



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Rezultat postupka savjetovanja s javnošću u procesu donošenja Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja – sažetak primjedbi i prijedloga

Naziv tijela/ime i prezime osobe koje/a je dostavilo/a primjedbu/ prijedlog	Načelne primjedbe i prijedlozi te članci na koje su izjavljene primjedbe (članci na koje nije bilo primjedbi nisu prikazani)	PRIHVAĆENO / NIJE PRIHVAĆENO uz obrazloženje
Marko Rasulović	<p>Poštovani gospodo,</p> <p>Nakon bankrota Uljanika i sličnih mastodonata naslijeđenih i nastavljeno financiranih iz državne blagajne svakako bi Vam trebalo skrenuti pažnju, da su javno zdravstvene ustanove (uz mirovine,naravno) najveći „potrošač“ na državnim jaslama, koji zbog svog privilegiranog položaja isisava enormna sredstva, a ne proizvodi za to svima dostupnu i dovoljno kvalitetnu uslugu.</p> <p>Korisniku ili osiguraniku potpuno je svejedno kakav je oblik vlasništva ustanove u kojoj dobiva zdravstvenu uslugu, ako je ona kvalitetna i brza. Dapaće za zdravstveni sustav obaveznog osiguranja jeftinije je i bolje da ne sudjeluje u investicijskim troškovima izgradnje i opremanja lječilišnih kapaciteta(tu mislim na cjelu skalu od PZZ ordinacija do kliničkih bolnica), jer te troškove moraju snositi drugi: od pojedinca privatnika,privatnih tvrtki, lokalne zajednice, humanitarnih udruga do države.</p> <p>Uvjeti poslovanja sa obaveznim osiguranjem svima bi trebali biti jedanaki.</p> <p>Briga za jednakost i dostupnosti zdravstvene zaštite treba biti briga lokalne zajednice i države (ministarstva), a ne osiguravatelja, a isto</p>	<p>Nije predmet rasprave.</p> <p>Ova pitanja i prijedlozi uređuje se drugim propisima.</p>

tako i financiranje rada takovih Ustanova ukoliko se one ne mogu uzdržavati od plaćanja usluga bilo osiguravatelja, bilo pacijenata.

Za opće zdravstveno blagostanje građana i osiguranika važno je da oni imaju mogućnost dobivanja usluge i samo-izbora davatelja usluge. Važno je da postoji princip solidarnosti uz obavezno zdravstveno osiguranje, ali je nakaradno da ustanova obaveznog „prisilnog“ osiguranja još i osiguranicima određuje gdje će za sredstva koja izdvajaju za obavezno zdravstveno osiguranje tražiti i dobiti uslugu!

Vodstvu HZZO-a želim skrenuti pažnju na izbore koji se permanentno, već petnestak godina odvijaju u sferi Primarne zdravstvene zaštite na "glasačkim" listićima HZZO-a, koji se zovu: "IZJAVA o izboru/promjeni izabranog doktora"

Dakle na tim "izborima" suvereno pobjeđuje sa najmanje 70 posto glasova "stranka" privatnih liječnika primarne zdravstvene zaštite-bivših koncesionara, a sada vlasnika Ugovornih ordinacija..

Pobjeđivali bi sa još većom razlikom, ali "izborni odbori" su varali na izborima, pa su glasove osiguranika-pacijenata **bez** opredjeljenja i samostalnog izbora osiguranika predavali Ravnateljima lokalnih Domova zdravlja.

Otimanje „glasova“ već opredjeljenih osiguranika liječnicima za koje su se opredjelili, i tjeranje silom nakon navršene 65 godine života u mirovinu bilo je pravilo.

Tako se izazivala šteta i u mirovinskom i u zdravstvenom sustavu, sve zaogrnuo brigom o zaštiti socijalnog sustava i usput je nastao problem zbog sve većeg manjka liječnika!

Naravno da su najveću štetu trpili i još uvijek trpe pacijenti ,ali i ugovorni liječnici (koncesionari)koji su za otvaranje opremanje ordinacija uložili vlastiti prostor i novac.

Županijski Domovi zdravlja imaju previše“uhljeba“ po „vezi“ zaposlenih servisnih službi pa se liječnici ne uspijevaju svojom kvalitetom, zbog nedostatka sredstava i ograničenja u nabavi materijala i aparata, nametnuti stanovništvu.

Županijski uredi za zdravstvo i ravnatelji fiktivno upisuju i tako dopunjavaju ordinacije domova zdravlja osiguranicima koji pojma nemaju da su prebačeni liječnicima, koje **NISU sami** izabrali i **NIKAD** ne koriste usluge kod tako nametnutih liječničkih timova.

Na taj način privatnici (koncesionari) u vlastitim prostorima **ne** mogu popunjavati svoje slobodne kapacitete do standardnog tima ,a ravnateljima Domova zdravlja to je omogućeno!?

Najgore u svemu tome je što HZZO-plaća glavarinu za takve timove , a sredstava onda nedostaje za vitalne potrebe.

