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 obveznog zdravstvenog osiguranja – sažetak primjedbi i prijedloga

Red. br.	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
1.	Miroslav Dragaš	Poštovani Pregledom Nacrta primijetio sam nejednako povećanje koeficijenta za dentalnu medicinu i ostale djelatnosti. S obzirom da je do sada koeficijent za sve navedene djelatnosti bio isti 8,00 eura, smatram da bi i povećanje u istom iznosu bilo korektno, sa 8,00 na 12,00 eura. Posebno ako se uzme u obzir da su troškovi materijala koji se svakodnevno koriste u dentalnoj medicini znatno veći nego u ostalim djelatnostima. Hvala.	Ne prihvaća se. Troškovi materijala koji se koriste za ostvarivanje standardne zdravstvene zaštite su uključeni u cijenu glavarine.
2.	Ivona Pongrac	Poštovani, izražavam zadovoljstvo predloženim povećanjem godišnje vrijednosti standardnog tima u djelatnosti opće/obiteljske medicine te podržavam uvođenje novih dijagnostičko-terapijskih postupaka, što smatram važnim iskorakom u unaprjeđenju primarne zdravstvene zaštite.	Ne prihvaća se. Smatramo povećanje od 50% realnim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem

		Ipak, smatram potrebnim doraditi određene dijelove prijedloga. U članku 3., stavku 6., predlažem da se umjesto povećanja koeficijenta s 8,00 na 12,00 isti povisi na najmanje 15,00 (odnosno razmotriti i višu vrijednost), budući da je sadašnja razina značajno podcijenjena. Takvo povećanje ne bi rezultiralo povećanjem prihoda unutar postojećih limita, ali bi omogućilo realnije fakturiranje usluga, osobito prema stranim osiguravateljima, te bi pridonijelo primjerenijoj valorizaciji rada liječnika obiteljske medicine.	dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.
		Nadalje, predlažem omogućavanje kombiniranja osnovnih pregleda (prvi, kontrolni i prošireni) s dodatnim dijagnostičko-terapijskim postupcima poput konzultacija, savjetovanja, rinoskopije, otoskopije i proširenog savjetovanja kroničnih bolesnika. Time bi se osiguralo točnije i dosljednije evidentiranje stvarno obavljenog rada, osobito u situacijama kada se tijekom pregleda akutnog stanja istodobno provodi i obrada ili savjetovanje vezano uz kronične bolesti. Smatram također opravdanim uvođenje novog postupka koji bi obuhvatio vođenje panela za kroničnu bubrežnu bolest, s obzirom na visoku prevalenciju te bolesti i već postojeće alate za njezino praćenje u ordinacijama obiteljske medicine. Time bi se dodatno vrednovao sustavan rad s kroničnim bolesnicima.	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine.
		Kod pregleda neopredijeljenih pacijenata predlažem povećanje koeficijenta te izdvajanje takvih usluga iz limitiranog sustava plaćanja, budući da oni zahtijevaju više vremena i dodatni angažman zbog nedostatka uvida u medicinsku dokumentaciju.	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te

		Također, važno je osigurati mogućnost kombiniranja DTP-a, ukinuti financijsku odgovornost liječnika za propisivanje terapije koju nisu sami indicirali, te povećati limite za laboratorijsku dijagnostiku i potrošnju lijekova (najmanje 50–100%), u skladu s rastućim brojem kroničnih bolesnika i suvremenim terapijskim mogućnostima. Propisivanje učinkovitijih, ali često skupljih lijekova ne smije dovoditi do financijskih sankcija za liječnike. Ujedno smatram nužnim jasno definirati osiguravanje punog iznosa hladnog pogona za sve timove, neovisno o broju osiguranika u skrbi, kao i razmotriti povećanje naknade za rad u posebnom dežurstvu sukladno općem rastu troškova i opterećenja u sustavu. Zaključno, podržavam predloženi financijski okvir kao nužan korak naprijed, no držim da su predložene izmjene ključne za pravedniju i realniju valorizaciju rada liječnika obiteljske medicine te za održivost i kvalitetu sustava primarne zdravstvene zaštite. S poštovanjem,	se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine. Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
3.	Dana Vlašić DMD	Poštovani Ugovorni sam djelatnik sa radnim stažom od 24 god ,dentalna medicina	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni

		Poštovani zanima me konkretno zašto se ne korigiraju pragovi pacijenata,minimum i maximum konktetno radim u Đurđevcu,demografska promjena je nastupila drastično se smanjio broj stanovnika usljed raapa,raseljavanja i umiranja stanovništva i na region koji trenutno broji oko cca 8500 tis stanovnika ,nas dr dent med ugovornih ima 6 ... Dakle po tome ne možemo imati ni minimum po dosadasnjim standardima osim da se pacijenti ne upisuju iz drugih Županija i širje itd što pak komplicira obavljanje kvalitetne usluge .. U dent med je minumu pacij 1425 a eecimo kod LOM je 1275 a pedijatrija drastično manje Ti su kriteriji važili možda i bili primjereni 2013 g kad jos nije usljedio rascijep stanovništva! Predlažem da cijenjeni hzzo razmotri ovo moje stajalište ,sa kojim se skažu i mnogi moji kolege i da se taj minimalni prag smanji .. Nadalje ,mi polivalentni ugivorni dr dent med koji nemaju specijalizaciju iz oralne kirurgije i ne rade implantate ,kao ja,npr,niti ne mogu tu prihodovati dodatno .nego živimo od HP i glavarine i iz toga obavljamo sve vezano uz potrebite rashode koji se moraju poplaćati,u najmu sam u DZ recimo .naravno uz prihodovanje sa dtpe- ima ostalim plavenim uslugama. Lijepo vas molim da pokušate možda razgraničiti dr dent med koji se dodatno bave sa estetskom stomatologijom i implantologijom od nas koji se sa tim ne bave i samim tim nemamo dodatne prihode.,jer nemamo za te rabote specijalizaciju. Ugl to bi bilo to .u prilogu brojčano stanje i izvajanje iz HP ,koje vi već znate	broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Svi timovi dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) imaju ista prava i obveze te su izračuni sredstava rađeni na tom principu. Specijalisti oralne kirurgije ugovaraju se na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti

