

**PRIMJEDBE HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE
NA DOSTAVLJENE NACRTE AKATA
HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Temeljne primjedbe:

1. Analizom strukture godišnje vrijednosti standardnih timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena u prethodnom ugovornom razdoblju i predloženih vrijednosti timova u navedenim djelatnostima uočeno je smanjenje iznosa novčanih sredstava po pojedinim stavkama kao i u ukupnom iznosu. Imajući u vidu povećanje ukupnog iznosa novčanih sredstava za zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini u 2010. godini smatramo potrebnim transparentno iskazati strukturu novčanih sredstava za pojedine djelatnosti unutar primarne zdravstvene zaštite budući da dosadašnji prikaz ne omogućava uvid u razloge smanjenja novčanih sredstava u pojedinim djelatnostima.
2. Nastavno na navedeno, postavlja se pitanje što je uzrokovalo smanjenje sveukupnog iznosa novčanih sredstava za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena u odnosu na vrijednosti koje su bile definirane u prethodnom ugovornom razdoblju.
3. Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora predviđeno da je da obvezno ugovaranje aktivnosti s domom zdravlja obuhvaća i obvezu sudjelovanje liječnika u radu centra opće medicine doma zdravlja što smatramo potpuno neprihvatljivim budući da se navedeni centri nigdje izričito ne spominju u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. Sadržaj rada u spomenutim centrima u svom sadržaju zapravo predstavlja prikrivenu obvezu sudjelovanja liječnika u radu po načelu grupne prakse jer sadržaj navedenog rada u potpunosti preuzima sadržaj grupne prakse iz važeće Odluke o osnovama za sklapanje ugovora. Istovremeno grupna praksa definirana odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti uopće nije predviđena aktima HZZO-a koji su pretpostavka za ugovaranje (niti njeno postojanje niti način financiranja) iako je u ranijim aktima HZZO-a bila predviđena i posebno vrednovana.
4. Hrvatska liječnička komora predlaže da se ubuduće svaki novi prijedlog dijagnostičko - terapijskog postupka (DTP) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prethodno dostavi Komori na očitovanje kako bi se utvrdilo da li postoji kompetencija izvršitelja za obavljanje navedenog DTP-a obzirom na licencu koju posjeduje.
5. Hrvatske liječnička komora i dalje ustraje u traženju da preraspodjelu osiguranih osoba iznad maksimalnog dozvoljenog broja mora izvršiti HZZO na način da pojedinačno pozove svakog osiguranika na izbor novog liječnika.
6. Postupka donošenja akata HZZO-a kao i nastavno zaključivanje ugovora trebao bi odražavati partnerski odnos objiju ugovornih strana i svakako bi trebalo izbjeći jednostrano mijenjanje uvjeta što smatramo nedopustivim.

Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 4.

U stavku 4. predložemo iza riječi „produžiti/“ brisati riječ skratiti.

Obrazloženje:

U stavku 4. gore navedenog članka propisuje se mogućnost produljenja odnosno skraćanja ugovornog razdoblja temeljem posebne odluke Upravnog vijeća HZZO što smatramo neprihvatljivim budući da se upravo temeljem duljine ugovornog razdoblja planiraju brojne aktivnosti pružatelja zdravstvenih usluga poput nabave opreme i plana zapošljavanja zdravstvenih kadrova.

Odgovor HZZO-a:

Navedena mogućnost smanjenja trajanja ugovornog razdoblja vezana je isključivo uz koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe te se primjenjuje u slučajevima kada privatnim ugovornim liječnicima nije odobreno produljenje obavljanja zdravstvene djelatnosti u mreži javne zdravstvene službe nakon 65. godine života.

HZZO prihvaća prijedlog Komore da se gore navedena odredba dodatno pojaśni.

Članak 9.

Komora podupire predviđeni način ostvarivanja prava na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu kako je uređen stavcima 5.-9. ovoga članka međutim predlaže da se u istima propišu ne samo način ostvarivanja prava na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu temeljem specijalističke uputnice već i odgovarajući instrumenti kontrole i nazora.