Dakle treba izjednačiti način na koji se u HZZO-u ugovaraju timovi u privatnim i javnim ustanovama!

Prava vlasnika Ugovornih ordinacija treba izjednačiti sa pravima ravnatelja domova zdravlja!

Srećom sredinom svibnja 2018g.stupila je na snagu GDPR(Opća uredba o zaštiti podataka...itd) kojom bi osiguranici prijavljeni u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite trebali imati zaštićene svoje osobne podatke od neovlaštenog prijenosa!

Za to oni ispunjavaju posebne formulare.“Privole za obradu osobnih podataka“ .Koje bi mogle zamjeniti ranije spomenute „IZJAVE...!

Većina župana i gradonačelnika biračima obećavaju Mickey Mouse sustav javnog zdravstva po principima kakvi funkcioniraju bez problema jedino u Sjevernoj Koreji. Plaše narod amerikanizacijom zdravstva, kao da između Hrvatske i USA ne postoji nekakva Belgija,Nizozemska,Austrija, Francuska itd...

Mislim da bi „Belgijanizacija“ ili „Austrizacija“ zdravstva bila ispravniji put od uhljebljivanja nepotrebnih uposlenika!

Koncesionari u vlastitim prostorima,rade redovito do 12 sati na dan u bolje opremljenim ordina- cijama premašuju limite, ostvaruju i; sram ih budi- profit; koji im onda kroz porez, prirez,spomeničku rentu,naknadu za šume itd., djelomično ,oduzima lokalna samouprava(te namete javne zdravstvene ustanove nemaju). Posebna je priča koncesijska naknada, koju su koncesionari plaćali direktno za znavljanje opreme, jedino Domova zdravlja.

Koncesionarima je također bio zapriječen pristup Europskim fondovima i decentraliziranim sredstvima, pa su svoju opremu znavljaju gotovinom ili kroz komercijalne kredite poslovnih banaka,ali ipak ,su njihove ordinacije daleko bolje opremljenije od ordinacija u Domovima zdravlja.

Pri kraju radnog vijeka , iako im je kocesija još uvijek vrijedila, liječnici koncesionari **nisu mogli** uvesti u koncesiju svoje naslijednike koje su do- educirali kroz zajednički staž; nego i ovi, iako se pacijenti za njih odlučuju , završavaju nezaposleni ili emigriraju.

U Hrvatskom javnom zdravstvu prema navodima,dr. Dražena G. kontrolora u HZZO-u radi 7000, službenika-uhljeba koji nemaju

	<p>nikakvu medicinsku edukaciju, ne sudjeluju u liječenju, troše novac iz doprinosa, a medicinske sestre obavljaju većinu administrativnih poslova u ordinacijama. Iz toga izvodi podatak od oko 2,5 milijardi kuna troška koje se gube zbog takvih koruptivnih i uzaludnih troškova.</p> <p>Primjer kako neracionalno funkcionira županijsko zdravstvo: svaki DZ ili druga javna zdravstvena ustanova u svakoj pojedinoj županiji ima svoje knjigovodstvo. Naravno da su neefikasni i nekvalitetni. Na primjer u Grazu imaju holding 21 bolnice s oko 2mlrd EUR-a godišnjeg prometa: jedna uprava, jedno računovodstvo itd.</p> <p>Za prazne prostore i kapacitete u domovima zdravlja izlaz je da se daju u najam ili koncesiju liječnicima specijalistima koji bi bili u ugovoru sa HZZO-om, tako da budu međustanica, neka vrst trijaže između primaraca i bolničkih liječnika kako bi se odteretila skupa bolnička zaštita.</p> <p>Nadam se da ćete ove moje dobronamjerne primjedbe uzeti u obzir prilikom pisanja novih zakona i propisa.</p>	
<p>HUUGO Predsjednica Josipa Rodić</p>	<p>Organiziranje i plaćanje posebnih dežurstava u PZZ predstavlja nadstandard za koji nije zadužen HZZO već regionalna i lokalna samouprava! Dakle: ako županije i grad Zagreb žele imati posebna dežurstva, moraju za to osigurati sredstva. Cijene predložene od strane HZZO su približno jednake onima prema Kolektivnom ugovoru za javno zdravstvo te smo s njima suglasni. Uz opasku: da domovi zdravlja moraju osigurati potrošni materijal, opremu i minimalno tehničke uvjete prema Pravilniku. U ugovorima o dežurstvu s privatnim ugovornim liječnicima domovi zdravlja moraju ponuditi upravo navedene iznose a ne dio iznosa državati za sebe.</p>	<p>Nije predmet rasprave.</p>
<p>Specijalna bolnica za plućne bolesti Ravnatelj Prim.dr.sc. Marinko Artuković</p>	<p>zahvaljujemo na prijedlogu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (članak 7) vezano za uvođenje nove kategorije „kronično kritično bolesnog pacijenta“, tj. DBL 25.</p> <p>Upravo je Specijalna bolnica za plućne bolesti (dalje: Bolnica) prva pokrenula, još 2017. godine, prijedlog za uvođenje ove kategorije pacijenata, obzirom da Bolnica dugi niz godina u sklopu Odjela za intenzivnu medicinu skrbi o ovoj kategoriji kompleksnih pacijenata</p>	<p>Djelomično prihvaćeno.</p> <p>Povećan broj dana do kojeg se može ispostavljati račun za DBL25, s 21. na 30. dana.</p> <p>Kako za navedeni oblik liječenja Ministarstvo zdravstva nije utvrdilo minimalne uvjete za obavljanje zdravstvene djelatnosti, odnosno</p>

ovisnih o respiratoru. Skrb o ovim pacijentima, na žalost, Bolnici donosi velike financijske gubitke, kao što je prezentirano u ranijim dopisima.