Hladni pogon

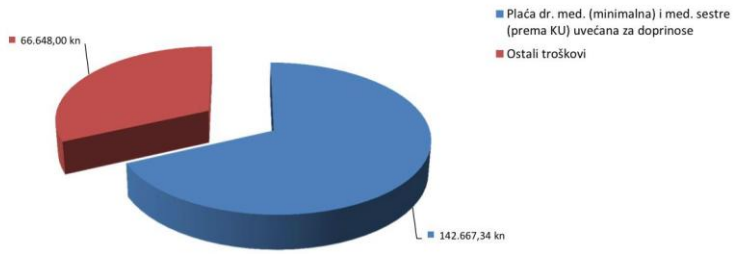
1. Plaća

- Plaća doktora (minimalna plaća, uvećana za doprinose)
- Plaća medicinske sestre prema Kolektivnom ugovoru, uvećana za doprinose

2. Ostali troškovi

- Energija i komunalne usluge (struja,voda,grijanje, komunalna i vodna naknada)
- Zbrinjavanje komunalnog i medicinskog otpada
- Održavanje (tekuće, održavanje informatičkog sustava)
- Trošak telefona i interneta
- Troškovi čišćenja (usluga i materijal za čišćenje ordinacije i zajedničkog prostora)
- Troškovi knjigovodstva
- Zajednički troškovi (administrativno i tehničko osoblje)
- Ostali troškovi (osiguranje od odgovornosti, troškovi pošte, uredski materijal, troškovi dezinfekcije, deratizacije i dezinsekcije, održavanje protupožarnih uređaja
- Naknada za koncesiju

HLADNI POGON
- raspodjela troškova -



1.1. Opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita že i dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna)

Članak 20.

(1) Osnova za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz djelatnc opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, denta zdravstvene zaštite (polivalentne), je ugovor o koncesiji za obavljanje javne zdravstvene službe odgovarajuće rješenje Ministarstva zdravstva o odobrenju za rad i odobrenje za samostalni nadležne komore, kao i broj opredijeljenih osiguranih osoba.

(2) Osnova za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite s domom zdrav za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaš žena i dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) predstavljaju nepopunjena mjesta u mreži nak dodjele koncesije i broj opredijeljenih osiguranih osoba za doktore radnike doma zdravlja.

Članak 21.

(1) Broj osiguranih osoba koje mogu biti opredijeljene *po timu* u djelatnostima opće/obiteljs medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstve zaštite (polivalentne) utvrđuju se prema standardu iz članka 17. ove Odluke (u daljnjem teks standard).

(2) Doktori medicine i doktori dentalne medicine u zdravstvenim ustanovama, odnosno dok medicine i doktori dentalne medicine privatne prakse kao uvjet za sklapanje ugovora u djelatnostima stavka 1. ovog članak moraju imati za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih oso odnosno ne mogu sklopiti ugovor za više opredijeljenih osiguranih osoba od maksimalno propisan broja osiguranih osoba po timu za djelatnosti kako slijedi:

Zdravstvena djelatnost	Minimalni broj osiguranih osoba*	Standardni broj osiguranih osoba	Maksimalni broj osiguranih osoba*
1. Opća/obiteljska medicina	1.275	1.700	2.125
2. Zdravstvena zaštita predškolske djece	715	950	1.190
3. Zdravstvena zaštita žena	4.500	6.000	9.000
4. Dentalna zdravstvena zaštita (polivalentna)	1425	1.900	2.375

*na području općine/grada kojem gravitira manji broj osiguranih osoba od utvrđenog standarda za djelatnost, a ne ostvaruju se uvjet primjenu posebnog standarda iz članka 14. ove Odluke, minimalni broj utvrđuje se u visini 75% broja gravitirajućih osiguranih osoba s obzi na broj timova utvrđenih Mrežom

4.	Vanja Hmelik, dr.med.	Poštovani, prije svega moram iskazati svoje zadovoljstvo i punu podršku predloženom iznosu godišnje vrijednosti standardnog tima za djelatnost opće/obiteljske medicine. Podržavam i uvođenje novih dijagnostičko-terapijskih postupaka kako je predloženo. Ono što smatram potrebitim izmijeniti u ovom prijedlogu jest članak 3. prijedloga u kojemu predlažete: U stavku 6. brojka:"8,00" zamjenjuje se brojkom: „12,00" PRIJEDLOG: brojku "8,00" zamijeniti brojkom "15,00" OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. Također, smatram potrebitim u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti nemogućnost kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. Isto je potrebno u svrhu adekvatnije valorizacije rada liječnika obiteljske medicine, budući da se naš rad kvantificira i ocjenjuje upravo kroz analizu zabilježenih	Ne prihvaća se. Smatramo povećanje od 50% realnim tim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. Nije predmet ovog savjetovanja Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te