Obrazloženje:

Budući da je provođenje nadzora HZZO-a nad izvršavanjem ugovornih obveza već uređeno člankom 13. Odluke smatramo da bi i u gore navedenom članku trebalo izričito naglasiti dužnost HZZO-a da u okviru provođenja nazora posebno kontrolira izvršavanje obveza ugovornih ustanova u pogledu načina ostvarivanja zdravstvene zaštite u svezi s uputnom dijagnozom, internim uputnicama i preoperativnom obradom osiguranih osoba.

Odgovor HZZO-a:

HZZO uvažava navedeni prijedlog Komore te ističe da će pitanje nadzora i kontrole izvršavanja obveza zdravstvenih ustanova biti regulirano novim ugovorima za bolničke zdravstvene ustanove.

Članak 16.

U stavku 3. gore navedenog članka predlažemo omogućiti ugovaranje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnosti na primarnoj razini i s ustanovama za zdravstvenu skrb.

Obrazloženje:

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti u članku 81. propisano je postojanje ustanove za zdravstvenu skrb kao zdravstvene ustanove u kojoj se pruža zdravstvena zaštita u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini te predlažemo omogućavanje ugovaranja zdravstvene zaštite i s navedenim subjektom.

Odgovor HZZO-a:

Trenutno nije izrađena mreža zdravstvene djelatnosti kojom bi bile predviđene i ustanove za zdravstvenu skrb.

HZZO će prijedlog Komore dodatno raspraviti će s predsjednikom Upravnog vijeća.

Članak 22.

U stavku 2. predlažemo da se standardni broj osiguranih osoba u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece utvrdi kao 850 osiguranika te da minimalni odnosno maksimalni broj osiguranih osoba u timu utvrdi u rasponu od +/- 30% od tog broja.

Obrazloženje:

Smanjenje standarda u pedijatriji predlažemo obzirom na opće poznate europske standarde i Nacionalnu strategiju RH.

Ujedno skrećemo pozornost da bi naglo smanjenje broja djece u pedijatrijskoj skrbi bilo neprovedivo u kratkom vremenskom razdoblju te smatramo da je, uvažavajući zatečeno stanje popunjenosti mreže pedijatrijskih timova te trenutni broj opredijeljenih pedijatrijskih osiguranika, potrebno iznaći način da se u razdoblju od dvije godine gore navedeni raspon minimalnog i maksimalnog broj osiguranika dodatno smanji i utvrdi u rasponu od +/- 25%.

Predlažemo da se u djelatnosti zdravstvene zaštite žena predvide mehanizmi za postepeno povećanje minimalnog broja osiguranika odnosno smanjene maksimalnog broja budući da predloženi minimum/maksimum osiguranih osoba po timu predstavlja naglu promjenu koju je teško provesti s obzirom na nedostatak ginekoloških timova.

Odgovor HZZO-a:

HZZO očekuje da će u bliskoj budućnosti doći do smanjenja standarda u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece te će razmotriti dostavljene prijedloge Komore vezane uz standarde i normative u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece.

Članak 23.

Stavak 1. navedenog članka smatramo potrebnim izmijeniti na način da glasi:

„Doktor ugovoren u djelatnosti opće/obiteljske medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za sve osigurane osobe osim djece do 4 godine koja u mjestu boravka imaju mogućnost izbora pedijatra.“

Obrazloženje:

Navedeni stav predstavlja usuglašeno stajalište liječnika opće/obiteljske medicine i specijalista pedijatrije.

Stavak 3. navedenog članka smatramo potrebnim izmijeniti na način da glasi:

„Doktor specijalist pedijatar ugovara provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za djecu predškolske dobi od 0 do 7 godina, a iznimno ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i za djecu školske dobi do završenog osnovnog školovanja i to kada doktor specijalist pedijatar nije u mogućnosti popuniti tim do *Odlukom propisanog maksimalnog broja osiguranih osoba.*“

Obrazloženje:

Smatramo da se navedenom izmjenom omogućava popunjavanje pedijatrijskog tima do maksimalnog broja osiguranih osoba (a ne samo do *standardom* propisanog broja opredijeljene djece).

Odgovor HZZO-a:

HZZO će razmotriti navedeni prijedlog kao i ostale prijedloge vezane uz predložene novine u organizaciji zdravstvene zaštite predškolske djece.

Članak 24.

