno zaposleni dermatolog te ostali liječnici specijalisti (jednom tjedno dolazi psihijatar i fizijatar, a internista kardiolog svaki drugi tjedan). I iz tog razloga, stanovnici odlaze u Ogulin na preglede i pretrage, ali putni troškovi im predstavljaju financijski problem. Zbog geografske blizine, bilo kakva vrsta suradnje sa Slovenijom je izvrsna inicijativa.

“Nama je do Kočevja 25 minuta. Bliže nego Rijeka. U Sloveniji su oni puno organiziraniji, nego mi ovdje. Nisu veliki redovi čekanja. Funkcioniraju slično kao Ogulin. Zašto bih se vozila do Rijeke sat vremena kada do Kočevja mogu stić za 25 minuta?”

Isto tako, kao jedan veliki nedostatak navode ukidanje dijalize u Gradu Delnice. Što se tiče planova za budućnost, u pregovorima je izgradnja Centra za dijalizu za područje cijelog Gorskog kotara. Trenutno postoji usluga prijevoza bolesnika na dijalizu u Rijeku, no zbog takvog načina prijevoza bolesnici su iscrpljeni te trenutno rješenje nije najprikladnije. U budućnosti je planiran dolazak dva ili tri specijalista u Delnice što bi grad u potpunosti financirao. Sudionici su ukazali na potrebu prethodno spomenute dijalize i hospicija, kao i potencijal u korištenju bazena u zdravstvene svrhe te klizališta u sportske i turističke svrhe.

“Ja bi se samo nadovezala i spomenula dijalizu. Ona je prestala s radom prije dvije ili tri godine zbog nedostatka financijskih sredstava. Samo nisam sigurna da li je bila privatna ili državna. I smatram da je to veliki gubitak za Grad Delnice.”

Na pitanje postoji li određena suradnja sa institucijama na pograničnom području u Sloveniji, sudionici su odgovorili da ne znaju da li postoji određena suradnja unutar zdravstvenog sustava i smatraju da bi bilo kakva suradnja sa Slovenijom bila izvrsna inicijativa budući da su im pogranična mjesta u Sloveniji bliža nego Rijeka te su liste čekanja na preglede manje. Također, neki roditelji vode svoju djecu u vrtić i osnovnu školu u Republiku Sloveniju zbog bolje organiziranosti sustava.

Samo provođenje određenih projekata i programa ograničeno je malim proračunom. To je posljedica izmjena Zakona o financiranju jedinica lokalne samouprave i Zakona o upravljanju i raspolaganju državnom imovinom čime je Grad Delnice izgubio mnoge financijske olakšice koje je prije imao. Pozitivna stavka je što Delnice konstantno prijavljuju kapitalne projekte na natječaje Europske unije te na taj način nadoknađuju financijske gubitke.

Iako je Vrbovsko, kao jedinica lokalne samouprave s brdsko – planinskog područja, izgubila porezne prihode po osnovi poreza na dohodak i poreza na dobit, Grad svejedno, osim navedenog financiranja, sudjeluje i u sufinanciranju kuhinje i siromašnih u okviru Župe Vrbovsko te u prijevozu učenika unutar, ali i van samoga grada. Kroz prostorni plan postoji ideja o izgradnji staračkog doma, a kao novitet se planira pokretanje financijske pomoći mladim obiteljima.

„Dogodine razmišljamo o pokretanju financijske pomoći mladim obiteljima, za kupnju kuće ili stana, na način da ih sufinanciramo u iznosu od otprilike 30,000 kn.“

„Mi kroz prostorni plan imamo planiran starački dom, što se tiče pak hospicija, mislim da je to prevelik zahvat za ovakvo područje. Znam kako hospiciji funkcioniraju i koliko je njima novaca potrebno. Ali, ono što je po meni najbitnije je otvoriti radna mjesta, privući investitore, da ljudi imaju priliku naseliti ovo područje i da mogu imat pristojne plaće kako ne bi tražili pomoć. To je cilj.“

Gradonačelnik buduće razvijanje grada vidi kroz razna ulaganja investitora. Geografski smještaj grada Vrbovsko ocjenjuje odličnim te smatra da Vrbovsko i okolica imaju puno potencijala što infrastrukturno što za doprinos kvalitetnijoj uspostavi, provedbi i dostupnosti zdravstvene zaštite.

„Ima dosta liječnika u Rijeci, Karlovcu i Zagrebu, a Vrbovsko ima iznimnu prometnu povezanost i na istoj smo udaljenosti između Rijeke i Zagreba, na manje od sat vremena. Mi bismo mogli dobiti najsavršenije liječnike kada bi neki privatni investitor htio ovdje izgraditi bolnicu, pa da ljudi ovdje dođu, te da se provodi i zdravstveni turizam. Imamo mi puno ideja.“

Sudionici koji su sudjelovali na intervjuima na području Gorskoga kotara, za budućnost navode potrebu, prvenstveno, za boljim međumjesnim prijevozom, za izgradnjom staračkih domova, centra za dijalizu te osmišljavanje konkretnih planova i programa specijalizacije mladih liječnika. Ističu prirodne ljepote kraja u kojem žive te potiču razvijanje Gorskog kotara kroz izgradnju sportsko – rekreacijskog centra, korištenje postojećeg bazena u zdravstveno rehabilitacijske svrhe te zadržavanju mladog stanovništva otvaranjem novih radnih mjesta uz privlačenje investitora koji bi ulaganjem u infrastrukturu doprinijeli cjelokupnom razvitku.

Osim što su se istražile zdravstvene potrebe stanovnika gorskog dijela Primorsko – goranske županije, istraživanje je provedeno i na otocima (Susak, Rab).

Otok Susak karakterizira mali broj stanovnika čiji svakodnevni život uvelike ovisi o vremenskim prilikama. Mogućnosti zaposlenja vrlo su slabe, a u periodima lošeg vremena povezanost s Malim Lošinjem ili Rijekom najčešće onemogućena. Sve navedeno ima direktan utjecaj na dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite.

„Međutim, gledajući iz kuta stalnih i povremenih stanovnika na Susku, pa i turista (u vrijeme kasnog proljeća, ljeta i rane jeseni na otoku ih je i po više stotina), zdravstvena zaštita nije ista ako ambulanta ima službeno radno vrijeme četiri ili samo dva sata, pogotovo ako liječnik iz Malog Lošinja dolazi na Susak samo svaka dva tjedna, a kad nema brodske veze zbog lošeg vremena, i rjeđe.“

Na otoku Susku nalazi se opremljena mjesna ambulanta koja ima računalo, pisač, digitalnu kameru i mogućnost internetske veze koja se može koristiti za sustav telemedicine s otokom Cresom. Važno je naglasiti da navedeni sustav za telemedicinu, u lošim vremenskim uvjetima, često nije u funkciji. Sustav zdravstvene zaštite prvenstveno čine medicinski educirani kadrovi koji bi, prema legislativi, stanovnicima trebali omogućiti kontinuiranu zdravstvenu skrb. No, na otoku Susku takav kadar nije stalno prisutan.

„Bez stalnog liječnika, s medicinskom sestrom koja u ambulanti radi pet puta u tjednu po dva sata, a uz spomenutu udaljenost od kopna, odnosno od Doma zdravlja u Malom Lošinju ili bolnice u Rijeci, zdravstvena zaštita svedena je na najnižu razinu.“

Ono što predstavlja značajan problem stanovnika otoka Suska je nemogućnost pristupu kvalitetnoj i pravovremenoj pomoći pri hitnim stanjima poput srčanog ili moždanog udara, loma kostiju te ostalih nepredvidivih situacija. Najbliža Hitna medicinska pomoć nalazi se u Malom Lošinju te najbrže što ona može stići je unutar 20 minuta, ukoliko vremenske prilike to dozvoljavaju.

„Svaka zdravstvena tegoba koja se može svesti pod hitan slučaj (lom kostiju, upala slijepog crijeva, teškoće sa srcem i brojni drugi zdravstveni problemi) – onima kojima se dogodi na Susku predstavlja pravu životnu dramu.”

„Međutim, unatoč mogućnosti prijevoza bolesnika (s potrebom pružanja hitne pomoći) do Malog Lošinja ili Rijeke, u podosta slučajeva ishodi hitnoće neizvjesni su. Upravo zbog te neizvjesnosti zdravstvena je nesigurnost žitelja otoka Suska maksimalna.”

Kako bi se podigla kvaliteta zdravstvene zaštite stanovnika otoka Suska, sudionik intervjua predlaže osnivanje turističke ambulante tijekom ljetnih mjeseci te dolazak liječnika obiteljske medicine barem jedanput tjedno, kao i zapošljavanje medicinske sestre koja bi otočanima bila na raspolaganju u punom radnom vremenu. Također, navodi da otok Susak ima potencijal za ponovnim osnivanjem prirodnog klimatskog liječilišta za djecu koja imaju zdravstvenih poteškoća vezanih uz respiratorni sustav.

„Otok Susak je izrazito pogodan za organiziranje klimatske terapije jer ima niz pogodnosti: blagu klimu kroz čitavu godinu (izuzev u siječnju i veljači), vrlo toplo more i vruć pijesak u vrijeme ljeta te naglašenu vlažnost u toku čitave godine.”