		dijagnostičko-terapijskih postupaka. PRIJEDLOG: Omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled) i OM104 (prošireni pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić.	se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine
		U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177) OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno

		rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. Predlažem da se u prijedlogu novog DTP šifre OM403 koeficijent s 1,00 poveća na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće) OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl, pa samim time pregled oduzima više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. Također, na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. S tim u svezi ne vidim u ovom prijedlogu ništa o tome, ali nisam siguran da li za ostvarenje navedenog nešto treba mijenjati u Odluci o osnovama za sklapanje ugovora... Ali ako treba, moralo bi se u prijedlog obvezno uvrstiti i tu točku. Isto tako, obzirom na rast broja kroničnih bolesnika u našoj skrbi, dosege	mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Ne prihvaća se. Smatramo da je navedeni koeficijent realno utvrđen. Predmetni DTP odnosi se na pregled akutnog neopredijeljenog pacijenta u mjestu sjedišta izabranog doktora te ga nije opravdano ugovarati kao vanlimitni postupak, jer bi se time poticao dolazak osiguranih osoba kod neizabranog doktora. Za osigurane osobe koje se privremeno nalaze izvan sjedišta izabranog doktora koristi se DTP OM095, koji je ugovoren kao vanlimitni postupak.

		suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatram neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. A kako medicina kontinuirano ide naprijed tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih limita potrošnje lijekova u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene limite za potrošnju lijekova za 100%. S poštovanjem, Poštovani, nastavno na prethodni mail kojim sam se već ranije uključio u ovo savjetovanje, šaljem dodatne prijedloge za koje molim da ih razmotrite i prihvatite. 1. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme,	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine. 4.1. Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine.

		potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 2. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak je činjenica i da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje i istu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena i manje bi diskriminirala liječnike koji nisu	4.2. Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje.

		specijalisti obiteljske medicine *(trenutno je ta razlika na razini standardnog tima oko 1400€ mjesečno!)*. 3. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij)*. Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI.	4.3. Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

		4. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena.	4.4. Nije predmet ovog savjetovanja. HZZO je u međuvremenu povećao cijenu sati rada u skladu s Odlukom o visini osnovice za obračun plaće u javnim službama u 2026. godini („Narodne novine“ broj 11/26., u daljnjem tekstu: Odluka)..
		5. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom.	4.5.Nije predmet ovog savjetovanja. DTP za druga cijepljenja postoji (OM044) .

		Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 6. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 7. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se	4.6. i 4.7. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. .

		programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 8. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 9. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019.	4.8. i 4.9. Nije predmet ovog savjetovanja. Postupci BT019 i BT020 bili su utvrđeni posebnom odlukom Upravnog vijeća HZZO-a

		10. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 11. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već	4.10., 4.11., 4.12. i 4.13. Nije predmet ovog savjetovanja Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

		uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 12. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent	.

		neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 13. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 14. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd.	4.14. Ne prihvaća se. Smatramo da je navedeni koeficijent realno utvrđen.

		itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 15. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 16. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe	4.15. – 4.22 Nije predmet ovog savjetovanja. .Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine .

		radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 17. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 18. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 19. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7	

		OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 20. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 21. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38.	

		22. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima.	
5.	Berislav Bulat, dr. med. Predsjednik Županijskog povjerenstva Hrvatske liječničke komore za Virovitičko-podravsku županiju Predsjednik Podružnice Koordinacije hrvatske obiteljske medicine-KoHOM za Virovitičko-podravsku županiju	Poštovana/-i, s obzirom da se izmjene donose s ciljem zadržavanja i privlačenja kadrova, ne mogu ne primijetiti da su zakašnjele (obećanja Vlade RH u tom smjeru su došla nakon velikog prosvjeda svih liječnika - prije više godina, a administrativno rasterećenje još čekamo) i minimalne (ulaganja u PZZ koja se u relativnim iznosima čine značajnima, kao apsolutni dio u cjelokupnom zdravstvenom proračunu su zanemariva, a bila bi višestruko isplativa kad bi se delimitirala i povezala s prijedlozima struke oko administrativnog rasterećenja). Ovo dokazuju primjeri država kao Slovenije ili Rumunjske pa i Francuske i Brazila koje su davno započele podršku liječnicima posebice u PZZ i samo ju nadograđuju, dok kod nas liječnici imaju sve više radnih sati, a sve manje zadovoljstva u radu i, na žalost, sve manje uspješnih ishoda (ako ih se uopće mjeri na razini javnog zdravstva što je poseban problem). Svakako podržavam usmjerenost prijedloga ka financijskoj održivosti timova što je do sad bio velik problem i domovima zdravlja kao i privatnim ugovornim liječnicima s obzirom na troškove koji do sada nisu bili prepoznati uopće - kao troškovi zamjena za godišnje odmore i druge izostanke djelatnika, profesionalnu edukaciju, amortizaciju... ili prema njihovom porastu kao npr. naknada za informatizaciju koja je već praktički desetljećima ispod svake simbolične razine s obzirom da je trošak informatičkih potreba u stalnom porastu, a da ne spominjem troškove energenata ili potrošnog materijala.	5. Ne prihvaća se. HZZO je u skladu sa zaključcima radne skupne proveo promjene vezane u dijagnostičko-terapijske postupke. Daljnje izmjene predmet su nastavka rada radne skupine.