Ukazujmo kako je navedenom članku, stavku 2, potrebno propisati i obvezu praćenja promjene broja opredijeljenih osiguranih osoba i usklađivanja broja istih u djelatnosti zdravstvene zaštite žena.

Obrazloženje:

Obveza praćenja promjene broja opredijeljenih osiguranih osoba je utvrđena za druge djelatnosti a ne i za zdravstvenu zaštitu žena.

Ujedno predlažemo u istome članku utvrditi i obvezu HZZO-a da do određenog datuma tekućeg mjeseca za protekli mjesec provede praćenje i usklađivanje broja opredijeljenih osiguranika po timu.

Smatramo neophodnim i propisati obvezu HZZO-a da osigura dostupnost dnevno ažuriranih podataka o obveznom i dopunskom osiguranju osiguranika u skrbi.

Odgovor HZZO-a:

HZZO prihvaća potrebu rješavanja navedenih pitanja i ističe da će dio njih biti riješen uključivanjem preostalih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite na sustav CEZIH-a.

Članak 25.

Tražimo da se u stavku 2. ovoga članka visina prosječne stope bolovanja od 3% razradi tj. specificira na način da bude jasno vidljivo koji su čimbenici uključeni odnosno isključeni (primjerice: bolovanja za njegu, pratnja bolesnika, ginekološka bolovanja...).

Obrazloženje:

Vežano uz praćenje prosječne stope bolovanja ističemo kako nisu posebno izdvojena ginekološka i pedijatrijska bolovanja niti je posebno naznačena obveza zasebnog praćenja prosječne stope bolovanja u navedenim djelatnostima.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe kako navedena stopa bolovanja ne uključuje komplikacije u trudnoći te ističe kako se očekuje priključivanja ginekoloških timova na sustav CEZIH-a do 1.6.2010.

Članak 26.

Podržavamo primjetno povećanje iznosa za lijekova po osiguranoj osobi u općoj/obiteljskoj medicini te zdravstvenoj zaštiti predškolske djece no naglašavamo potrebu povećanja prosječnog iznosa za lijekove u djelatnosti zdravstvene zaštite žena.

Obrazloženje:

Naime, predviđen iznos od 24,84 kune po osiguranoj osobi u djelatnosti zdravstvene zaštite žena nije dovoljan s obzirom da u toj djelatnosti ima također starijih grupa koje zahtijevaju više iznose (HNL, osteoporozna, inkontinencija,...)

Odgovor HZZO-a:

Prosječni iznosi sredstava za lijekove u djelatnosti zdravstvene zaštite žena utvrđeni su temeljem konkretnih pokazatelja potrošnje za lijekove u navedenoj djelatnosti u proteklom razdoblju.

Članak 27.

Smatramo potrebnim definirati način na koji se utvrđuju prosječni iznosi sredstava za specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu po osiguranoj osobi s obzirom da nema jasno utvrđene vrijednosti internih uputnica; nejasan je njihov utjecaj na prosječne iznose sredstava za SKZ zaštitu, odnosno, utjecaj troškova „izvorne“ uputnice za kompletan pregled u SKZ-u.

Nadalje, potrebno je uskladiti iznose sredstava za SKZ zaštitu po osiguranoj osobi u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece u dobnoj skupini od 0 do 7 godina.

Nastavno, tražimo da se uveća predloženi iznos sredstava za SKZ zaštitu po osiguranoj osobi u djelatnosti zdravstvene zaštite žena.

Obrazloženje:

Uzimajući u obzir da je vrijednosti sredstava za SKZ zaštitu u djelatnosti opće/obiteljske medicine u usporedbi sa zdravstvenom zaštitom žena višestruko veća za istu dobnu skupinu (7-45 godina), a uvažavajući specifičnosti ginekološke kazuistike (primjerice: veliki broj zdravih trudnica za koje su nužni cervikalni brisevi, veliki broj žena u perimenopausalnoj dobi), predlažemo uvećanje vrijednosti sredstava.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da u navedenom članku radi samo o praćenju potrošnje te da iskazane vrijednosti u djelatnosti zdravstvene zaštite žene odgovaraju prosječnim iznosima specijalističko-konzilijarne zaštite na koju upućuju ginekolozi.