Iznosimo **primjedbu na predloženu duljinu trajanja liječenja kronično kritično bolesnog pacijenta na trajnoj mehaničkoj ventilaciji (DBL25)** definiranu člankom 7. u Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Prijedlog da se DBL25 može zaračunati najduže 21 dan nije u skladu s definicijom kronično kritično bolesnog pacijenta.

Radi se o pacijentima koje zaprimamo najčešće iz JIL-ova drugih akutnih ustanova, a njihova skrb ne može biti ograničena na 21 dan. Naime, prema definiciji, ali i prema našem dugogodišnjem iskustvu, ovi se pacijenti liječe od nekoliko mjeseci do nekoliko godina. Cijeli tijek liječenja traži integrativni pristup intenzivnog liječenja i palijativnog pristupa.

Specijalna bolnica za plućne bolesti pokrenula je proceduru priznavanja novog DBL-a, jer se upravo ovdje liječe pacijenti navedenih karakteristika, a liječenje često traje godinama. Prihvatanjem predloženog teksta, Bolnica bi se od strane HZZO-a isključila iz mogućnosti njihova liječenja (jer se predlaže duljina liječenja 21 dan).

Osiguravatelj je obavezan utvrditi i osigurati, prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, cijenu zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost pojedine zdravstvene usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Obzirom da je, dosadašnjim postupanjem, utvrđena stvarna cijena liječenja kronično kritično bolesnog pacijenta, mora se osigurati njezina primjena u Specijalnoj bolnici za plućne bolesti, gdje se ovi pacijenti liječe. Ograničavanjem duljine liječenja na 21 dan isto neće biti moguće.

U prilogu dostavljamo Mišljenje i obrazloženje Hrvatskog društva za respiratornu fizioterapiju pri Hrvatskom zboru fizioterapeuta o predloženoj duljini trajanja liječenja kronično kritičnog bolesnika

nije utvrđena niti djelatnost u kojoj bi se takvi pacijenti liječili, nakon objave Odluke upoznat ćemo Ministarstvo zdravstva s potrebom donošenja standarda i normativa potrebnih za liječenje ovih bolesnika, kako bismo cjelovito riješili problematiku koju u svojim primjedbama ističe Specijalna bolnica za plućne bolesti, odnosno nadležna stručna društva.

	<p>(DBL25) u bolničkim uvjetima te mišljenje i prijedlog Sekcije za kronično kritično bolesnog pacijenta Instituta za palijativnu medicinu.</p> <p>Stoga predlažemo da se razmotri sve navedeno te prihvati mišljenje Instituta za palijativnu medicinu, Sekcije za kronično kritično bolesnog pacijenta, da se DBL 25 primjenjuje bez ograničenja duljine liječenja, isključivo u Jedinici za intenzivnu medicinu, uz evaluaciju od strane specijaliste intenzivne medicine svakih 90 dana.</p>	
<p>Institut za palijativnu medicinu</p> <p>Predsjednik Sekcije za kronično kritično bolesnog pacijenta</p> <p>Prof.dr.sc. Ino Husedžinović</p>	<p>slijedom Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznosimo primjedbu na predloženu duljinu trajanja liječenja kronično kritično bolesnog pacijenta na trajnoj mehaničkoj ventilaciji (DBL25). Prijedlogom da se DBL25 može zaračunati najduže 21 dan nije u skladu s definicijom kronično bolesnog pacijenta.</p> <p>Naime, prema definiciji kronično kritično bolesnog pacijenta radi se o pacijentu koji je preživio akutnu kritičnu bolest, ali zbog i dalje prisutnih organskih disfunkcija zahtjeva visoku razinu specijalizirane skrbi mjesecima ili godinama (Neil R MacIntyre, Chronic Critical Illness: The Growing Challenge to Health Care; respiratory Care, June 2012 Vol 57 No6).</p> <p>Radi se o pacijentima koji zahtijevaju aktivni multidisciplinarni profesionalni tim i uporabu modernih tehnologija i lijekova tijekom liječenja. Potrebno je provoditi kontinuirani invazivni i/ili neinvazivni monitoring vitalnih funkcija, opetovane medicinske postupke s ciljem prevencije rekurentnih respiratornih i ostalih infekcija kao i postupke kompleksne rehabilitacije s ciljem poboljšanja preostalih funkcija i vraćanja izgubljenih.</p> <p>Ova kategorija pacijenata uobičajeno se premješta s intenzivnih jedinica akutnih bolnica u tzv. „long-term acute hospital“. Upravo zbrinjavanje u jedinicama intenzivnog liječenja koje imaju mogućnost kronične skrbi i liječenja pokazalo se najbolje sa stanovišta</p>	<p>Djelomično prihvaćeno .</p> <p>Povećan broj dana do kojeg se može ispostavljeti račun za DBL25, s 21. na 30. dana.</p>