U odnosu na otok Susak, za kojega možemo reći da organizacija zdravstvene zaštite nije na razini, na otoku Rabu postoji dobro organizirana zdravstvena skrb. Od zdravstvenih institucija na otoku Rabu postoji Ispostava Doma zdravlja Primorsko – goranske županije sa šest timova liječnika obiteljske medicine te četiri stomatološka tima. Također, ugovoreni su ginekolog i pedijatar, patronažna služba, kućna njega te sanitetski prijevoz. Postoji i jedna privatna ordinacija obiteljske medicine te jedna privatna stomatološka ordinacija. Osim navedenog, na otoku Rabu nalazi se jedinica Hitne medicinske pomoći s dva ugovorena tima te Ispostava Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko – goranske županije. Ono po čemu je sam otok poznat, svakako je Psihijatrijska bolnica Rab koja djeluje već 64 godine. Valja naglasiti da se u istoj, osim osnovne djelatnosti psihijatrije, nude i usluge dijagnostike i rehabilitacije u okviru neurologije, interne medicine i fizijatrije. Sve navedeno je značajna prednost koju stanovnici otoka Raba imaju u odnosu na ostale manje sredine, poglavito otoke.

„Kada na jednom otoku živi i radi preko 40 liječnika i oko 100 medicinskih sestara i tehničara srednje do visoke stručne spreme te brojnih stručnih suradnika možemo isto smatrati nadstandardom i socijalnim i intelektualnim kapitalom kojeg treba adekvatno valorizirati sačuvati kao vrijednost koja nemjerljivo doprinosi kvaliteti života na otoku.“

Iako je zdravstvena infrastruktura na otoku Rabu dostatna s obzirom na raspoloživost, broj i vrstu usluga te je suradnja između institucija na lokalnoj i regionalnoj razini zadovoljavajuća, postoji realan strah zaposlenika da se ista u budućnosti neće održati. Razlog tome je što će većina zdravstvenog kadra uskoro otići u mirovinu.

„S obzirom na raspoloživost, broj i vrstu stručnog kadra u oblasti zdravstva Rab za sada stoji relativno (dosta) dobro, ali obzirom da su nosioci timova uglavnom stariji kolege koje su 10tak godina i manje pred mirovinu, a neatraktivnost rada na otoku u aktualnoj situaciji mlađim kolegama bi mogla stvoriti određene probleme. Otvaranje dijalize prije 12 godina također olakšava građanima život na otoku.“

Otok Rab karakterizira velika fluktuacija ljudi što najviše dolazi do izražaja u ljetnim mjesecima. Rab je poznato turističko mjesto na Jadranu te turistima atraktivna destinacija. Upravo zbog navedenog, na Rabu je organizirana turistička ambulanta tijekom ljetnih mjeseci.

„Postoje sezonske varijacije vezane na turističku sezonu, a koje se rješavaju organizacijom turističke ambulante i pojačanim zalaganjem čimbenika „stalnog“ sustava.“

Usprkos svim problemima u zdravstvu na nacionalnoj razini, sudionica intervjua smatra da je na otoku Rabu prisutna visoka razina zdravstvene zaštite i skrbi. To pozitivno utječe na kvalitetu života domicilnog stanovništva te turista koji u velikom broju dolaze na Rab tijekom ljetnih mjeseci.

„S obzirom na probleme u pogledu kadra, opreme itd. koje svakodnevno čujemo u zdravstvu, Rab za sada stoji relativno dobro. Posebno imajući u vidu Psihijatrijsku bolnicu Rab i njezine zaposlenike može se reći da je Rab otok sa najviše zdravstvenih radnika po broju i profilu od svih otoka u RH. Ovo građanima i gostima otoka daje dodatnu sigurnost i svakako utječe na ukupnu kvalitetu života.“

Također, sudionica intervjua naglašava da, osim što je zdravstvena infrastruktura vrlo razvijena, između dionika u zdravstvu i sa zdravstvom povezanim područjem postoji visoka razina suradnje te međusobne komunikacije i sve to u svrhu pružanja kvalitetne i pravovremene zdravstvene skrbi.

„Naša međusobna suradnja potvrđuje se uvijek kada se za to ukaže potreba. Ista se uvijek može poboljšati i mi na terenu radimo na tome, osobito u situacijama koje možemo označiti kao krizne.“

2.2. Rezultati provedenih fokus grupa na projektnom području u Republici Hrvatskoj

U svrhu provedbe istraživanja suradnje dionika na ispitivanom području, provedene su fokus grupe kao javnozdravstvena metoda koja predstavlja kvalitativni oblik istraživanja kojim se ispituju vrijednosti ili stavovi ispitanika prema nekom problemu ili temi, s ciljem razumijevanja razloga kreiranja stavova, doživljaja i ponašanja. Fokus grupa je metoda grupnog intervjuiranja gdje odabranim pitanjima u međusobnoj interakciji članova grupe i moderatora dolazimo do spoznaje generiranjem podataka proizašlih iz sinergije grupne interakcije.³ U okviru +Health projekta provedene su fokus grupe te su bili uključeni dionici s područja Primorsko – goranske županije iz zdravstvenog i nezdravstvenog sektora: liječnici obiteljske medicine, specijalist epidemiolog, sanitarni tehničar, socijalni radnici, patronažne sestre, doktori dentalne medicine, školska pedagoginja, zamjenica gradonačelnika, ravnatelj osnovne škole, voditeljica ispostave Doma zdravlja te osoba zadužena za pružanje njege u kući.

Sudionici fokus grupa u gorskom dijelu Primorsko – goranske županije jednoglasno su se složili da je trenutna organizacija primarne zdravstvene zaštite loša te da je prije bolje funkcionirala. Također, ističu da su se hitni slučajevi, prvenstveno u izoliranijim područjima poput Gorskog kotara i otoka, uvijek odrađivali na vrijeme te kako danas to nije slučaj.

„Prije je bilo puno bolje. Postojala je popodnevna i dopodnevna smjena liječnika. Sve hitnoće su se odrađivale. Dva su vozača radila do podne, jedan poslijepodne. Sada se zna dogoditi da ode i jedan i drugi tim na teren i vrata budu zaključana. Čovjek dođe sa jakim krvarenjem, presječena arterija, a u ambulanti ključ, nema nikoga.“

Budući da na nacionalnoj razini nedostaje liječnika specijalista te nije definirana strategija zapošljavanja medicinskog kadra, u svim geografski izoliranijim gradovima i općinama na području Primorsko – goranske županije nedostaje odgovarajući broj specijalista. Iako neki od liječnika specijalista dolaze jednom do dva puta mjesečno, sudionici fokus grupa smatraju da je to nedovoljno te je od izrazite važnosti osnovati zasebne odjele, prvenstveno interne medicine, kako ljudi koji žive u izoliranijim područjima ne bi morali odlaziti na preglede u veće kliničke centre (npr. Rijeka).

“Ja sam tu najmlađi i imam najmanje staža, ali vidim da je struktura stanovništva u Gorskom kotaru poprilično stara i ima dosta ljudi koji su kronični bolesnici. Po meni je tu ključna potreba da se u Domu zdravlja angažira jedan opći internist koji će pokriti neka stanja koja liječnik obiteljske prakse ne može riješiti”

To se prije svega odnosi na osobe starije životne dobi kojima je u velikom broju slučajeva potreban sanitetski prijevoz što predstavlja dodatan trošak za zdravstveni sustav. Sukladno tome, sudionici smatraju da Primorsko – goranska županija ne provodi dovoljan broj novih ciklusa specijalizacija prema potrebama stanovništva za zdravstvenom skrbi, odnosno ne postoji plan zapošljavanja liječnika specijalista.

“(…) Ja sam do 2009. bila u Domu zdravlja, a prije 2009., a barem 12 – 13 godina, nije raspisana niti jedna specijalizacija. A oni koji su tada bili na redu za mirovinu, oni su sebi taj radni vijek produživali. Pa za jednu,

³ Skoko B, Benković V., Znanstvena metoda fokus grupa-mogućnosti i načini primjene, Politička misao br.3,2009. 2017-36.

pa za dvije, pa za tri, pa za pet godina i tako do 70. godine. Tada otišli u mirovinu i ostavili ustanovu bez kadra.”

“(…) Jedan je tu koji drži zamjenu od jednog trećeg koji je dobio specijalizaciju, a drugi nam je pred mirovinom. Da li mi tu imamo gotovi kadar koji će ih zamijeniti? Nemamo. E to je ono što je otprilike na početku doktor počeo govorit. Netko je govorio da će država raspisivati. Ali, država je uvijek diskutabilna.”

Također, kao jedan od problema navode i produženje radnog staža liječnika te nezapošljavanje novih i mladih kadrova, kako zdravstvenih tako i nezdravstvenih struka.

“Ne samo da nedostaje, nego vi taj kadar morate motivirati. Tu, u Delnicama ne postoji Medicinski fakultet. (...) Ne samo to, nedostaje i ljudi. (...) Da bi se netko bavio zdravstvenom zaštitom, treba imati dobar kadar koji će biti osposobljen.”