Članak 28.

Predlažemo da se obveza praćenja opravdanosti propisivanja pomagala od strane izabranog doktora propisana u stavku 3. navedenog članka odnosi samo na ona ortopedska pomagala koja izabrani liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti samostalno propisuju.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da se navedena obveza praćenja odnosi samo i isključivo na ona pomagala koja izabrani liječnici samostalno propisuju.

Članak 42.

Protivimo se predloženom smanjenju godišnjeg iznosa sredstava standardnog tima ugovorenog u djelatnosti opće/obiteljske medicine kao što je u uvodu ovome dokumentu već i obrazloženo navedeno. Naime, godišnja vrijednost tima kako je predložena ovim aktom predstavlja znatno smanjenje, a prikaz iz tablice 1.1. ne predstavlja pravu sliku potreba tima primarne zdravstvene zaštite.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da polazna osnovica za ugovaranje polazi od vrijednosti iz 2008. godine te da su istoj dodani odgovarajući postoci za dodatne aktivnosti (10% + 10%).

Članak 43.

Protivimo se predloženom smanjenju godišnjeg iznosa sredstava standardnog tima ugovorenog u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece.

Smatramo potrebnim pojasniti zašto je timovima u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece omogućeno ostvarivanje samo 5% od standardnog iznosa novčanih sredstava temeljem ugovorenih aktivnosti domom zdravlja. Nejasno je kako je zamišljen opseg i način sudjelovanja pedijataru u radu centara opće medicine domova zdravlja.

Nadalje, mišljenja smo da mogući prihod tijekom 2010. godine u sveukupnom iznosu mora biti izjednačen po specijalnostima; dakle, jednaki iznos za specijalistu obiteljske medicine, pedijatra i ginekologa jer je podjednaka zastupljenost ispunjavanja raznih administrativnih zaduženja (primjerice kod pedijataru: potvrda za polazak u vrtić, potvrda o bavljenju sportom ili drugim aktivnostima, ispričnice za izostanak iz vrtića ili škole itd.)

Također predlažemo da HZZO u predstojećem ugovornom razdoblju provede praćenje i po potrebi korekciju plaćanja izvršenih DTP postupaka u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece jer je izvjesno da će se u praksi pojaviti nemogućnost ostvarivanja maksimalnog iznosa prihoda temeljem postojećih popisa usluga i cijena DTP postupaka.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da su u popisu DTP u primarnoj zdravstvenoj zaštiti utvrđena 2 nova postupka upravo za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece.

Razlika u postotku za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja vezana je uz činjenicu da za pedijatrijske timove nije predviđena obveza sudjelovanja u radu „centara opće medicine“ domova zdravlja.

HZZO će razmotriti mogućnost i način sudjelovanja pedijatrijskih timova u dežurstvima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Članak 44.

Protivimo se predloženom smanjenju godišnjeg iznosa sredstava standardnog tima ugovorenog u djelatnosti zdravstvene zaštite žena.

Smatramo potrebnim pojasniti zašto je timovima u djelatnosti zdravstvene zaštite žena omogućeno ostvarivanje samo 5% od standardnog iznosa novčanih sredstava temeljem ugovorenih aktivnosti domom zdravlja.

Kao što je navedeno uz članak 43, također smatramo potrebnim pojasniti zašto je za timove u djelatnosti zdravstvene zaštite žena predviđena samo 1/3 iznosa godišnje naknade za administrativne poslove utvrđene za djelatnost opće/obiteljske medicine.

Odgovor HZZO-a:

Razlika u postotku za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja vezana je uz činjenicu da za ginekološke timove nije predviđena obveza sudjelovanja u radu „centara opće medicine“ domova zdravlja.

Članak 46.

Predlažemo da se u tablici 1.5 izvrši oblikovanje dvije dobne skupine: 0 - 4 godina te 4 - 7 godina, uz preporuku da se uvećana sredstva od 15 % rasporede tako da se 4/5 odnose na dobnu skupinu od 0 - 4 , a 1/5 na dobnu skupinu od 4 - 7 god.

Obrazloženje:

Navedeno uz članak 23.