	<p>osiguravatelja. Također je poznato da su za liječenje potrebni značajni financijski resursi.</p> <p>Kompleksna rehabilitacija uključuje proprioneuromuskularnu facilitaciju, intenzivnu respiratornu fizioterapiju (stimulacija dijafragme i inspiratorni mišićni trening, drenažni položaji, mehanička insuflacija-eksuflacija, visokofrekventna oscilirajuća terapija prsnog koša) i strojnu vertikalizaciju.</p> <p>Potrebna je primjena kombiniranih principa palijativne i intenzivne medicine te liječnici, sestre i fizioterapeuti moraju imati završenu edukaciju iz palijativne skrbi. Radi se o potrebi ne samo ekspertize u modernom intenzivnom liječenju već i natprosječnih timskih i komunikacijskih vještina (Swiss Med Wkly, 2016, The chronic critical illness: a new disease in intensive care). Liječenje se provodi u intenzivnoj ili postintenzivnoj jedinici, pri čemu mora biti osigurano: jedan specijalist na 5 bolesnika, jedan specijalist intenzivne medicine, jedna medicinska sestra na 2 bolesnika, fizioterapeut, radni terapeut.</p> <p>Kako prijedlog Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u odnosu na predloženu duljinu trajanja liječenja kronično kritično bolesnog pacijenta na trajnoj mehaničkoj ventilaciji (DBL25) nije utemeljena, predlažemo da se kod bolničkog smještaja duljeg od 21 dan te nastavno svakih 90 dana učini pisana evaluacija specijaliste intenzivne medicine uz obrazloženje potrebe daljnjeg liječenja po istom DBL-u. Prema predloženom modelu, gubi se smisao šifre za kronično kritično bolesnog pacijenta, jer njegovo liječenje po definiciji traje mjesecima ili godinama.</p>	
<p>Hrvatsko društvo za kardiorespiratornu fizioterapiju Pri Hrvatskom zboru fizioterapeuta</p>	<p>kao prvo izražavamo veliko zadovoljstvo zbog prepoznavanja važnosti definiranja jednog od najkompleksnijih bolesnika u sustavu zdravstva, a to je kronično kritični bolesnik, pojam koji se spominje još 80-ih godina prošlog stoljeća. Liječenje ovakvog bolesnika je zahtjevno i nerijetko dugotrajno. Upravo zbog toga smatramo da nije dovoljna duljina predloženog trajanja liječenja od 21 dana.</p> <p>Obrazloženje:</p>	<p>Djelomično prihvaćeno .</p> <p>Povećan broj dana do kojeg se može ispostavljati račun za DBL25, s 21. na 30. dana.</p>

<p>Snježana Benko, dipl. physioth., PhD(c) Predsjednica Hrvatskog zbora fizioterapeuta Predsjednica Hrvatskog društva za respiratornu fizioterapiju pri HZF-u</p>	<p>Proces fizioterapije u Jedinici intenzivnog liječenja u većini slučajeva započinje u akutnoj kritičnoj fazi bolesti, ukoliko isti nije kontraindiciran zbog nekih specifičnih stanja. U periodu akutne faze provode se fizioterapijski postupci koji za cilj imaju što ranije odvajanje bolesnika od mehaničke ventilacije, očuvanje funkcionalnih sposobnosti i prevenciju komplikacija dugotrajnog liječenja. Ponekad unatoč svim uložnim naporima multidisciplinarnog tima odvajanje od mehaničke ventilacije nije moguće. Prema podacima Sjedinjenih Američkih Država oko 5-20 % bolesnika zaprimljenih u Jedinice intenzivnog liječenja se nikada u potpunosti ne oporave od akutne kritične bolesti te zahtijevaju prolongiranu mehaničku ventilaciju putem traheostome tijekom tri tjedna i više i dugotrajnu skrb, što ih uz brojne druge komorbiditete svrstava pod sindrom kronično kritične bolesti. Duljina trajanja života ovakvih bolesnika se ne može predvidjeti i u nekim situacijama oni žive još mjesecima pa i godinama nakon definiranja kronično kritične bolesti. Cijelo vrijeme potrebno je provoditi postupke fizioterapije poput proprioneuromuskularne facilitacije i intenzivne respiratorne fizioterapije. U suprotnom, takvi bolesnici imaju veliku šansu zadobiti rekurentne infekcije poput pneumonije, razviti dekubituse, kontrakture i u potpunosti izgubiti preostale funkcionalne sposobnosti.</p> <p>U nadi da ćete razmotriti mišljenje Društva i omogućiti duži boravak ovakvim bolesnicima u bolnici, srdačno Vas pozdravljam! U Zagrebu, 03. lipnja 2019.</p> <p>S poštovanjem, Snježana Benko, dipl. physioth., PhD(c) Predsjednica Hrvatskog zbora fizioterapeuta Predsjednica Hrvatskog društva za respiratornu fizioterapiju pri HZF-u</p> <p>REFERENCE:</p>	
---	---	--