		U prijedlogu nedostaje širenje (fizikalna medicina?) i delimitiranje (KMAT, spirometrija, UZV...) postupaka kojima bi se pacijentima omogućilo obavljanje više postupaka odmah u ordinacijama izabranih liječnika bez potrebe za upućivanjem na listama čekanja opterećeni bolnički sustav. Osnovno bi bilo predvidjeti u ugovaranju redovito daljnje zajedničko tripartitno (HZZO - MiZ - predstavnici stručnih PZZ udruga) praćenje posljedica ovakvih prijedloga te njihovo poboljšavanje, a za to je ključno i izostaviti sada važeće klauzule o penalizaciji liječnika uskraćivanjem sredstava unaprijed u slučaju da Zavod (samostalno i bez pravog transparentnog, interesu zdravlja pacijenata okrenutog postupka) donese odluku o predmnijevanoj šteti koja bi mu navodno bila nanešena. Predlažem, dakle, da se u Nacrtu svakako povećaju koeficijenti za dosadašnje i nove predložene DTP kako slijedi: OM403 s 1,00 na 1,50 OM406 s 0,80 na 1,50 OM410 s 1,50 na 2,50 OM207 s 2,12 na 3,50 OM307 s 3,00 na 5,00 OM408 s 1,15 na 3,00 OM409 s 2,00 na 2,50 Obrazloženje je sadržano u mojim uvodno navedenim opaskama, a ovako sažeto jer mi je poznato kako je već nekoliko mjeseci trajalo savjetovanje radne skupine na ovu temu i da su prijedlozi predstavnika kolega liječnika iz PZZ bili puno opsežniji od promjena predloženih u ovom Nacrtu, a ja nemam kapaciteta samostalno ulaziti u detalje cjelokupnog ugovaranja pa se nadam da ćete barem neku od mojih preporuka uvažiti što bi pokazalo i nadalje dobru volju za usmjeravanjem u održavanje pa možda i unapređenje sustava PZZ u RH.	

		S poštovanjem i nadom u daljnju konkretnu i uspješnu suradnju,	
6.	Snježana Grgurić dr .med	Poštovani, Liječnik sam specijalist obiteljske medicine ,radim u Baški naKrku 31 godinu. S obzirom da 6 mjeseci radim sa turistima i sa pacijentima koji nisu ugovoreni u timu,smatram da je cijena naših pregleda sramotno niska. Podsjećam da za pregled van ugovornog pacijenata možemo prikazati samo dtp OM095, neovisno što smo radili. Napominjem da se u mojoj ambulanti napravi i do 2000 pregleda stranaca, sezonskih radnika, vikendaša domaćih gostiju itd. Molim korigirajte cijene ,kako bi i dalje dostojanstveno radili svoj posao. S poštovanjem	6. Ne prihvaća se Ovom izmjenom cijene su korigirane za 50% Smatramo povećane od 50% realnim. Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.
7.	Martina Tasković Boltek	Poštovani, s obzirom na nevjerojatan rast cijena samog života pa tako i samog održavanja ordinacije dentalne medicine novi prijedlog je svakako sramotan. Dok su dentalnim tehničarima cijene rasle svakih skoro pola godine, naše nisu uopće. Isto tako opća dobiva veće povećanje, a nemaju skoro nikakvih troškova održavanja ordinacije naspram nas. Cijene materijala i količina materijala koja je potrebna samo za jednu endodociju (vrijeme utrošeno da ni ne spominjem) je daleko veća od opće kojoj je potreban jedan papir za ispis uputnice za daljnu obradu. Stoga je svakako degradirajuće nama dati manji hladni pogon, dapače trebao bi biti veći s obzirom da on pokriva plaće i troškove ordinacije koji su daleko veći - kupovina i održavanje stolice, autoklava, kompresora, endometra, instrumenti, materijali za ispune, endodonciju, otisne mase i tako dalje. Isto tako hladni pogon bi trebao biti jednak bez obzira na broj pacijenata, jer imali vi 1500 ili 1900 radite istih 8 sati i napravite jednak broj pacijenata, samo je vrijeme čekanja na novi termin kraće. A normu naravno svi	7. Ne prihvaća se. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.

		ispune do sredine mjeseca, što znači da ostatak mjeseca trošimo svoje novce da bi opskrbili vaše osiguranike. Sramotno je da za ekstrakciju mliječnog zuba dobijemo 1.76€ dok je cijena kave 2,20€. Pozivam Vas da realno sagledate troškove jedne ordinacije dentalne medicine te sukladno tome i prilagodite cijene. Hvala. Srdačan pozdrav,	
8.	Adrijana Tomas dr. med. spec. obiteljske med.	Poštovani, kako nam je svima poznato primarna razina ulaz je u zdravstveni sustav. Osim ako se radi o hitnoći, svaki pacijent mora prvo biti obavljen na primarnoj razini. O kvaliteti primarne razine ovisi koliko će pacijenata biti upućeno u više razine, ili još preciznije koliko će pacijenata biti odrađeno na PZZ (jer nije dovoljno samo pacijenta ne uputiti, već i odraditi, u protivnom imate bolest koja napreduje dalje i kasnije zbrinjavanje bit će još skuplje). U RH najveći uzrok pobola i smrtnosti su kardiovaskularne bolesti i tumori. Od toga umire 3/4 populacije i te su bolesti najveći trošak za zdravstveni sustav. Najveću intervenciju na te bolesti ima primarna prevencija (edukaciju već od vrtićke dobi o pravilnoj prehrani, nepušenju, bavljenju sportom... -- taj dio je na HZJZ). Iduća razina koja ima izuzetno veliku moć intervencija je obiteljska medicina. Sekundarna prevencija znači rano otkrivanje i liječenje bolesti (tlaka, šećera, masti, debljine, pušenja, rana detekcija tumora). Dakle jačanjem obiteljske direktno djelujemo na smanjenje smrtnosti naše populacije. Iako ne postoji službena razlika uvriježila se terminologija opća praksa	8. Nije predmet ovog savjetovanja HZZO je prepoznao značaj primarne zdravstvene zaštite te je u tom smislu i provedena ova izmjena i dopuna Odluke o osnovama