Odgovor HZZO-a:

HZZO će razmotriti navedeni prijedlog kao i ostale prijedloge vezane uz predložene novine u organizaciji zdravstvene zaštite predškolske djece.

Članak 47.

Uvođenje novčanog limita dovodi u pitanje smisao standarda broja osiguranika.

Naime, nejasno je uvođenje maksimalnog godišnjeg iznosa sredstava u djelatnostima primarne zdravstvene zaštite budući da je uslijed specifične strukture osiguranika u skrbi moguće ostvarivanje većih iznosa novčanih sredstava. Istodobna primjena obaju principa vodi umanjivanju vrijednosti rada liječnika.

Maksimalna godišnja vrijednost tima osnovom broja opredijeljenih osiguranih osoba treba biti za sve specijalnosti jednaka tako da predlažemo da se taj iznos za pedijatrijski i ginekološki tim izjednači s timom obiteljske medicine.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da su vrijednosti dobivene temeljem izračuna idealne strukture osiguranika u timu te da navedeni iznosi u praksi neće predstavljati značajno ograničenje funkcioniranja timova.

Članak 48.

Hrvatska liječnička komora smatra odredbu ovoga članka **u potpunosti neprihvatljivom**; naime višekratno je izrazila mišljenje kako je obveza HZZO-a preraspodijeliti višak osiguranika sukladno novim standardima i normativima u svim timovima ugovorenim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a sukladno etički prihvatljivim kriterijima. Prebacivanje odgovornosti na liječnike za rješavanje viška opredijeljenih osiguranika predstavlja narušavanje odnosa liječnik-bolesnik i jedino se može razumjeti ukoliko je namjera predlagatelja zadržati sadašnje stanje ali bez plaćanja obavljenog rada.

Odgovor HZZO-a:

HZZO smatra da administrativna preraspodjela osiguranika predstavlja zadiranje u pravo na slobodan izbor liječnika te će pokušati razraditi obostrano prihvatljivo rješenje.

Članak 49.

Načelan stav Komore već je izražen u uvodnim primjedbama pa ponavljamo prijedlog da se ubuduće svaki novi prijedlog dijagnostičko - terapijskog postupka (DTP) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti prethodno dostavi Komori na očitovanje kako bi se utvrdilo da li postoji kompetencija izvršitelja za obavljanje navedenog DTP-a obzirom na licencu koju posjeduje.

Odgovor HZZO-a:

HZZO prihvaća prijedlog Komore.

Članak 50. i 51.

Hrvatska liječnička komora naglašava neprihvatljivost i neslaganje s predloženim odredbama članka 50 i 51. iz razloga već navedenih u uvodnim primjedbama pod točkom 3. te predlažemo iste brisati.

Obrazloženje:

Način ugovaranja aktivnosti s domom zdravlja u pojedinim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite, kao i sadržaj navedenih aktivnosti i popis subjekata koji provode pojedine mjere, treba biti jasno definiran i određen sukladno važećim zakonskim odredbama.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da grupne privatne prakse nije predviđene u aktima za ugovaranje te da će dodatno razmotriti usklađenost navedenih članaka s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Članak 53.

Naglašavamo potrebu da način ugovaranja aktivnosti s domovima zdravlja, opseg i sadržaj istih bude precizno definiran i ravnopravan za sve pružatelje primarne zdravstvene zaštite tj. liječnike iz svih djelatnosti.

Obrazloženje:

Naime, ugovaranje spomenutih aktivnosti bi trebalo slijediti osnovna načela obveznih odnosa; slobodnu volju ugovornih strana i ravnopravnost kao minimalne preduvjete te osigurati pravednost u vrednovanju rada.

Primjerice, doktor koji u skrbi ima veliki broj osiguranih osoba će biti znatno više nagrađen za isti rad od doktora koji ima mali broj opredijeljenih osiguranika – i jedan i drugi s 10% svoje glavarine što u apsolutnom iznosu može biti i više od dvostruke razlike. Neprihvatljivo je moguće drastično različito nagrađivanje za isti posao.

Članak 56.

Potrebno je precizirati način plaćanja domovima zdravlja odnosno metodologiju izračuna limita.

Odgovor HZZO-a:

Plaćanje domova zdravlja biti će provedeno u prema vrijednosti standardnog tima, a liječnici zaposleni u domovima zdravlja bit će plaćeni prema kolektivnim ugovoru.