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neil R MacIntyre. Chronic Critical Illness: The Growing Challenge to Health Care. <i>Respiratory Care</i>. 2012; 57(6): 1021-102. 2. Loss SH, Marchese CB, Boniatti MM, Wawrzeniak IC, Oliveira RP, Nunes LN. Prediction of chronic critical illness in a general intensive care unit. <i>Rev Assoc Med Bras (1992)</i> 2013;59(3): 241–247. 3. Carson SS, Bach PB. The epidemiology and costs of chronic critical illness. <i>Crit Care Clin</i>. 2002;18(3): 461–476. 4. Loss SH, Oliveira RP, Maccari JG, Savi A, Boniatti MM, Hetzel MP. The reality of patients requiring prolonged mechanical ventilation: a multicenter study. <i>Rev Bras Ter Intensiva</i>. 2015;27(1): 26–35. 5. Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira C, Vieira SRR. Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims? Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? <i>Rev Bras Ter Intensiva</i>. 2017;29(1): 87-95. 6. Kahn JM, Le T, Angus DC, Cox CE, Hough CL, White DB, Yende S, Carson SS. The epidemiology of chronic critical illness in the United States. <i>Crit Care Med</i>. 2015; 43(2):282-7. 	
<p>Hrvatsko društvo za dječju neurologiju HLZ-a</p> <p>prof. dr.sc. Nina Barišić</p> <p>Predsjednica HDDN HLZ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hrvatsko društvo za dječju neurologiju (u daljnjem tekstu HDDN) je od 2013. godine u više navrata predlagalo cjelovito vrednovanje neuropedijatrijskih postupaka, primjereno realnosti njihovog kliničkog izvođenja i s ujednačenim vrednovanjem parametara njihovog stručno korektnog izvođenja, prije svega potrebitog vremena. Zadnji prijedlog sređivanja DTP šifranika za postupke, koji se izvode u neuropedijatrijskoj subspecijalnosti je HDDN predalo HZZO-u 27. lipnja 2018. godine. 2. HDDN je od 2013. godine u više navrata ukazalo na nedostatnosti u DTP šifraniku zbog kojih pojedine provedene SKZZ postupke nije moguće korektno prikazati ili uopće nije moguće prikazati i obračunati, na neujednačenost vrednovanja postupaka, pri čemu su pojedini postupci znatno, prema stvarnosti izvođenja neutemeljeno, vredniji od 	<p>Djeomično prihvaćeno.</p> <p>Nije prihvaćeno dodavanje napomene 28 kod svih postupaka.</p> <p>Korekcije koeficijenata drugih djelatnsoti razmotrit će se s nadležnim stručnim društvima.</p>

drugih (izraženo omjerom koeficijenta po minuti izvođenja, za postupke čiji se režijski troškovi znatno ne razlikuju, a razlika materijalnih troškova ne opravdava veliku razliku vrijednosti koeficijenta i, posljedično, cijene), na raznorodnost definiranja pojedinih skupina DTP šifri (prema vrsti postupka, prema etiologiji stanja i dr., npr. PP005 vrs PP003 i PP004), na redundanciju šifri pregleda (bez ikakve sadržajne (tj. opisne) razlike između pojedinih šifri postupaka, npr. SK001 i SK117, SK002 i SK118, NR006 i NR021/NR022/OL008), kao i na povremene pogreške u opisu šifara.

3. U predloženoj Odluci o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja odluci opetovano nedostaje primjereno šifriranje za pojedine neuropedijatrijske postupke – elektromioneurografiju i test neuromišićne spojnice - zbog čega te postupke nije moguće korektno prikazati.

4. U predloženoj Odluci i dalje nedostaje šifra za otežano izvođenje neuropedijatrijskih pretraga. Pojavnost epileptičnog napadaja tijekom EEG snimanja (iktalni snimak), odnosno neuropedijatrijski klinički pregled djeteta s poremećajem ponašanja iz autističkog spektra, znatno otežava i produljuje izvođenje navedenih pretraga. HDDN je višekratno predlagalo uvođenje korektivnog čimbenika, u zadnjem prijedlogu sređivanja DTP šifrnika za postupke koji se izvode u neuropedijatrijskoj subspecijalnosti u obliku fusnote. Razloga za neprihvatanje prijedloga HDDN-a nema, budući da postojeći DTP šifrnici već poznaju šifre otežanih uvjeta izvođenja pretraga i u neurološkim (pr. NR002) pretragama i u pretragama drugih specijalnosti (pr. PE039).

5. Također, u predloženoj Odluci o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja odluci opetovano nedostaje šifra za amplitudno integrirani EEG. Neizvođenost kod ambulantnih pacijenata nije razlog nepostojanja šifre, jer, primjerice terapijska hipotermija (SK045) ima definiranu DTP šifru.