„Nama u školi postoji problem nedostatka specijalista, posebno psihologa. Defektologa imamo u suradnji sa školom Delnice. To je defektolog koji pokriva ustvari cijeli Gorski kotar, te je tu kod nas u Vrbovskom dva puta tjedno.“

Iako nedostaje specijalista, opremljenost je na zadovoljavajućoj razini, ali postoji dosta prostora za napretkom. To se prije svega odnosi na nabavu mobilnih ultrazvuka i ergometra. Isto tako, potrebna je dermatološka i kardiološka dijagnostika kako bi se vratila dijaliza koja se nalazila u gorskom dijelu Primorsko – goranske županije.

„(...) Mi smo uvijek bili relativno dobro opremljeni, ali od kad je zajednički Dom zdravlja, to je sve lošije.”

“Ergometriju ne mora raditi kardiolog, može ju raditi educirani liječnik opće prakse. Gledajte to i s financijske strane. Ta jedna bicikla dođe 2000 €, a s tom biciklom i educiranim kadrom može se ispostaviti račun HZZO – u. Znači, ta se usluga može isplatiti.”

“Ovdje imamo problem s holterom. Njega nije problem staviti, njega je problem očitati. To opet može napraviti liječnik opće prakse, ali mora biti educiran.”

Unatoč nepostojanju strategije zapošljavanja te manjku djelatnika zdravstvenog kadra, sudionici fokus grupa posebno su istaknuli dobru prilagodbu terenu i organiziranost zdravstvenih djelatnika u slabije naseljenim i izoliranim sredinama. Dobru komunikaciju i upućenost liječnika obiteljske medicine u zdravstvena stanja stanovnika ističu kao prednosti stanovanja u ruralnim krajevima.

„Mislim da je poanta cijele priče da organizacija nije loša, ali zahvaljujući upravo osoblju koje imamo i koji su se prilagodili terenu, ono kad je stvarno nužno potrebno, nitko ne gleda proceduru, nego uskače i pokušava pomoć.“

„ Znae šta, jako malo problema, žalbi i vike je bilo na naše liječnike. Stvarno malo. Naši liječnici se trude, znaju deveto koljeno od svake familije, i nitko neće zakazat (...).”

„Prednost je to što vam liječnici uglavnom znaju familiju unatrag više generacija, i kad zove pacijenta, onda zna i može procijeniti odmah da li je hitno da istog momenta ide na teren ili to ipak može sačekati. Liječnici znaju što je u familiji najčešće oboljenje i koliko je to stvarno hitno.“

„Ne možemo reći da se stanovnici žale jer stvarno međusobno službe dobro komuniciraju, prvenstveno ujutro kada se sretnu prije odlaska na posao. To je jedna vrsta neformalne razmjene informacija između saniteta, patronaže i liječnika. U tim se situacijama razmjene informacije.“

Što se tiče nacionalnih preventivnih programa, sudionici su istaknuli da se mali broj građana odazove na preventivne preglede, već posjećuju liječnike obiteljske medicine i doktore dentalne medicine isključivo kada se bol ili neki od problema sa zdravljem pojavi. Smatraju da se nekada veći značaj pridavao prevenciji i da je odaziv na preventivne preglede bio veći.

„Mali postotak je onih koji zapravo dođu na preventivni pregled. Većinom se nešto mora desiti, ili bol ili je nešto puklo, uvijek se nešto desi.“

Iako se malo pažnje pridaje nacionalnim preventivnim programima, ipak postoje drugi oblici suradnje između dionika iz zdravstvenog i nezdravstvenog sektora na području Primorsko – goranske županije. Primjerice, postoji suradnja između doktora dentalne medicine i osnovnih škola kroz projekt „Zubna putovnica“ čiji je cilj poboljšati oralno zdravlje i zdravstveno ponašanje školske djece upućivanjem kod upisa u prvi razred osnovne škole i svih učenika šestih razreda na pregled doktoru dentalne medicine. Također, provodi se i preventivna zdravstvena zaštita kod školske djece u vidu sistematskih pregleda.

„Mi smo u sklopu osnovne škole, redovito svake godine išli u ordinaciju. Cijeli razred išao bi na pregled i ako je nešto trebalo napraviti ili mliječni zub izvaditi, to bi se odradilo. To je tako funkcioniralo, mislim da je bilo dobro. A toga danas više nema.“

Što se tiče potreba osoba starije životne dobi, sudionici naglašavaju da ono većinom živi u samačkim domaćinstvima te da su im potrebne mnoge stvari. Ono na što se stanovnici, posebice ruralnih krajeva, najviše žale je nepristupačnost doktora, nedostatna povezanost javnog prijevoza i zdravstvene infrastrukture, loša cestovna infrastruktura, mali broj dućana i ljekarni. Liječnici obiteljske medicine kombiniraju rad u više ordinacija radi dislociranosti naselja i malog broja stanovnika. Stanovnici preferiraju obavljati preglede na svom području jer im je problem prijevoz do većih sredina. Naposljetku ponovno navode problematiku ljudstva i financiranja zdravstvenog sustava te naglašavaju potrebu decentralizacije istoga.

„Praktički im treba sve. (...) Nisu prometno povezani nikako. Znamo koliko sanitet može i kako radi. Meni su ženu dopeljali u dom u 8 sati navečer što je nešto prestrašno da nekoga preselite negdje i dopeljate ga u 8 navečer na neko mjesto gdje će živjeti i tamo ga dočeka portir. Nedostaje sve, od trgovine, ljekarne, od mlađih osoba koje bi im pomagale.“

„Upravo na tu nepristupačnost. Oni ne mogu doći do doktora, ali stvarno ne mogu. Ovdje bi nam najviše trebao neurokirurg. Osobe je teško transportirati, teško im je, odnosno nemoguće im je ići javnim prijevozom, i takva vam stara populacija onda ostaje kod kuće.“

„Nemaš javni prijevoz, sanitet kroz vikend ne radi, a oni su jadni kad se nešto dogodi. Dok je dežurstvo bilo, bilo je puno bolje“

„Recimo kad gledate naš kraj, on vam je u biti kao planinski otok. Znači u neko doba kad nam dođe vrijeme snijega ili bilo čega, nastane neka hitnoća, dok se dođe do Rijeke stvarno treba dosta vremena. Mi jesmo jedna sredina koja zbog prometne udaljenosti ima baš tih teškoća.“

Kada se govori o ukupnom dojmu o postojećem sustavu pružanja zdravstvene skrbi stanovnicima na području Primorsko – goranske županije, sudionici fokus grupa mišljenja su da postoji prostor za poboljšanjem. Stalan rast udjela starijeg pučanstva u Primorsko – goranskoj županiji rezultira i većim brojem kroničnih bolesnika kojima je potrebna odgovarajuća zdravstvena skrb, a nerijetko i smještaj. Iako se na razini Primorsko – goranske županije otvorila nekolicina novih domova za starije i nemoćne osobe, liste čekanja još uvijek su poduže. Također, sudionici fokus grupa smatraju da je na području Primorsko – goranske županije potrebno osnovati najmanje još jedan hospicij čiji bi se rad temeljio na istom modelu kao hospicija u Rijeci te da se dio postojeće infrastrukture može prenamijeniti u hospicij ili dom za starije i nemoćne osobe.

„Nama što je potrebno su mali domovi za starije i nemoćne osobe. To bi svako mjesto trebalo imati, humano mjesto.“

„Mislim da bi ovom gradu trebao jedan manji dom. Starački dom, to je neminovno.“

„Možda dnevni boravak za starije, organiziranjem prehrane za starije i pružanjem njege.“

„Ja bi volio da, kada prođem kroz ovaj Dom zdravlja, ne bude ovako miran i tih. Tu ima jako puno prostora koji je prazan i neiskorišten.“

Sudionici fokus grupa, pozitivnom inicijativom, smatraju provođenje programa gerontodomaćica koje osiguravaju pomoć u kući, prvenstveno kroz socijalizaciju starijih osoba, sudjeluju u pomoći prilikom dopremanja lijekova, hrane i obavljanja nužnih kućanskih poslova te na taj način podižu kvalitetu života starijih osoba. Iako je to pozitivna inicijativa, pojavljuju se problemi opremljenosti i financiranja istih. Također, gerontodomaćice nisu zdravstveno osoblje i smatraju se kućnom pomoći.

„Jedna gerontodomaćica koja se mora koristiti svojim autom (nisu uopće opremljene), njoj treba jako puno vremena, da dođe od jednog do drugog korisnika. Oni su dosta raštrkani.“

Osim navedenog, postoji i usluga njege u kući koju je teško provoditi jer nema kadra, a geografsko područje koje se pokriva je veliko i raštrkano. Također, postoje i timovi palijativne skrbi koje čine liječnik i medicinska sestra te koji dobro surađuju s liječnicima obiteljske medicine prvenstveno oko savjetovanja propisivanja lijekova i terapije za pojedine pacijente.