		za zbrinjavanje akutnih stanja i administrativne problematike (pacijent dođe s bolnim koljenom, uputimo ga ortopedu/fizijatru i to je to). Obiteljska podrazumijeva osim kompletnog zbrinjavanja tog koljena (rtg, terapija, blokada te upućivanje dalje samo ukoliko problem ne riješimo sami), također oportunističku sekundarnu prevenciju kardiovaskularnih bolesti i malignoma. Znači pacijenta koji je došao zbog koljena pitat ćemo kad je zadnji put vadio krv, izmjeriti mu tlak, pitati kad je bila na mamografiji. Tu nastaje i glavni problem u komunikaciji sa zdravstvenom administracijom i osiguravateljem jer kad se govori o obiteljskoj jedni misle na opću praksu zbog svojih osobnih iskustava, dok drugi podrazumijevaju obiteljsku. Jasno vam je da je radno opterećenje u ta dva različita pristupa neusporedivo. Ali stimuliranje liječnika da rade obiteljsku, a ne opću praksu je izuzetno bitno jer ima puno veći utjecaj na smrtnost nego stimuliranje kvalitetne kardiokirurgije. Da, kirurg će postaviti bypass, ali to je samo gašenje požara na jednom pacijentu, prava intervencija je spasiti tisuće sprečavanjem da do začepljenja žile uopće dođe. PZZ je najjeftiniji dio zdravstvenog sustava, a već malim povećanjem efikasnosti donio bi značajne uštede na višim puno skupljim nivoima. To je smjer u kojem bi svaka zdravstvena politika trebala razmišljati jer je svima cilj smanjiti pobol i smrtnost optimalnom raspodjelom sredstava. Kao što vam je poznato polovica ugovornih liječnika su zaposlenici DZ i ove promjene ih se ne tiču pa ako želite stimulirati i njih (jer neće svi ni moći ni htjeti ići u privatnike)	Nije predmet ovog savjetovanja. HZZO plaća zdravstvenu zaštitu ugovornim subjektima, a način raspodjele ostvarenih

		onda se mora mijenjati zakonska regulativa kojom bi se omogućilo isplaćivanje dijela DTP izvršiteljima.	sredstva nije u nadležnosti HZZO.
		Što se tiče promjene cijene dtp predložena razina je u redu, ali posebno se mora povisiti cijena onih postupaka koje želimo stimulirati, a to su oni vezani uz smanjenje KVB i ranu detekciju tumora. To su EKG (OM200), KMAT (OM225), ABI, uvođenje inzulina (OM140), UZV (OM 300-306), NPP pluća (NPP08), motivacijski razgovor za sudjelovanje u NPP (OM183-186) - za ginekologiju više ne postoji, ali samo pitanje kad ste zadnji put bili ginekologu je dovoljno, preventivni pregled (OM400-402). To su sve postupci koji se ne mogu lažirati, za koje je potrebno dodatno znanje i preuzimanje odgovornosti ili dodatni trud, a koji će direktno rezultirati smanjenjem smrtnosti. Dakle samo povećati cijenu dtp, a ne povećati njihove iznose u odnosu na ostale i ne povećati limit je besmisleno jer neće polučiti rezultat, nego ćete samo za isti rad isplatiti veća sredstva.	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine.
		Dakle limit koji je sada na 2.razinu 10% mora biti 25%, a za 3. razinu 50% ukupnog dtp.	Ne prihvaća se. Smatramo povećane od 50% realnim
		A same cijene navedenih postupaka koji garantiraju kvalitetu treba poduplati. Motivacijski razgovor sa sudjelovanje u NPP dojke i crijeva je sada na 1.razini sa	Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona,

		velikom cijenom, ali obzirom svi koji žele lako dođu do 100% nema efekta – treba ga staviti vanlimitno sa malim iznosom (0.3 npr sasvim dovoljno i imat ćete 100% odaziv na mamografiju i test na OK jer nas rijetko koji pacijent odbije). Kateterizaciju (OM 127) i uvođenje inzulina također treba staviti vanlimitno, a incizije (OM 144) i blokade zglobova (OM 145) na 2. razinu. Ostale DTP izmjene su uredno predložene. Toliko od mene, srdačan pozdrav.. 22.4.2026. Poštovani, nadopuna ranijem prijedlogu. Obzirom su ambulante sve veće zbog zatvaranja, a očito nemate namjeru smanjivati standardni broj osiguranika iako po trenutnim brojkama rad u ambulanti sa maksimalnim brojem osiguranika nikako ne može omogućavati sigurnost pacijentu što je rizik koji ste očito kao osiguravatelj spremni preuzeti, molim da se u obzir uzme sljedeće. Kod zamjena za bolovanje	glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. Označavanje nekih postupaka kao izvan limitnih zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine Nije predmet ovog savjetovanja. Način provođenja zamjena utvrđen je zakonskim i podzakonskim propisima.