6. U predloženoj Odluci o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite nije prihvaćena DTP šifra za pripremne i naknadne poslove pri snimanju evociranih potencijala (u zadnjem prijedlogu HDDN-a predložena šifra PE026).

Time se zadržava neusklađeno vrednovanje istovrsnih postupaka kod djece i odraslih, pri čemu su postupci kod djece, iako teži i složeniji za stručno korektnu izvedbu, manje vrednovani i to u omjeru od 1:2 do čak 1:4 (za EOAE i MLR). Također, neprihvatanjem prijedloga uvođenja DTP šifre za pripremne i naknadne poslove pri snimanju evociranih potencijala, vrednovanje izvođenja evociranih potencijala u dječjoj dobi je neprimjereno stvarnosti izvedbe i znatno je manje, no što je bilo u listopadu 2015. godine, upravo za onoliko, kolika je vrijednost neprihvaćenog prijedloga.

7. Predložena Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, s pozornošću na vrijedeći šifarnik DTP postupaka u SKZZ-i zadržava neusklađena vrednovanja pojedinih SKZZ postupaka, čime su neuropedijatrijski, a i neki drugi SKZZ postupci izraženo podcijenjeni. Primjerice, postavljanje nazogastrične sonde (SK036) 16,25 puta vredniji postupak od subspecijalističkog neuropedijatrijskog pregleda (SK123), 34,58 puta vredniji postupak od standardnog EEG snimanja u dječjoj dobi (PE001) i 28 puta vredniji postupak od vanjske masaže srca (SK042), određivanje rezidualnog urina (UZ018) je 2,7 puta vredniji postupak od subspecijalističkog neuropedijatrijskog pregleda (SK123), 4,13 puta vredniji postupak od intrakranijske ultrasonografije (UZ002) i 5,74 puta vredniji postupak od stukturiranih vidnih evociranih potencijala (PE020).

8. U objavljenom DTP šifarniku od 1. travnja 2019. godine djelomično je pogrešno napisan opis šifre PE005 – poziva se na nepostojeću, a ne poziva se na potrebite DTP šifre.

9. U objavljenom DTP šifarniku od 1. travnja 2019. godine nepotpuno je napisan opis šifara PE007 i PE008.

S obzirom na sve navedeno, HDDN predlaže:

10. definiranje DTP šifri jednoznačno, utemeljeno na definiranosti postupka (vrste i opsega), čime bi se dokinula sadašnja raznorodnost;

11. definiranje koeficijenta DTP šifri u ovisnosti o vremenu potrebnom za pregled/ pretragu, čime bi se uspostavila uravnoteženost koeficijenata i izbjeglo da je postupak za čije stručno korektno izvođenje je potrebno kratko vrijeme bude višestruko vredniji od složenog postupka i/ili (sub)specijalističkog pregleda, za čije stručno korektno izvođenje je potrebno znatno više vremena

12. prihvatiti prijedlog HDDN, glede načina označavanja DTP postupaka.

Glede predložene Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja to znači:

13. iza članka 6 dodati članak 6a:

U Tablici 2.2. iz članka 99. stavka 3. podaci pod šiframa PE007, PE008, PE010, PE011, PE017, PE018, PE019, PE020, PE021, PE022, PE023, PE024, PE025, UZ002 mijenjaju se i glase:

Šifra
DTP-a
Naziv DTP-a Opis DTP-a
Fusnote
DTP-a
Koeficijent
PE007
Aktivacijske tehnike u
EEG snimanju kod
djeteta (dodatne)
Dodatne aktivacijske metode
primijenjene tijekom EEG
snimanja. Ne uključuje IFS ni
HV. Može se obračunati samo uz
PE001, PE002 i PE005.
0,78
PE008
EEG - cerebralna
kartografija djeteta
Uključuje računalnu kartografsku
analizu EEG zapisa. Može se
obračunati samo uz PE001,

	<p>PE002, PE003, PE004 i PE005. 0,31 PE010 EMNG okrajina kod djeteta - jednostavna Uključuje EMG analizu do 3 mišića i ENG motornu i/ili senzornu analizu do 3 živca, bez obzira na broj analiziranih segmenata, te sve refleksne analize. Uključuje orijentacijski pregled i pisanje nalaza EMNG pretrage. Ne može se obračunati uz NR016 i NR029. 9, 28 5,21 PE011 EMNG okrajina kod djeteta - složena Uključuje EMG analizu više od 3 mišića i/ili ENG motornu i/ili senzornu analizu više od 3 živca, bez obzira na broj analiziranih 9, 28 7,16 segmenata, te sve refleksne analize. Uključuje orijentacijski pregled i pisanje nalaza EMNG pretrage. Ne može se obračunati uz NR016 i NR029. PE017 ERG djelomičan djeteta Registriranje maksimalnog odgovora ERG. Ne može se obračunati uz PE018 ni uz OL008. 28 2,95 PE018</p>	
--	---	--