Sudionici fokus grupa smatraju da bi u sve udaljene i manje sredine trebalo pronaći načina kako privući mlade i obrazovne ljude te povećati broj stanovnika. Na većini ispitivanog područja postoji mnogobrojni potencijal infrastrukture u vidu optičkih kabela, javnog vodovoda, novih škola, novih sportskih dvorana i ambulanti, koji će ostati neiskorišten ukoliko se nastavi trend depopulacije.

„Imamo nove škole, imamo bazen, školske dvorane, vodovod, kanalizaciju. Imamo sve bolje nego neki drugi gradovi. Ne postoji praktički naselje koje nema asfaltiranu cestu. Sve imamo. Nemamo ljudi. Nemamo volje.“

Valja istaknuti potencijal Gorskog kotara, odnosno Delnica gdje se nalazi bazen u sklopu kojeg bi se mogao zaposliti fizioterapeut. Uspostavom tjednih termina za fizičku aktivnost osoba starije životne dobi u bazenu zasigurno bi se podigla kvaliteta života i poboljšalo zdravstveno stanje stanovnika tog područja. Osim navednog, sudionici fokus grupe složili su se da je Gorski kotar nedovoljno iskorišten te, zbog svog položaja i klimatskih uvjeta u određenim dijelovima godine, može poslužiti kao lokacija za pripremu i rehabilitaciju profesionalnih sportaša u sklopu sportsko – rekreacijskog centra te je idelana lokacija za izgradnju nogometnog kampa.

“Što se tiče zdravstvene skrbi, ja ne mogu vjerovati da se tu ne može dovesti jedan fizioterapeut da pruži zdravstvenu skrb fizioterapije u bazenu. Ne pomaže svakome struja i magnet. I za ono stanovništvo koje ne zna plivati, bazen je plitak.”

Također, na određenim dijelovima Primorsko – goranske županije postoji neiskorišten potencijal hotelskih i privatnih smještajnih kapaciteta. Iako statistički podaci ističu porast broja turista kroz nekoliko posljednjih godina, sudionici fokus grupa su se složili da još uvijek postoje područja koja nisu dovoljno prezentirana, a imaju potencijal za privlačenje domaćih i stranih turista. Sudionici napominju da je potrebno još više poticati lokalne OPG – ove te više isticati prirodne ljepote koje nudi Primorsko – goranska županija kako bi se privukao što veći broj turista i samim time bi se utjecalo na razvoj gospodarstva, otvaranje novih radnika mjesta, privlačenje mladog i radno aktivnog stanovništva i u konačnici bi se povećala kvaliteta života na promatranom području.

Iako ispitivano područje ima brojne prednosti i potencijale potrebno je dodatno poboljšati suradnju institucija i zdravstvenih profesionalaca koji su u sustavu pružanja zdravstvenih usluga, sve s ciljem podizanja kvalitete zdravstvene zaštite stanovnika. Sudionici fokus grupa smatraju da je primjer dobre prakse organiziranost i financiranje zdravstvenog sustava u Republici Sloveniji gdje se domovi zdravlja financiraju iz proračuna gradova i općina, a ne iz županija kao što je to slučaj u Hrvatskoj.

“U Republici Sloveniji postoji decentralizirani sustav zdravstvene zaštite te su ujedno i financijska sredstva također decentralizirana. To u Hrvatskoj nije slučaj. Kod nas je Dom zdravlja pod ingerencijom županije. Npr. u Sloveniji se nalazi Općina Osilnicu koja ima nešto manje od 300 stanovnika i koja je najmanja općina u Sloveniji. Ambulanta u navedenoj općini i u Brod Moravicama je ista. Ali, njihova ambulanta je moderno opremljena.”

S obzirom na podatke prikupljene od strane zdravstvenih, ali i nezdravstvenih djelatnika sa ispitvanih otoka Primorsko – goranske županije da se naslutiti da je razina zdravstvene zaštite pružene stanovnicima otoka poprilično niska i oskudna. Sudionici fokus grupa zaključili su da je, na manjim i slabo naseljenim otocima na području Primorsko – goranske županije, potrebno osigurati dovoljan broj zdravstvenih djelatnika kako bi se postigla odgovarajuća zdravstvena zaštita stanovnika. Navedeno se može postići boljom suradnjom i organizacijom ključnih dionika u zdravstvu i sa zdravstvom povezanim područjem na regionalnoj i nacionalnoj razini.

2.3. Rezultati izvedenih intervjujev na projektnem območju v Republiki Sloveniji

Raziskovalne dejavnosti v prvi fazi raziskovanja so obsegale izvedbo petih intervjujev z vodilnimi predstavniki zdravstvenih ustanov na območju jugovzhodne Slovenije. Odločitev za izvedbo intervjujev in fokusnih skupin se je nanašala na dejstvo, da smo: (1) v razmeroma kratkem času lahko pridobili podatke od večjega števila ljudi (Cohen in drugi, 2000), (2) pridobili celovitejšo zgodbo, saj so se v fokusni skupini pojavili sinergični učinki, ko so intervjuvanci vplivali drug na drugega in se spodbujali h govoru in izražanju svojih misli (Vogrinc, 2008) in (3) pridobili bolj poglobljene uvide proučevane problematike z vidika večletnega delovanja intervjuvancev na področju zdravstva.

Medinstitucionalno kot tudi medobčinsko sodelovanje je tako v ruralnih kot tudi urbanih okoljih zgledno. Intervjuvanci na obmejnem območju poročajo o sodelovanju z Republiko Hrvaško zaradi dnevnih delovnih migracij Hrvaških državljanov v RS. Po njihovi oceni bi bilo zato potrebno sodelovanje okrepiti, predvsem na področju preventivnega zdravja. Zdravstvene ustanove na obmejnih območjih hrvaške državljanke zaposlene v RS, težje vključujejo v programe preventivnega zdravja, saj se le-ti po končani službi vračajo domov oziroma v Republiko Hrvaško.

Prav tako je bilo večkrat izpostavljeno intenzivno medinstitucionalno sodelovanje zdravstvenih in socialno-zdravstvenih ter drugih ustanov v RO. Intervjuvanci poročajo o tesnih medosebnih stikih zaposlenih pri zagotavljanju ZO prebivalcem kot tudi zagotavljanje medinstitucionalne kadrovske, administrativne in/ali storitvene pomoči. Kadrovska pomoč si zdravstvene ustanove zagotavljajo na način.

»Pomagamo si kadrovske, se pravi, Črnomaljci zaposlujejo fizioterapevta in psihologa, ki ga mi nimamo priznanega in potem dopolnjujemo programe. Mi njim logopeda posodimo, ki je za Belo krajino, psihiater je pri nas« (INT1M).

Administrativna pomoč med zdravstvenimi ustanovami v različnih občinah poteka na način, da si zdravstvene ustanove posredujejo različne administrativne protokole oziroma pravilnike. Sodelovanje v kontekstu storitvene medinstitucionalne pomoči pa se predvsem nanaša na zagotavljanje NMP.

»Imamo v dežurstvu povezavo z NM, posebej s Črnomljem. Če je naša ekipa na terenu, se ene pokliče ali obratno. Če sta bili obe ekipi na terenu, je bilo tudi že NM klicano. Tukaj je absolutno nesporna pomoč, kar se tega tiče« (INT1M)

»v Brežicah so imeli kar dosti težav glede organizacije urgentnega centra, ni kadra, ravno tako v Brežicah in potem posledično zna se zgoditi, da mi malo več pokrivamo ali pa malo smo obremenjeni« (INT2KK).

»Konkretno veliko sodelujemo z ZD Metlika, imamo dobre izkušnje. Dobro sodelujemo v NMP, če je potrebno, pri so-organizaciji prevozov, strokovno« (INT5Č).

Intervjuvanci ugotavljajo, da jih k medobčinskemu sodelovanju spodbujajo tudi nezadostni finančni resursi, ki jih zdravstvene ustanove prejemajo s strani financerja - ZZZRS/države.

»Sodelovanje večje na tem področju, ker enostavno ne bomo uspeli s temi cenami iti čez, katere nam zdravstvena zavarovalnica ponuja oz. odobri. Povezovanje recimo s Črnomljem za ta Center za krepitev zdravja, smo mi kot konzorcijski partner šli poleg, se pravi na preventivnem področju sodelovanje« (INT1M)

Kljub številnim prednostim medobčinskega sodelovanja med zdravstvenimi ustanovami tovrstna oblika sodelovanja vnaša možnosti (ali priložnosti) izkoriščanja ZO, v smislu posluževanja ZO v zdravstvenih ustanovah drugih občin.

»Če se te pristojnosti ali pa meje podirajo, potem včasih pride do izkoriščanja... veste, kako mislim... na nek način branimo vsak svoje ozemlje, pa svoje pristojnosti pa svoje odgovornosti« (INT2KK)

Po mnenju intervjuvanca je razlog obrambne pozicije zdravstvenih ustanov (ali občin) v tem, ker ima vsaka zdravstvena ustanova lastne zdravstvene programe in poslanstvo ter pogodbene obveznosti do plačnika (ZZZRS), ki jih mora realizirati. Gre za pojav vrtičkarstva, ki po izkušnjah intervjuvanca izhaja iz sistema financiranja ZO.