		ili godišnje odmore kako nema liječnika mora se raditi dvije ordinacije istovremeno, što kad uzmemo u obzir da je i jedna zahtjevna dovodi do logičnog zaključka da su dvije nemoguća misija pa predlažem da se omogući da zamjena ne bude samo jedna ambulanta. Naime bit grupne prakse (a cijeli Dom zdravlja je grupna praksa) je osigurati dostupnost zdravstvene zaštite. Ta mogućnost je potpuno neiskorištena obzirom ugovorom inzistirate na prijavi samo jednog liječnika/ordinacije za zamjenu. To je ogroman administrativni posao za koji imamo zaposlene ljude i u DZ i u HZZO iako je potpuno nepotreban i sam sebi svrha. U nekim slučajevima se čeka da se zamjena može prijaviti danima pa to dovodi i do financijskih gubitaka ako se radi o razdoblju slanja izvještaja. Raspoređivanjem zamjene na grupnu praksu olakšalo bi se i pacijentima (jer bi primjerice mogli ići fizički bližoj zamjeni, ili zamjeni u istoj ili suprotnoj smjeni ovisno što im više odgovara), a rasteretilo bi se i sustav DZ i sustav HZZO nepotrebnog administrativnog posla, stoga molim da prijedlog razmotrite barem za neku od idućih izmjena	
9.	Ordinacija obiteljske medicine mr.sc Stela Roso Ljulj, dr.med.	https://hzzo.hr/sites/default/files/Nacrt%20Odluke%20izmjenama%20i%20dopunama%20Odluke%20o%20osnovama.p predloženi financijski okvir prijeko potreban zbog rasta svih troškova, rasta cijene energenata, usluga, ali i inflacije. U svakom slučaju podržavam predloženu godišnju vrijednost standardnog tima za obiteljsku medicinu, 📌 omogućiti slobodnije kombiniranje DTP-ova	9. Ne prihvaća se Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te

		📌 limitirane vanlimitne DTP povisiti s 10% i 15% na 15% i 25% 📌 sva cijepljenja u ordinaciji OM plaćati potpuno vanlimitno 📌 umjesto podizanja vrijednosti koeficijenta DTP s 8,00 na 12,00 podići isti s 8,00 na 15,00 ili 20,00 📌 podići limite za laboratorijske pretrage za 100% 📌 podići limit potrošnje lijekova za 50-100% 📌 onemogućiti automatsku uskratu isplate sredstava kad HZZO procijeni da je učinjena šteta zavodu 📌 ukinuti odredbe kojima si HZZO daje za pravo kontrolirati namjensko trošenje sredstava, jer ta nadležnost zakonski pripada drugim institucijama 7. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama.	se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine Smatramo povećane od 50% realnim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. 9.7.Nije predmet ovog savjetovanja HZZO je u skladu sa zaključcima radne skupne proveo promjene vezane u dijagnostičko-terapijske postupke. Daljnje izmjene predmet su nastavka rada radne skupine.

		8. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 9. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 10. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent	9.8. i 9.9. Nije predmet ovog savjetovanja Postupci BT019 i BT020 bili su utvrđeni posebnom odlukom Upravnog vijeća HZZO-a 9.10., 9.11. i 9.12. Nije predmet ovog savjetovanja Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine pri čemu treba uzeti u obzir kako ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona,

		0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 11. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 12. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i	glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.

		brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak je činjenica da i liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje i istu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga sam mišljenja kako bi bilo primjereno da se s ciljem ispravnijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo.	Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje
10.	Ivana Maltašić	Poštovani,	10. Nije predmet ovog savjetovanja.

		dajem punu podršku predloženom financijskom okviru za djelatnost obiteljske medicine te smatram da je predloženo povećanje krajnje neophodno uzimajući u obzir rastuću inflaciju, porast cijena energenata i indeksa potrošačkih cijena. Potrebno je uvođenje novih DTP postupaka, dodatno omogućiti kombiniranje DTP-a (npr. pregled i rinoskopija, otoskopija..), povećati cijenu DTP-postupaka (samotno je da naš pregled vrijedi 8e, kao i npr.EKG 5,76e), ukinuti prekršajno-financijsku odgovornost liječnika obiteljske medicine za propisivanje lijekova koje nisu sami indicirali-te omogućiti liječnicima skundarne i tercijarne zdr.zaštite pisanje recepata za terapiju koju indiciraju, predlažem povećanje limita za laboratorijske pretrage (standardni broj laboratorijskih pretraga) za 100%, te povećanje "limita" za prosječnu potrošnju lijekova podići najmanje 50% s obzirom na sve "šire" liste novih i skupih lijekova, osigurati puni i jednaki iznos hladnog pogona za sve ugovorene timove neovisno o broju pacijenata u skrbi, podići naknadu za rad u posebnom dežurstvu u djelatnosti obiteljske medicine za 20% u skladu s generalnim rastom prihodovanja u djelatnosti obiteljske medicine. Dodatno, na čemu se inzistira već godinama-smanjiti administrativno opterećenje u djelatnosti opće/obiteljske medicine (novi momenti koji su nam zadnjih dana nametnuti-izdavanje potvrda o zdravstvenom stanju za liječničke pregled sportaša- omogućiti uvid u e zdravstveni karton liječnicima na Medicini rada i sporta, za te kao i za druge potvrde koje njima trebaju-pregled vozača, prije zapošljavanja....). S poštovanjem,	Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Smatramo povećane od 50% realnim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. Ostali prijedlozi predmet su nastavka dijaloga unutar radne skupine.
11.	Predrag Vučković	Nije mi jasno zašto je hl.pogon za pedijatre i ginekologe veći od OM! Pozdravljam općenito promjene i bolje financijsko vrednovanje rada LOM-e! Zašto se predviđa ukidanje dodatnih mogućnosti-Programi 5☆? Zašto u cijeni glavarine dobnih skupina specijalistčka je 30% skuplja od nespecijaliste?	11. Hladni pogon je veći zbog većih režijskih troškova u ordinacijama GIN i PED osnovom utvrđene veće kvadrature prostora sukladno Pravilniku o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 52/2020).