ERG kompletan
djeteta
Registriranje svih odgovora ERG.
Ne može se obračunati uz PE017
ni uz OL008.
28 3,88
PE019 VEP - flash djeteta 28 3,72
PE020
VEP - pattern-shift
djeteta
28 6,51
PE021 AEP - EOAE djeteta 28 1,86
PE022 AEP - ASSR djeteta 28 3,88
PE023 AEP - ABR djeteta 28 2,95
PE024 AEP - MLR djeteta 28 2,64
PE025 SEP djeteta
Obračunava se po broju ispitanih
živaca
28 2,64
UZ002
Transkranijski UZV
mozga
16 2,58
14. iza članka 6a dodati članak 6b:
U Tablici 2.2. iz članka 99. stavka 3. podaci pod šiframa FT005 i SK004
mijenjaju se i glase:
Šifra
DTP-a
Naziv DTP-a Opis DTP-a
Fusnote
DTP-a
Koeficijent
FT005
Snimanje i analiza
spontanih pokreta
Provodi dr. med. subspec.
neuropedijatrije ili dr.med.

spec. fizikalne medicine i
rehabilitacije s edukacijom
za snimanje i analizu
spontanih pokreta.

9

SK004

Pregled doktora medicine
specijalista/subspecijalista
- drugo mišljenje
U slučaju traženja
mišljenja drugog
specijalista iste
specijalnosti. Obračunava
se uz šifru odgovarajućeg
pregleda i uvećava njegov
koeficijent za 100%. Ne
uključuje trošak nužno
apliciranih lijekova, osim
dezinficijensa i antiseptika.

11, 18,

28

15. iza članka 6b dodati članak 6c:

U Tablici 2.2. iz članka 99. stavka 3. dodaje se nova napomena (28),
s opisom:

(28) Predviđeno vrijeme pregleda/pretrage i cijena se uvećavaju za
15% za izvođenje pregleda/
postupka u otežanim uvjetima kod djece (izražene smetnje ponašanja,
epi napadaj).

Dodavanje napomene je u potpunom suglasju s već postojećim DTP
šiframa NR002 i PE039.

Osim šiframa navedenim pod točkama 13. i 14. ovog prijedloga,
napomenu (28) pridružiti i šiframa PE001, PE002, PE003, PE004,
PE013-PE016, PE080, SK123

16. ispraviti pogrešno i nelogično napisan opis šifre PE005:

Šifra DTP-a

Naziv DTP-a

Opis DTP-a

	<p>Fusnote DTP-a PE005 EEG - dugotrajno snimanje djeteta Prvi sat EEG ili poligrafskog snimanja djeteta, kod snimanja duljeg od 2 sata. Uključuje kontinuirano videografsko EEG snimanje, sve primijenjene aktivacijske tehnike, kompjutersku obradu EEG-a, sva mjerenja i monitoriranja tijekom pretrage. Obračunava se uz PE079 i PE080. Samo u klinici i specijalnim bolnicama. 17. ispraviti nepotpuno napisan opis šifara PE007 i PE008: Šifra DTP-a Naziv DTP-a Opis DTP-a Fusnote DTP-a PE007 Aktivacijske tehnike u EEG snimanju kod djeteta (dodatne) Dodatne aktivacijske metode primijenjene tijekom EEG snimanja. Ne uključuje IFS ni HV. Može se obračunati samo uz PE001, PE002 i PE005. PE008 EEG - cerebralna kartografija djeteta Uključuje računalnu kartografsku analizu EEG zapisa. Može se obračunati samo uz PE001, PE002, PE003, PE004 i PE005.</p>	
<p>UO Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju - HLZ</p>	<p>Predmet: Očitovanje na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja od 9. svibnja 2019. godine – organizacija posebnog dežurstva</p> <p>Poštovani,</p> <p>Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, stručno društvo primarnih pedijatara HLZ-a , dostavlja svoje mišljenje i prijedloge Nacrta sa naglaskom na specifičnost zdravstvene zaštite djece predškolske dobi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.</p>	<p>Nije predmet rasprave.</p>

Želimo i ovom prigodom naglasiti prenapregnutost pedijatrijske djelatnosti ,jer je vrijeme čekanja na pregled djeteta medicinski neprihvatljivo , a time se povećava i mogućnost stručne pogreške.

Kako bi unaprijedili navedeno , dobrom mjerom držimo , smanjenje standardnog broja osiguranika po pedijatrijskom timu, tim više što su se stekli uvjeti koji su postignuti sa MZ, HLK, HLZ i HZZO i potpisan u Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za ugovorno razdoblje 2009. – 2011.god. , a koji regulira smanjenje standardnog broja osiguranika po pedijatrijskom timu na 850 djece predškolske dobi.