»Toliko, kolikor si financiran, toliko lahko narediš in kar narediš več, nisi plačan in delaš v svojo zgubo« (INT2KK).

Razloge slabšega medobčinskega sodelovanja intervjuvanec prepoznava v napačnih oziroma neustreznih motivacijskih mehanizmih. Intervjuvanec opozori, da se posamezniki (zdravniško osebje) navadno proaktivno odzovejo v primerih, ko so bodisi za izvajanje zdravstvenih programom ustrezno notranje ali zunanje motivirani (nagrajeni) bodisi so ustrezno sankcionirani. Trenutno delujoči ZS pa učinkovitejše izvajanje zdravstvenih programov s strani osebja v zdravstvenih ustanovah ne motivira na primerne način niti jih ne sankcionira neuspešnosti. Umanjkanje sankcij s strani plačnika (ZZZRS) v primerih neuspešnega izvajanja zdravstvenih programov je, po mnenju intervjuvanca, anomalija trenutnega ZS, kot je tudi (lahko) najučinkovitejša metoda spodbujanja zdravstvenega osebja k proaktivnejšemu izvajanju (preventivnih) zdravstvenih programov.

»Jaz mislim, da je motivacija slaba, ne. Ne znamo jih povabiti, ne znamo recimo osebnih zdravnikov povabiti v zgodbo tako, da bi bili motivirani. Ne moraš vedno samo s korenčkom, včasih je treba tudi s palico. Ali pa ne moreš vedno samo s palico, včasih je potreben tudi korenček. Se pravi, če mi povemo na zavarovalnici, da se družinski zdravniki slabo odzivajo, na primer pri neodzivnikih za Svit ali pa da se družinski zdravniki slabo odzivajo bili pri vabljenju v delavnice, potem bi morala se odzvati/.../zavarovalnice so plačniki. In kadar oni rečejo, potem vsi zdravniki razumejo njihov jezik./.../ Zavarovalnica v določenem delu prepusti zgodbo naj teče tako kot teče, ne. Saj je ustaljena« (INT6NIJZ).

Opisan pristop k boljšemu medobčinskemu sodelovanju kot tudi uspešnejšemu izvajanju zdravstvenih programov v zdravstvenih institucijah temelji na predpostavki, da »pogojnik spodbuja odzivnost«.

»Naši šolski zdravniki imajo dogovor z zavarovalnicami v tem smislu, da morajo na toliko in toliko kurative narediti tudi toliko in toliko preventive, če preventiva ni narejena, kurativa ni plačana. Čim je pogojnik, potem dobiš odziv. Stvar deluje. Se pravi, mi imamo vzor, samo prenesti bi ga bilo treba« (INT6NIJZ).

Povsem drugačno perspektivo krepitve medobčinskega in/ali medinstitucionalnega sodelovanja pa nam predoči intervjuvanci v MO NM. Za trenutno oslABLJENO sodelovanje intervjuvanec uporabi metaforičen primer industrijskih dimnikov, kot ločenih fragmentov ZO pacienta, in opozori, da so povezave med dimniki zelo slabe. Trenutni sistemski mehanizmi intenzivnost sodelovanja med industrijskimi dimniki v veliki meri prepuščajo (samo)inicativam posameznikov oziroma zaposlenih v socialno-zdravstvenih in zdravstvenih ustanovah. Zato se tudi beležijo primeri dobrih in slabih praks sodelovanja med ustanovami in/ali občinami/regijami. V kolikor so posamezniki naklonjeni sodelovanju, bodo našli možnosti in priložnosti za okrepitev sodelovanja ter s tem predstavljali primere dobre prakse. V kolikor pa med odločujočimi deležniki ne obstaja motivacija po krepitvi sodelovanja, ali med deležniki (že predhodno) obstajajo nesoglasja, potem pa bo to sodelovanje okrnjeno oziroma bodo ustanove ohranjale metaforo industrijskih dimnikov. Intervjuvanci v MO NM se strinjajo z domnevo, da se okrnjenost sodelovanja med ustanovami ohranja zaradi načina financiranja. Intervjuvanec pravi, da zdravstvene ustanove ohranjajo vlogo »varuhov lastnih blagajn« ali kot pove:

»Po službeni dolžnosti sem varuh te blagajne, ona je pa varuh ene druge blagajne. In veste, jaz bom dober varuh, če bom breme nanjo preložil, ona pa bo dober ...« (INT«FS) in »Jaz bom pa rekla – bolnica dela, mi smo zaprti« (INT3FS)

Preseganje industrijskih dimnikov je po mnenju intervjuvancev v MO NM mogoče z odmikom od oddelkov oziroma fragmentacije ZS k procesnemu približevanju zagotavljanja ZO pacienta. Intervjuvanci namreč poudarjajo, da se ZO pacienta vrši skozi vse industrijske dimnike oziroma fragmente sistema. Zato je potreben multidisciplinaren timski pristop.

Tabela 1: Izkušnje skupnega odločanja potreb po medobčinskem sodelovanju

	PREDNOSTI	SLABOSTI
Notranji dejavniki	<ul style="list-style-type: none"> ● Sodelovanje z Republiko Hrvaško ● Dobro medinstitucionalno sodelovanje v RO (kadrovska, administrativna in storitvena pomoč) ● Tesnost medinstitucionalnih stikov ● Medobčinski dogovori o nudenju NMP ● Nujnost sodelovanja zaradi finančnih primanjkljajev 	<ul style="list-style-type: none"> ● Slabo sodelovanje je posledica napačnih motivacijskih mehanizmov ● Obrambna pozicija zaradi medobčinskega sodelovanja (izkoriščanje ZS) ● Nepovezani industrijski dimniki ● Varuhi lastnih blagajn ● Inicijativa posameznikov za sodelovanje
	PRILOŽNOSTI	NEVARNOSTI
Zunanji dejavniki	<ul style="list-style-type: none"> ● Okrepitev sodelovanja z RH na področju PP ● Okrepitev izvajanja PP ● Medinstitucionalno sodelovanje za izmenjavo informacij o pacientih ● Okrepitev ZO (programov) v RO ● Izkoriščanje virov med različnimi starostnimi skupinami prebivalcev ● Prestrukturiranje socialnih ukrepov (transferjev) »pogojnik spodbuja odzivnost« ● Odmik od oddelkov k procesom ● ZO gre skozi vse dimnike ● Multidisciplinaren timski pristop 	<ul style="list-style-type: none"> ● Neodzivnost financerja (ZZRS) na slabo izvedbo PP (brez sankcij) ● Okrnjenost sodelovanja zaradi sistema financiranja (vrtičkarstvo)

2.4. Rezultati izvedenih fokusnih skupin na projektnem območju v Republiki Sloveniji

V drugi fazi raziskovanja smo evalvirali rezultate prve faze nanašajoč se na identificirani slabosti glede izkušenj skupnega določanja potreb po povezovanju s sosednjimi občinami/mesti. Zanimalo nas je mnenje intervjuvancev na kakšen način bi lahko s čezmejnimi sodelovanjem SLO-RH iskali rešitve glede identificiranih ovir: (1) slabo sodelovanje socialno-zdravstvenih organizacij v okolju in (2) neodzivnost financerja ZZS na slabo izvajanje PP.

Slabo sodelovanje socialno-zdravstvenih organizacij v okolju

Evalvacija rezultatov prve faze raziskovanja razkriva, da ZU na obmejnih območjih že prakticirajo povezovanje s sosednjimi občinami pri zdravstveni oskrbi pacienta. Prav tako se v teh obmejnih krajih različni akterji povezujejo/sodelujejo pri izvajanju skupnih preventivnih akcij. Gre za pojav lokalne samoiniciativnosti izboljšanja življenjskih pogojev prebivalcem kraja. Tako tudi intervjuvanci iz obmejnih območji (Krško, Metlika, Črnomelj) v drugi fazi raziskovanja poročajo o povezovanju s sosednjimi občinami/mesti. Čeprav te akterji na obmejnih območjih delujejo pod enakimi finančnimi mehanizmi, kot ostale ZU v RS, proaktivno pristopajo k sodelovanju iz (vsaj) dveh vidikov. Prvi je ta, da je doseganje ciljnih skupin v sodelovanju z NVO/DSO/CSD ipd. uspešnejše, drugi pa izhaja iz samih pogojev dela ali okolijskih specifik. Gre namreč za to, da ZU na obmejnih območjih nimajo zagotovljenih (glede na potrebe prebivalcev) zadostnih programov, zdravniškega kadra ali finančnih virov. Zato je sodelovanje z ZU iz drugih občin nujno. Ali kot pove intervjuvanec:

»V samem okolju se dejansko med seboj mi povezujemo tudi že z Brežicami, kadar je pač ekipa zasedena.« (INT.KK)