			Model financiranja je predvidio ukidanje dodatnih mogućnosti i 5☆. Plaća doktora (brutto 2) je uz glavarinu i DTP sadržana i u hladnom pogonu, a razlikuje u slučaju specijalista i NEspecijalista.
12.	Specijalistička ordinacija za pedijatriju Kornelija Koši-Šantić, dr.med.spec.pedijatrije Trg kralja Tomislava 7 33405 Pitomača	Poštovani, obraćam Vam se kao nositelj Specijalističke ordinacije za pedijatriju u Pitomači koja skrbi o djeci u depriviranom području s otežanom dostupnošću zdravstvene zaštite i značajnom udaljenošću od bolničkih ustanova. Na području koje pokrivamo prisutan je i značajan udio djece pripadnika nacionalnih manjina, što dodatno naglašava važnost stabilne i kontinuirane pedijatrijske skrbi. Naša ordinacija ima relativno mali broj osigurane djece, 839 ugovorno priznatih pacijenata i 100-injak ugovorno nepriznatih pacijenata, što posljedično dovodi do značajno manjih financijskih prihoda u odnosu na ordinacije koje imaju maksimalan broj pacijenata. Unatoč manjem broju upisane djece, opseg odgovornosti, dostupnost, potreba za kontinuiranom zdravstvenom skrbi te organizacijski troškovi ostaju jednaki kao i u ordinacijama s maksimalnim brojem osiguranika. Takav model financiranja dugoročno dovodi u pitanje opstojnost ordinacije, a time i dostupnost pedijatrijske zdravstvene zaštite djeci na ovom području. Situaciju dodatno otežava i kronični nedostatak pedijatara, ne samo u ovom depriviranom području već i šire, pa je samim time naglašena potreba očuvanja postojećeg pedijatrijskog tima.	12. Nije predmet ovog savjetovanja Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

		U medijskom članku Večernjeg lista pod naslovom: "Što se mijenja u hrvatskom zdravstvu: U ambulantama više pregleda, ministrica predstavila nove mjere", 7.4.2026. navodi se sljedeće: „U cilju održivosti ordinacija na otocima i u depriviranim područjima, timovi s malim brojem pacijenata primat će maksimalni prihod za standardni tim od 1700 pacijenata. To je nacionalno i demografsko pitanje, time će se ljude zadržati na tim područjima“, kazao je dr. Ivica Crnica, posebni savjetnik ministrice za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Molim da mi odgovorite da li se gore citirano odnosi i na pedijatrijske ordinacije primarne zdravstvene zaštite koje djeluju u depriviranim područjima, uključujući i našu ordinaciju, ili se na pedijatrijske ordinacije ova odluka ne odnosi? Ako se na pedijatrijske ordinacije s malim brojem pacijenata ova odluka ne odnosi molim da se navedeno pitanje dodatno razmotri te da se, po uzoru na odluku koja se odnosi na timove obiteljske medicine u depriviranim područjima, razmotri donošenje odgovarajuće odluke i za pedijatrijske ordinacije primarne zdravstvene zaštite. Još jednom naglašavam da bi se jedino izjednačavanjem financijskih sredstava s onima koja primaju ordinacije s maksimalnim brojem osigurane djece omogućila održivost rada ordinacije, kontinuitet zdravstvene skrbi te osigurala jednaka dostupnost zdravstvene zaštite djeci bez obzira na mjesto stanovanja. U suprotnom, bez odgovarajućeg usklađenja financiranja, opstojnost pedijatrijskog tima u Pitomači postaje neizvjesna, što bi moglo dovesti do smanjene dostupnosti zdravstvene zaštite djeci u ovom demografski osjetljivom području s većim udjelom pripadnika nacionalnih manjina. Smatram da je očuvanje pedijatrijske skrbi u ovakvim sredinama od iznimne važnosti, ne samo za zdravlje djece već i za demografsku stabilnost i ostanak mladih obitelji u tim područjima i stoga ponovo molim da prilikom donošenja odluke uzmete u obzir specifičnost pedijatrijske skrbi u depriviranim i demografski osjetljivim područjima, kako bi se osigurala ravnopravna dostupnost zdravstvene zaštite za svu djecu!	