Dom zdravlja će za svaki tim dobivati iznos u vrijednosti standardnog tima te će moći ostvarivati i dodatna sredstva prema strukturi mogućih prihoda za standardni tim.

HZZO će razmotriti prijedlog da se novčana sredstva s osnove ugovorenih aktivnosti s domom zdravlja ne zadržavaju na računu doma zdravlja već odmah prosljeđuju i isplaćuju liječnicima.

Članak 57.

Smatramo da bi indeksacija metodološki trebala biti poticaj liječnicima za bolji rad, a ne moguće sredstvo kažnjavanja budući da idejno nije ustrojena u ostalim dijelovima sustava.

Predlažemo i da se utvrdi dulje razdoblje unutar kojega će se kontrolirati pridržavanje pojedinih elemenata odnosno obveza koje ulaze u to mjerenje indeksa urednog izvršavanja ugovornih obveza.

Smatramo da se samo u slučajevima neopravdanog prekoračenja pojedinih pokazatelja ima mjesta primjeni umanjena mjesečnih sredstava.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da se pokazatelji koji utječu na indeks urednog izvršavanja ugovornih obveza pratiti na tromjesečnoj razini, a ne mjesečnoj.

Članak 65.

Nastavno na ranija nastojanja, Komora predlaže da se utvrdi godišnja vrijednost tima specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite (bolničke i izvanbolničke).

Obrazloženje:

Usvajanje gore navedenoga pokazat će stanje funkcioniranja ugovornih specijalističkih timova i njihovu podcijenjenost te mogućnost podmirivanja svakomjesečnih troškova tima specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (troškovi tima, najamnina, administrativni troškovi, informatizacija, materijalni troškovi).

Odgovor HZZO-a:

Godišnja vrijednost tima utvrđuje se posebnom odlukom Upravnog vijeća HZZO-a.

Članak 66.

Predlažemo u tablici 3.1. u popis dijagnostičko-terapijskim skupina (DTS) uvesti nove koeficijente za DTS u bolničkom sustavu kako slijedi:

- Transplantacija jetre s vrlo teškim KK : 54,01
- Transplantacija bubrega s vrlo teškim KK: 20,40
- Kombinirana transplantacija bubrega i gušterače bez vrlo teških KK: 20,40

- Kombinirana transplantacija bubrega i gušterače s vrlo teškim KK: 32,34
- Kombinirana transplantacija bubrega i jetre: 54,01

Smatramo potrebnim iznaći mogućnost priznavanja stvarnih troškova liječenja za slučajeve kada je trošak značajno veći od cijene priznate prema DTS sustavu.

Predlažemo da se to omogući u slučajevima, kada je taj trošak najmanje 2 x veći od DTS-a.

Također predlažemo uvesti DTS šifre i koeficijente za slijedeće postupke:

- Totalna peritonektomija (operacija po Sugar-Bakeru): 32,00
- Ugradnja totalne proteze kuka minimalno invazivnom tehnikom: koeficijent viši od klasične bescementne endoproteze

Smatramo potrebnim ujedno povećati koeficijente za slijedeće DTS postupke: G01A, G01B, G02A, G02B, G03A, G03B, G03C, G60A, G60B, G61A i G61B i to za 30%

Nadalje, u tablici 3.1. je potrebno propisati posebne DTS kategorije za intenzivno liječenje jer bez toga se umanjuje kvaliteta rada i vrednovanje usluge liječnika.

Odgovor HZZO-a:

HZZO će pažljivo razmotriti i proanalizirati zaprimljene prijedloge te po potrebi izvršiti odgovarajuće korekcije.

Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Napominjemo da bi po našem mišljenju sanitetski prijevoz bi trebalo jasnije definirati te pojasniti njegov položaj unutar doma zdravlja budući da se u ovom Pravilniku navodi samo kao dio hitne medicinske pomoći.

Odgovor HZZO-a:

HZZO očekuje da će se razdvajanje djelatnosti provesti uporedo s novim ustrojem hitne medicinske pomoći.

Članak 10.