Sadašnjem prijedlogu odluke o izmjenama i dopunama odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja željeli bismo dodati prijedloge koje smo već iskazali u prethodnom e - savjetovanju prilikom stvaranje Odluke o osnovama.... u prosincu 2018. godine, a ti prijedlozi tada nisu uvršteni u tekst Odluke. O istome smo dogovarali na radnom sastanku s ministrom zdravstva Milanom Kujundžićem i predstavnicima HZZO-a (pomoćnikom ravnatelja za zdravstvenu zaštitu Hrvojem Šuškovićem i rukovoditeljicom Odjela za ugovaranje primarne zdravstvene zaštite Jasnom Dvorščak) koji je održan u Ministarstvu zdravstva 17. Svibnja 2019.

U Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 56/17. i 73/17.- ispravak,38/18 i 35/18 - ispravak) u tablici iz članka 17. stavka 1. podaci pod rednim brojem 16. mjenjaju se i glase:

16 Posebno dežurstvo u djelatnosti opće/obiteljske medicine/zdravstvene zaštite predškolske djece 1 dr. med./dr. med. spec.

1 med. sestra/med. tehničar 60.000

Prijedlog:

Posebno dežurstvo u djelatnosti zdravstvene zaštite djece predškolske dobi

Provoditelj : tim

doktor specijalist pedijatrije

med. sestra/ med. tehničar

U regionalnim centrima : Zagreb - 3 tima

Split - 1 tim

Rijeka - 1 tim

Osijek - 1 tim

Obrazloženje:

Djelatnost opće/ obiteljske medicine i zdravstvene zaštite djece su stavljene zajedno ,

kao da se radi o istoj djelatnosti i istoj populaciji te nije jasno gdje je potrebno organizirati posebno dežurstvo opće/ obiteljske medicine , a gdje pedijatrije.

Naime, u tablici 16. djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite djece su navedene zajedno s ciljem organizacije 1 tima posebnog dežurstva na određenu populaciju od 60.000 stanovnika.

Budući da se radi o dvije djelatnosti namijenjene pružanju zdravstvene zaštite različitim dobnim populacijama, ovako propisano organiziranje posebnog dežurstva ukida tu razliku.

Time se otvara mogućnost različitog tumačenja propisa te poteškoća i prijedora u organizaciji posebnih dežurstava na određenim teritorijima , a čemu smo i svjedočili prethodnih godina.

U praksi, u nekim županijama , nije se vodilo računa o provedivosti posebnog dežurstva , prvenstveno obzирnom na broj postojećih pedijatrijskih timova u županijama kao i na udaljenost pacijenata od mjesta dežuranja (npr. Posebno dežurstvo u Puli za pacijente iz Umaga).

Predlažemo de se odvoji posebno dežurstvo opće/obiteljske medicine od posebnog dežurstva zdravstvene zaštite djece predškolske dobi.

Po Zakonu o liječništvu čl. 15 specijalist pedijatar može obavljati liječničku djelatnost iz područja za koje mu nije dano odobrenje za samostalan rad samo u izuzetnim situacijama:

U društveno kriznim situacijama ili u drugim izvanrednim okolnostima kad je njegovo djelovanje neophodno jer je pružanje redovite zdravstvene zaštite onemogućeno,

U hitnim slučajevima kad bi izostanak hitne liječničke intervencije i pomoći trajno ugrozio zdravlje ili život bolesnika i

U okolnostima deficitarne zdravstvene zaštite u kojima se ne može osigurati redovita zdravstvena zaštita.

Kvaliteta i dostupnost usluge u posebnom dežurstvu za djelatnost zdravstvene zaštite djece predškolske dobi zahtjeva definiranje potreba i uvjeta u skladu sa važećim zakonskim propisima: Zakonom o liječništvu, Zakonom o zaštiti prava pacijenata, Pravilnikom o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja, Zakonom o zaštiti na radu, Zakonom o zaštiti osobnih podataka.

Za adekvatno/optimalno pružanje zdravstvene zaštite po tipu posebno organiziranog izvanbolničkog dežurstva potrebno je osigurati dijagnostičku potporu tijekom cijelog trajanja posebnog dežurstva . Do sada to nije bio slučaj ,već se dežura po 12 sati bez laboratorijske dijagnostike .

Potrebno je osigurati mogućnost za opservacijski tretman (prostor za izolaciju sa pripadajućim sanitarnim čvorom)) te osigurati dodatna sredstva za recepte i uputnice, tj. izuzeti ih iz ukupne potrošnje za tim.

Također treba osigurati sredstva za adekvatno vrednovanje rada u dežurstvu, putnih troškova, osiguranje na radu i osiguranje od odgovornosti, kao što treba uložiti maksimalne napore u suradnji sa Hrvatskom liječničkom komorom za izmjenu Kaznenog zakona da se prijetnja, prisila, nametljivo ponašanje i napad na liječnika tretira kao napad na službenu osobu.

Potrebno je potpisati pravovaljani Ugovor o provođenju posebnog dežurstva .

Predlažemo da se posebno dežurstvo zdravstvene zaštite predškolske djece organizira u tri tima u Gradu Zagrebu i po jedan tim u Osijeku, Rijeci i Splitu u kojima tim čine 1 specijalist pedijatar i 1 med.sestra/med.tehničar.

S poštovanjem,

UO Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju -
HLZ