»Drugače pa samo sodelovanje med takšnimi organizacijami, še različnimi, mi tudi dobro delujemo še s centrom za socialno delo, dobro delamo z domom starejših občanov v Črnomlju. Recimo tudi skupna izobraževanja izvajamo, dogovarjamo se, tako da lahko rečemo, da sodelujemo. Mislim, da izhaja vse to predvsem iz interesa, da naredimo vse za pacienta. Prisiljuje te nihče ne v to, vsaj ta trenutek ne. V končni fazi zdaj mi, ko ta projekt delamo, vidimo, da imamo ogromno teh stvari že vzpostavljenih in jih bomo zdaj samo v nek sistem mogoče oblikovali. Mi nimamo težav z vzpostavitvijo kontaktov z društvi. Mi recimo s poklicnimi gasilskimi društvi, s prostovoljnimi gasilskimi društvi, sodelujemo že vrsto let pa urejamo recimo tečaje prve pomoči; naše izvajalke zdravstvene vzgoje grejo recimo gasilkam predavat o zdravi prehrani. Za društvo za diabetiko, belokranjsko, zmeraj pripravimo predavanje. Zdaj imamo tudi kineziologa po enem projektu, ki pripravi za njih recimo vadbo, primerno za sladkorne bolnike. Nekaj samoiniciativnosti, pa pač tisto, da bi naredili največ za bolnika« (INT.Č)

Pri tem je potrebno izpostaviti, da gre za ZU, ki lokalnemu prebivalstvu (v določenih primerih tudi državljanom RH) zagotavljajo izključno primarno zdravstveno oskrbo. Ta ugotovitev je

pomembna zato, ker intervjuvanci iz urbanega okolja poročajo o slabem sodelovanju socialno-zdravstvenih organizacij v okolju. V prvi fazi raziskovanja so intervjuvanci ZU v UO primerjali z osamelimi industrijskimi dimniki. V drugi fazi raziskovanja se je izpostavilo, da sodelovanje med socialno-zdravstvenimi organizacijami v UO hromi v prvi vrsti pomanjkanje komunikacije in strokovnega zaupanja med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvenih ustanov. Zaposleni na sekundarni ravni zdravstvene oskrbe menijo, da je sekundarna zdravstvena oskrba dejansko potuha primarni zdravstveni oskrbi. Gre za prepričanje, da so pacienti napoteni na sekundarni nivo brez temeljitega pregleda zdravnika na primarnem nivoju. Prav tako naj bi bilo prisotno prepričanje, da nekateri zdravniki v primarnem zdravstvu nimajo zadostnega znanja za kakovostno oskrbo pacienta in zato le-tega napotijo v sekundarno zdravstvo. Po drugi strani pa nam intervjuvanec, vodja ZD, izpostavi težave neustreznih normativov glede števila pacientov v posamezni ambulanti. Ravno zaradi prevelikega normativov pacientov in s tem preobremenjenosti zdravnikov v primarnem zdravstvu, se po mnenju intervjuvanca, pojavljajo nepotrebne napake. Ali kot pove intervjuvanec:

»Je pa res, da je treba standarde urediti, kar se tiče rednih ambulant. Jaz imam lahko 500 pacientov, ali pa 1000 pacientov in jih želim obdržati in tudi obdelovati, dobro obdelovati, ne morem jih pa 2000, ker jih ne bom kvalitetno obdelala. In iz tega razloga se tudi pošilja takšne oslarije, na sekundarni nivo. In kirurg se ... meni je zadnjič kolega rekel: »ti poslušaj, veš, sem čisto znorel«, je rekel, »sem čisto znorel, me kliče zraven sestra, vse krvavo, vse krvavo, to so sami butli«. Sem rekla, daj se pomiri, kaj je bilo. Pravi »ja en se je porezal s steklom, pa je bil čisto krvav, roko pod pipo, pa vidiš, da je vse v redu, pa malo pošpricaš«. Ampak je prišel na kirurgijo ves krvav.... Ampak je res tako. In ga ni pogledal, verjetno, na tej poti do tja nihče. Samo on si je nekaj povil, čez so kri videli, to je to.« (ZD NM)

Intervjuvanci opozarjajo, da na ta način odhrumeno sodelovanje ni ustrezno, saj nesodelovanje med primarnim in sekundarnim zdravstvom tudi draži zdravstvene storitve. Gre za to, da v kolikor primarni nivo ne opravi ustreznega dela, preden pacienta pošlje na sekundarni nivo zdravstvene oskrbe, navadno zdravniki pri sekundarni obravnavi (namenoma) spregledajo zdravniške izvide (npr. laboratorijske teste) in zahtevajo ponovne analize stanja pacienta. Gre za nepotrebno podvajanje zdravstvenih analiz/izvidov in s tem nepotrebno trošenje finančnih virov, ki naj bi jih, po mnenju intervjuvancev, v zdravstveni blagajni že tako primanjkovalo.

Odpravljanje težav nesodelovanja med primarnim in sekundarnim zdravstvom intervjuvanci prepoznavajo v znižanju normativov primarnega zdravstva in dodatnih strokovnih izobraževanjih zdravstvenega osebja na primernem zdravstvu. Gre za spremljanje ideje, da je kakovostno primarno zdravstvo temelj učinkovitega delovanja sekundarnega zdravstva. K dvigu kakovosti zdravstvene oskrbe in učinkovitejšemu izvajanju PP naj bi proaktivnejše pristopili tudi koncesionarji, ki sedaj:

»Za javne zavode, je zelo dobra izkušnja. Je pa nekje polovica prebivalstva, ki je pa dejansko pod koncesijami izbranih osebnih zdravnikov. In jaz sem ravno eno lepo analizo delala, nekje 92%

ljudi, ki je napotenih v zdravstveno-vzgojne centre, za preventivo, prihajajo od naših izbranih osebnih zdravnikov. Samo nekje tam okoli 7% je pa od koncesionarjev. To je pa premalo. Pokrivamo pa nekje polovico.» (INT.KK)

Nenazadnje naj bi sodelovanje med socialno-zdravstvenimi organizacijami tako v RO kot tudi v UO hromil neenoten informacijski sistem zdravstvenih organizacij: *»Tudi informacijski sistemi v bistvu niso poenoteni, ampak so to takrat tako pustili, dovolili, da ima vsak zavod svojega, kar je tudi velik problem.«*

V odnosu do čezmejnega sodelovanja bi lahko sklepali, da bodo ZU v RO enostavneje pristopale k sodelovanju, saj imajo izkušnje (in željo) po povezovanju z drugimi akterji v okolju. prav tako so te ZU pridobile pozitivne izkušnje s sodelovanjem z akterji v lokalni skupnosti ali med MO. Po drugi strani pa bodo morale ZU v UO vzpostaviti sodelovalne vezi med primarnim in sekundarnim zdravstvom v okolju, ki se je izpostavil kot zaviralni dejavnik v zdravniški praksi kot tudi v odnosu do skupnostnega pristopa.

Neodzivnost financerja ZZS na slabo izvajanje PP

Tako kot je bilo ugotovljeni v prvi fazi raziskovanja, so tudi v drugi fazi ugotovitve podobne. Intervjuvanci izpostavljajo neaktivno politiko financerja PP glede neuspešnega izvajanja dodeljenih programov. Poleg tega intervjuvanci omenjajo, da neuspešne ZU pri tem niso sankcionirane oziroma za neizvedene PP ne nosijo ustrezne odgovornosti.

»Ta del je pa kar težak. V resnici, če bi jaz osebno odgovarjala, ko nečesa nisem strokovno izpeljala, ker je bila moja odločitev taka in taka, potem sem prepričana, da bi naslednjič ob takem trenutku dobro razmislila, kaj bom naredila. Se pravi tudi ta del, saj zdravstveni delavci niso nikakor stimulirani, ali pa nikakor, ne vem, tudi kadar naredim kakšno napako, razen moje lastne vesti ali pa tega, da me svojci grede tožit ... a veste koliko je tožb? Skoraj jih ni. V primerjavi s tem, koliko je bilo napak narejenih, se pravi nihče ne nosi odgovornosti. Tudi to je narobe. Ja, jaz mislim, da bi morali na zavarovalnici poiskati nekoga, ki bo, torej, mi z zavarovalnico kar dosti sodelujemo in kadar se nam zgodi, da ko dobimo informacijo, da nekaj ne teče tako, kot bi moralo, dostikrat opozorimo. In odgovor je bil pogosto »ja, vemo«. Nič se ni zgodilo. Točno so vedeli, določen zdravstveni dom, ki mu namenjajo letno toliko in toliko sredstev za primarno preventivo, tega ne izvaja, ampak ta zdravstveni dom je še naprej dobival sredstva.« (INT.NIJZ)

»A veste, tudi zbornica, kar se timov in zdravnikov tiče, če nekdo ne dela dobro, ne potem reči, saj ne, da ga zdaj za celo življenje onemogočiš, ampak da mu pač daš še eno možnost, nekaj odgovarjat mora, če naredi narobe. Ne pa da potem udarijo po tebi, da si pa tukaj malo predaleč šel. To pa ni bilo okusno. In tukaj smo se vsi zgražali, zgubili še tisto majhno zaupanje, ki ga imaš. Kar ni prav. Predstavljajte si, da to nekaj pride in pride spet prek medijev notri. A bi zbornica potem

odreagirala tako? Najbrž ne bi. Potem bi pa vsi kazali na zdravstveni dom. Ali pa na bolnico, saj je vseeno. Ker nadzori so namenjeni, da se popravi zadeva.» (ZD.NM)