Nejasna je uloga i razlozi uvođenja Centara opće/obiteljske medicine, kao i subjekti koji bi trebali sudjelovati u radu takvog centra, radno vrijeme i način plaćanja. Zbog svih navedenih nejasnoća predlažemo ove centre ili preciznije urediti ili izbrisati iz akata za ugovaranje.

Članak 11.

U ovome članku, stavku 3. preciziran je samo broj laboratorijskih pretraga tima opće/obiteljske medicine, a nije naveden broj laboratorijskih pretraga za djelatnost ginekologije te predlažemo iste uvrstiti.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da je navedeno usklađeno s Hrvatskom komorom medicinskih biokemičara.

Članci 15. i 16.

Hrvatska liječnička komora inzistira na ukidanju pripravnosti, a podredno na podjednakoj uključenosti liječnika svih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u organizaciju hitne medicinske pomoći.

Obrazloženje:

Smatramo da u slučaju potrebe za sudjelovanjem u dežurstvu radi pružanja izvanbolničke hitne medicinske pomoći svi liječnici trebaju biti jednako plaćeni za svoj rad. Postojeći način provedbe dežurstva se u praksi pokazao kao nemoguć i neprovediv.

Ukoliko liječnik ne boravi neposredno na lokaciji obavljanja pripravnosti, onda pripravnost nije ništa drugo već neplaćeno dežurstvo, gotovo besplatan rad u najčešće u nemogućim uvjetima i bez prava na slobodan dan nakon dežurstva uz trajnu mogućnost kažnjavanja zbog stručne pogreške uslijed iscrpljenosti.

Članak 17.

Predlažemo da se u tablici pod rednim brojem 2. uz postupak pod nazivom S C-Reaktivni protein briše posebna napomena.

U istoj tablici predlažemo nadodati u popis postupaka i usluga u laboratorijskoj dijagnostici: HbA1C, total PSA, free PSA, indeks PSA.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da je navedeno usklađeno s Hrvatskom komorom medicinskih biokemičara te poziva Komoru da postizanje međukomorskog dogovora o navedenom pitanju.

Pojedini od traženih postupka pripadaju specijalističkoj laboratorijskoj dijagnostici.

Članak 19.

U tablici pod rednim brojem 4. u djelatnosti zdravstvene zaštite žena broj receptata i uputnica utvrdi u iznosu od 1,0 po osiguranici.

Ujedno predlažemo da se po analogiji kao što je to učinjeno u djelatnosti zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja isti broj receptata i uputnica primjeni na djelatnost školske medicine.

Članak 26.

U stavku 3. predlažemo izmijeniti na način da glasi:

„Broj postelja utvrđen na način propisan stavkom 2. ovoga članka raspoređuje se ovisno o strukturi djelatnosti unutar bolničke ustanove“

Obrazloženje:

S obzirom na različitost bolničkih zdravstvenih ustanova nije moguće provesti razdiobu broja postelja sukladno predloženom omjeru.

Odgovor HZZO-a:

Navedena mogućnost već je kao iznimka predviđena u članku.

Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 3.

Tražimo da se u popisu mjerila za primjenu posebnih standarda u primarnoj razini zdravstvene djelatnosti uzmu u obzir i obilježja vezana za visinu sredstava za osnovno financiranje (hladni pogon) kao što je to učinjeno za sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene djelatnosti u članku 9. stavku 1. točki 8. Odluke.

U istome članku tražimo i da se u stavku 1. točki 4. unutar obilježja vezanih za pojedinu zdravstvenu djelatnost doda i kriterij udaljenosti škola od sjedišta ambulante odnosno broj škola po jednom timu.

Članak 6.

Smatramo potrebnim jasnije odrediti na koji način će se ugovarati „tim bez nositelja“ prema „stvarnom broju opredijeljenih osoba“ ako Mreža javne zdravstvene službe u djelatnosti zdravstvene zaštite žena se iz objektivnih razloga ne može popuniti.

Članak 7.

Smatramo potrebnim pojasniti termin „značajno već broj“ te izraziti ga u postocima.

Odgovor HZZO-a:

HZZO ističe da će u posebno povjerenstvo koje utvrđuje primjenu posebnih mjerila za utvrđivanje posebnih standarda uključiti i predstavnika nadležne komore.