Intervjuvanci menijo, da bi moral financer PP ustanoviti nadzor oziroma kontrolo izvajanja PP na samem terenu. Na ta način bi se lažje odpravile nepravilnosti izvajanja PP, po drugi strani pa bi financer PP dejansko spoznal specifične okolja v katerem se izvajajo PP. Slednje je pri realizaciji dodeljenih obsegov PP ključnega pomena, saj intervjuvanci v RO opozarjajo na težavo neprimerljivosti mestnih središč in RO in s tem nepravilno uravnilovko/kriterijev za izvajanje PP. Intervjuvanci v RO izpostavljajo težave glede enotnih in preveč rigidnih (neupoštevanje specifik okolja) kriterijev izvajanja PP:

»Pri nas so ogromno delali, samo oni ne ovrednotijo vseh ur. Na primer, oni imajo statistiko, nabor storitev, ki jih plačajo in vsega, kar je izven tega nabora, pa kljub temu, da je preventiva, ne plačajo. Recimo, naša zdravstvena vzgoja deluje v osnovnih šolah, v vrtcih, nekaj pa tudi za odraslo populacijo. In spet je to nabor točno toliko ljudi, takšna tema pa nikamor drugam. Ne levo, ne desno. Preveč je ozko usmerjeno. Recimo smo šli na kakšne prireditve, kjer so bili neki sejmi, takšne prireditve, pa so bile naše stojnice in naše vsebine; pa v kakšno prostovoljno gasilsko društvo pa smo kaj tam predavali. Ogromno takega, ne vem, TPO-je, AED-je, dejansko učili ljudi oživljati, takšne stvari; to ni plačano. In so nam rekli, ni realizacije. Realizacija je bila, na splošno, samo je preveč ozko, samo tisto, kar oni plačajo. Ljudje vsi delajo preventivo, pa tako rečete, da ni bilo realizirano.« (INT.KK)

»Zdaj vam bom pa tako povedala, kaj se je nam zgodilo v lanskem letu. Imamo določen minimalni standard, katerega smo izvedli. Dodatno zaposlili, da smo pokrili tudi kadrovsko, se pravi tudi ZZS ni mogel ničesar reči, niti NIJZ. Kaj se je zgodilo? Plačali so nam 13 % realizacije. Pri nas, kar se tiče šol, imamo izključno samo eno šolo, pa še eno podružnično; nimamo več oddelkov, se pravi lahko izvedemo tega le toliko. Da ne govorimo o problemih z vstopom v šolo. Ta minimalni standard še nekako dovolijo, zdaj pa da bomo mi vstopali v šolo kadar koli, to se morata na sistemskem nivoju obe ministrstvi dogovoriti. Na drugi strani smo vse in še več za odrasle naredili. Od kadra, do rešenega programa, pa so nam še odrezali, zaradi tega, ker pač ni bilo doseženo po njihovih mejah/.../ Kriteriji so za neko vseslovensko mrežo narejeni, nepreverjeni, se pravi ena Ljubljana z ne vem kolikimi šolami, ki jim ni problem tega izvesti pa z eno bolj odzivno populacijo prebivalstva, pri nas pa z eno šolo pa precej neodzivno populacijo, ki jo moramo zelo animirati, da bodo prišli k nam, s tem, da imamo še specifično kmečkega okolja. Se pravi, ko je lepo vreme, ko je delo na poljih, mi tudi bolnih ljudi takrat nimamo. In to je specifična in mislim, da bi se morala. Vedno govorimo o nekem ruralnem okolju, da bi ga bilo treba dodatno nekako spodbuditi, financirati, ne vem. Malo drugačne kriterije narediti. Ampak tukaj se ni nič zgodilo. Tukaj se ni absolutno nič zgodilo. Utrpimo pa škodo normalno finančno, ker moraš ti kadrovsko, programsko, vse živo izpolniti, kar pa ni dovolj.« (INT.M)

Intervjuvanci menijo, da bi moral financer PP poleg spremembe (rigidnih) kriterijev za uspešnost izvajanja PP, spremeniti tudi model financiranja PP. Po njihovem mnenju pavšalni model financiranja PP ni uspešen/učinkovit, saj so ZU plačane ne glede na to ali PP izvedejo ali ne. To ugotavlja tudi intervjuvanec/nacionalni koordinator PP. V letu 2018 pa je financer spremenil model financiranja programa primarne preventive za otroke in mladostnike. ZU je plačal izvedbo PP glede na doseženo realizacijo:

»letos, recimo, se je prvič zgodilo, da se je primarna preventiva za otroke in mladostnike, ki se je do sedaj vedno pavšalno obračunavala, da se je obračunala po realizaciji; kar je pomenilo, da je zdravstveni dom moral dokazati, da je predviden program izpeljal, in če ga ni izpeljal, mu zavarovalnica ni namenila sredstev. Ne vprašajte kakšen ogenj je bil. In ta ista stvar se sedaj počasi prenaša tudi na področje zobozdravstvene vzgoje. Se pravi, bomo šli, pavšal bo počasi postala passé. Na podlagi realiziranega programa dobiš plačilo programa, s tem, da pri stvareh, na primer, ki pa jih je zelo težko izpeljati, bi pa lahko še rekli, ne vem, kurativo boste dobili plačano, ko bo preventiva v 80 % pokrita in poročana realizacija.« (INT.NIJZ)

3. Zaključak

U istraživanim područjima dovoljan je broj i razgranatost zdravstvenih ustanova. Suradnja se odvija i između institucija i općina. U pograničnim područjima uključena je i suradnja u pružanju zdravstvene zaštite slovenskim štićenicima u domovima za starije i nemoćne osobe u Republici Hrvatskoj i pružanje hitne medicinske pomoći. Međutim, pritom se pojavljuju i pravni i administrativni problemi jer Zavod za zdravstveno osiguranje u Republici Sloveniji ne priznaje prihvatljivost troškova prijevoza pacijenta s vozilom hitne pomoći ili posjeta patronažnih sestara od slovensko - hrvatske granice do prebivališta/ doma pacijenta. Tako zdravstvene ustanove omogućuju pacijentima, koji imaju sklopljeno slovensko zdravstveno osiguranje, besplatnu zdravstvenu zaštitu i traže (neformalne) načine pružanja zdravstvene zaštite.

Suradnja dionika u zdravstvu na području Primorsko – goranske županije ovisi o brojnim čimbenicima (zakonska regulativa, pisani propisi, dislociranost gradova i općina, brojnost zdravstvenog osoblja i sl.), ali prema subjektivnoj procjeni može se reći da je na zadovoljavajućoj razini. Karakteristike pojedinih dijelova Primorsko – goranske županije su dislociranost mjesta s malim brojem, uglavnom, starijeg stanovništva i nepostojanje međumjesnog prijevoza. S obzirom da je riječ o starijoj populaciji, mogućnost pristupa osnovnim zdravstvenim potrebama često je ograničena. Uvođenjem geronto službi i zdravstvene njege u kućama djelomično se doskočilo navedenom problemu.

Posebice u pograničnim područjima Republike Slovenije postoje problemi u osiguravanju zdravstvene zaštite starijim osobama (ranjivim skupinama). Starenje populacije i zdravstveni problemi povezani s njima identificirani su na istraživanim područjima kao ključno opterećenje za zdravstveni sustav i pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite. U ruralnim krajevima ili u pograničnim područjima istaknut je problem pružanja zdravstvene zaštite starijim osobama, kako u hrvatskim domovima za starije i nemoćne osobe, tako i u zdravstvenoj zaštiti u domu za starije i nemoćne osobe.

Problemi vezani uz pristup zdravstvenim ustanovama u ruralnim dijelovima Republike Slovenije prijavljeni su ili zbog lošeg socio - ekonomskog statusa pacijenta/starijih osoba (nedostatak financijskih sredstava za osobni prijevoz) ili zbog loše prometne infrastrukture i/ili organizacije lokalnih prometnih veza. Rezultat toga je opterećenje patronažne službe s kućnim posjetama pacijentu i/ili lošom zdravstvenom skrbi pacijenata na udaljenim mjestima, zbog deficita osoblja i ograničenosti zdravstvenih programa odnosno tome posvećenih financijskih sredstava od strane ZZORS-a.

Opremljenost zdravstvenih ustanova u manjim sredinama sudionici ocjenjuju zadovoljavajućom, no postoji prostor za napredak u vidu nabavke novijih uređaja (ergometar, mobilni ultrazvuk) te osiguravanjem kontinuiranih specijalističkih djelatnosti (interna medicina). Kao jedan od problema, sudionici istraživanja nalaze u nedostatku aktivnog planiranja unutar zdravstvenog sustava, koji je centraliziran i financiran iz proračuna županija, a ne iz proračuna lokalnih samouprava.

Zdravstveni i sa zdravstvom povezani djelatnici smatraju da je zdravstvena zaštita koja se nudi na području njihovih gradova i općina dostatna, navode da se stanovnici ne žale na zdravstvene usluge te naglasak stavljaju na međusobno dobru suradnju zdravstvenih službi. Navedeno ističu kao prednost rada u manjim sredinama koja dovodi do bolje međusobne suradnje zdravstvenih djelatnika te posljedično bolje organizirane i pružene zdravstvene zaštite.

Iako unutar zakonske regulative Republike Hrvatske vezane uz zdravstvo postoje jasno obrazložene uloge i dužnosti pojedinih dionika u zdravstvu, provedbom javnozdravstvenih metoda (intervjua i fokus grupa) može se zaključiti da zatečeno stanje na pograničnom području Primorsko – goranske županije ne osigurava dostatnu zdravstvenu skrb stanovnicima, posebice u području specijalističke zdravstvene zaštite i zdravstvenog kadra.

Sudionici intervjuja te fokus grupa jednoglasno smatraju da postoji manjak medicinskog kadra no ističu dobru prilagođenost i ažurnost zdravstvenih djelatnika. Iako su zakonskim propisima i aktima svim stanovnicima Republike Hrvatske definirana načela zdravstvene zaštite, u stvarnosti ipak postoje razlike u dostupnosti i kvaliteti zdravstvenih usluga između urbanih i ruralnih sredina.

Također, sudionici ističu kako bi suradnja sa susjednom Republikom Slovenijom bila u potpunosti pozitivna inicijativa budući da su našim građanima pojedine zdravstvene ustanove u Republici Sloveniji geografski bliže te samim time i dostupnije od hrvatskih. Ono što je potrebno definirati i uskladiti je model financiranja koji bi hrvatskim građanima olakšao pristup zdravstvenoj skrbi u Republici Sloveniji.

3. Zaključek

Na proučevanih območjih je število in razvejanost zdravstvenih socialno-zdravstvenih ustanov zadostno. Med ustanovami in občinami se pojavljajo tudi sodelovanja. Na obmejnih območjih se pojavljajo sodelovanja zagotavljanja zdravstvene oskrbe slovenskim oskrbovancem v domovih za starejše in nemočne osebe v Republiki Hrvaški in zagotavljanja nujne medicinske pomoči. Pri tem pa se pojavljajo pravno-administrativne težave, saj Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije ne priznava upravičenosti stroška prevoza pacienta z reševalnim vozilom ali obiska patronažnih sester od Slovensko-Hrvaške meje do bivališča/doma pacienta. Tako zdravstvene ustanove omogočajo zdravstveno oskrbo pacientom s sklenjenim slovenskim zdravstvenim zavarovanjem, brezplačno in iščejo (neformalne) načine zagotavljanja zdravstvene oskrbe.

Sodelovanje deležnikov v zdravstvu na območju Primorsko-goranske županije je odvisno od številnih dejavnikov (zakonskih predpisov, pisnih predpisov, dislociranosti mest in občin, števila zdravstvenih delavcev ipd.), vendar je po subjektivni oceni mogoče reči, da je na zadovoljivi ravni. Značilnosti posameznih delov Primorsko-goranske županije so dislociranost kraja z manjšim številom, predvsem starejšega prebivalstva in pomanjkanje medkrajevnega prevoza. Glede na starejše prebivalstvo je možnost dostopa do osnovnih zdravstvenih potreb pogosto omejena. Uvedba geriatričnih služb in zdravstvene oskrbe v hišah je delno odpravilo omenjeni problem.

Predvsem se na obmejnih območjih pojavljajo težave zagotavljanja ZO starostnikom (ranljivim skupinam). Staranje prebivalstva in z njimi povezane zdravstvene težave pa je v proučevanih območjih identificirano kot ključna obremenitev zdravstvenega sistema in zagotavljanja kakovostne ZO. V RO oziroma na obmejnih območjih se izpostavlja težava zagotavljanja ZO starostnikom, tako v hrvaških DSO kot tudi ZO na domu starostnika.

Prav tako se v RO poroča o težavah dostopnosti zdravstvenih ustanov bodisi zaradi slabega socialno-ekonomskega stanja pacienta/starostnika (pomanjkanje finančnih virov za osebni prevoz) bodisi zaradi slabe prometne infrastrukture in/ali organizacije lokalnih transportnih povezav. Rezultat tega je obremenitev patronažne službe z obiski na domu pacienta in/ali slaba zdravstvena oskrba pacientov v oddaljenih krajih, zaradi kadrovskega deficita in okrnjenosti zdravstvenih programov oziroma tem namenjenih finančnih virov s strani ZZZRS.

Udeleženci ocenjujejo, da je oprema zdravstvenih ustanov v manjših okoljih zadovoljiva, vendar obstaja prostor za izboljšave pri pridobivanju novih naprav (ergometer, mobilni ultrazvok) in zagotavljanje stalnih strokovnih dejavnosti (interna medicina). Kot eden od problemov udeleženci raziskav navajajo pomanjkanje aktivnega načrtovanja v zdravstvenem sistemu, ki je centraliziran in se financira iz županijskih proračunov in ne iz proračunov lokalne samouprave.

Zdravstveni in z zdravstvom povezani delavci menijo, da je zdravstveno varstvo, ki se nudi na območju njihovih mest in občin zadostno, navajajo, da se prebivalci ne pritožujejo zaradi zdravstvenih storitev in poudarjajo dobro sodelovanje med zdravstvenimi službami. Omenjeno poudarjajo kot prednost dela v manjših okoljih, kar vodi do boljšega medsebojnega sodelovanja med zdravstvenimi delavci in posledično boljše organiziranosti in zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Čeprav v zakonodaji Republike Hrvatske na području zdravstva obstajajo jasno opredeljene vloge in dolžnosti posameznih deležnikov v zdravstvu, z izvajanjem metod javnega zdravja (intervjuji in fokusne skupine) je mogoče sklepati, da zaloteno stanje na obmejnem območju Primorsko-goranske županije ne zagotavlja dovolj zdravstvenega varstva prebivalcem, še posebej na področju specializiranega zdravstvenega varstva in zdravstvenega osebja.

Udeleženci intervjuja ter fokusna skupina soglasno menijo, da primanjkuje medicinskega osebja, vendar poudarjajo dobro prilagajanje in pravočasnost zdravstvenih delavcev. Čeprav so načela zdravstvenega varstva opredeljena z zakonskimi predpisi in akti in veljajo za vse prebivalce Republike Hrvatske, so v resnici razlike v razpoložljivosti in kakovosti zdravstvenih storitev med mestnimi in podeželskimi območji.

Prav tako udeleženci poudarjajo, da bi bilo sodelovanje s sosednjo Republiko Slovenijo povsem pozitivna pobuda, saj so našim državljanom nekatere zdravstvene ustanove v Republici Sloveniji geografsko bližje in zato dostopnejše od hrvaških. Treba je opredeliti in uskladiti model financiranja, ki bi hrvaškim državljanom olajšal dostop do zdravstvenega varstva v Republici Sloveniji.

Suradnici i autori Studije o suradnji dionika

Vsi partnerji projekta + Health so sodelovali pri izdelavi Študije o suradnji dionika:

/

Vsi partnerji v projektu +Health so sodelovali pri izdelavi Študije o sodelovanju deležnikov:

Lovorka Bilajac (MEDRI), **Zlatko Trobonjača** (MEDRI), **Mihaela Marinović** (MEDRI), **Denis Juraga** (MEDRI), **Alfred Franković** (Klaster), **Moreno Mušković** (Klaster), **Dorotea Bralić** (DZ PGZ), **Borut Jereb** (FL), **Tanja Tajnik** (FL), **Dominik Simčić** (DZ IB), **Matej Celin** (DZ IB), **Polonca Iskra** (DZ IB), **Jurica Ferančina** (ZD LJ), **Urša Lamut** (vanjski suradnik), **Marjan Matešić** (SB NM), **Ivanka Turk** (patronaža, DZ PGZ), **Karlija Krulić** (patronaža, DZPGZ), **Vesna Stipeć** (patronaža, DZ PGZ), **Đurđica Bujan** (patronaža DZ PGZ), **Alma Kršul** (patronaža DZ PGZ), **Viktorija Vlašić** (patronaža DZ PGZ), **Jelena Kozelički** (patronaža, DZ PGZ), **Milena Prar** (patronaža DZ PGZ), **Patricija Barbieri** (patronaža, DZ PGZ), **Dolores Valenčić** (patronaža ZDIB), **Mateja Simčić** (patronaža ZDIB), **Božidara Česnik** (patronaža ZDIB), **Andreja Muha** (patronaža ZDIB), **Irena Sedej** (SB NM), **Đorđe Šiškin** (ZD Ljutomer), **Goran Đorđević** (DZ PGŽ), **Dario Medvedec** (DZ PGZ), **Matej Rubelli Furman** (ZD IB), **Ljubinka Počrvina** (SB NM), **Sonja Fir** (SB NM), **Barbara Kvartuč** (NZ PGŽ), **Iva Sorta Bilajac- Turina** (NZ PGŽ), **Lina Velčić** (NZ PGŽ), **Marjan Matešić** (SB NM), **Andreja Vinšek Grilj** (ZD IB), **Nina Friedrich** (FL), **Ana Alebić-Juretić** (NZ PGŽ),