		S poštovanjem,	
13.	Kristina Sambol	Poštovani, ovim putem dostavljam prijedlog na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Predlažem da se u okviru DTP postupaka u djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (opća/obiteljska medicina) uvedu dodatni terapijski postupci koji se u svakodnevnoj kliničkoj praksi već provode, a nisu adekvatno prepoznati kroz postojeći sustav vrednovanja. Predlažem uvođenje sljedećih postupaka: - terapijski ultrazvuk - magnetoterapija kao standardizirani terapijski postupak u liječenju akutnih i kroničnih muskuloskeletnih stanja Smatram da bi uvođenje navedenih DTP postupaka pridonijelo boljem vrednovanju rada ordinacija primarne zdravstvene zaštite, smanjenju opterećenja sekundarne razine zdravstvene zaštite te većoj dostupnosti terapijskih postupaka osiguranicima. Ljubazno molim da se ovaj prijedlog razmotri u postupku donošenja konačne verzije Odluke. S poštovanjem	13. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.
14.	Irma Šavorić dr med dent	Izmjene i dopune o osnovama za sklapanje ugovora nisu sadržajno donijele pacijentima najavljivano poboljšanje, već su se svele na financijsku injekciju ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, s izuzetkom ordinacija dentalne medicine. Bez obzira što ordinacije dentalne medicine imaju daleko najveće kontinuirano ulaganje u opremu i snose najveći trošak materijala koji su koristi za rad s pacijentima, iznos hladnog pogona i glavarine je oko 8200 manji u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije i oko 20000 eura manji u odnosu na ordinacije sa zaposlenim specijalistima, na godišnjoj razini.	14. Ne prihvaća se. Timovi ugovoreni u djelatnostima opće/obiteljske medicine nikada nisu bili izjednačeni upravo iz razloga kojeg navodite, a to je mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i

		Kako se tim fiksnim prihodima pokrivaju troškovi lijekova, materijala i ostali troškovi tipa energenti, internet, knjigovodstvo i sl. te plaće i doprinosi nas doktora i zaposlenih asistenata, zanima me koja je zakonska osnova na koju se pozivate, a kojom opravdavate nesrazmjer od 8200 eura godišnje u fiksnim prihodima, te 12000 eura ukupno u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije? Tako nešto prvi puta vidim u dvadeset godina suradnje. Pored manje isplaćenih fiksnih prihoda ordinacije, vrednovanje pojedinih DTP postupaka teško pokriva trošak istih, a bizaran je podatak da vađenje zuba sa separacijom, jedan ozbiljan kirurški postupak vrednovan sa 7,60 eura ne doseže ni mjerenje tlaka kod dr. opće prakse u iznosu od 7,68 eura. Ordinacije dentalne medicine, prema statističkim podacima HZJZa obrađuju godišnje 40% svih osiguranih osoba sa prosječno 3 kontakta čime pružaju oko 4 200 000 usluga godišnje u nešto više od 2000 ordinacija. Potrošnja lijekova na pacijente, zbog prirode posla je minimalna. Kad analiziramo broj izdanih uputnica po pacijentu, dolazimo do broja 0,4 od kojih preko 50% njih je realizirano na RTG snimanje, što ordinacije dentalne medicine čini vrlo štedljivima po proračun, jer se daleko najveći broj postupaka odrađuje u samim ordinacijama bez upućivanja na sekundarne i tercijarne razine skrbi. Žao mi je da taj trud nije prepoznat i valoriziran. Doktori dentalne medicine mogu ostvariti dodatne prihode kroz naplatu vanstandardnih usluga pacijentima, međutim po prvi put financijski degradirani u odnosu na ordinacije opće prakse-dr.med za oko 12000 eura godišnje, taj iznos je teško nadoknaditi. Jedino ispravno rješenje bi bilo izjednačavanje godišnje vrijednosti standardnog tima opće prakse dr med i dr dent med, kako je bilo u svim ugovorima do sad.	kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.
15.	Mario Janković, dr.med.dent.	Poštovani, dolazim iz tima dentalne medicine u ruralnom području, molim Vas da se da valjani razlog zašto je hladni pogon za tim dentalne medicine značajno manji nego u ostalim djelatnostima što nema veze sa specijalističkom titulom, smatram da su svima	Ne prihvaća se. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.

		troškovi hladnog pogona i glavarine jednaki. Nabava i servis stomatološke opreme koja je potrebna za kvalitetnu i modernu zdravstvenu skrb sigurno se svrstava među skuplje grane (ako ne i najskuplje) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a treba voditi računa da nemamo svi pacijente koji su u mogućnosti plaćati usluge koje obvezno zdravstveno osiguranje ne pokriva. Nadalje se postavlja pitanje do kada će broj pacijenata za standardni tim dentalne medicine biti 1900, a za opću 1700 dok se broj stanovnika smanjuje osobito u ruralnim područjima (iako je za kvalitetnu sanaciju i to puno). Zašto za ordinacije dentalne medicine ne postoji DTP kao što je mjerenje tlaka ili šećera rizičnim pacijentima npr. prije zahvata kao što su vađenje zuba? Uz svu inflaciju i povećanje cijene dentalnih tehničara naša primanja od strane Hzzo-a to nisu popratila. Tko će pacijentu objasniti da ima pravo na čišćenje samo dva kvadranta (jedna čeljust) godišnje ako ima i nakupine kamenca kod gornjih kanala na mjestu izvodnih kanala parotidne žlijezde slinovnice? Da li normalno da mjerenje tlaka ima vrijednost 0.64 a vađenje zuba sa separacijom korijena 0.74 (kao ozbiljan kirurški zahvat u ustima pacijenta) ?	Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova. Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjenja minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Zavod plaća troškove dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Osigurane osobe imaju pravo na čišćenje zubnog kamenca u 4 kvadranta (dvije čeljusti), 2 puta godišnje.
16.	Marina Turalija	Poštovani, javljam se kao pacijentica koja želi izraziti podršku predloženim izmjenama vezanim uz obiteljsku medicinu. Kroz vlastito iskustvo i iskustva ljudi oko sebe, imam osjećaj da su liječnici obiteljske medicine i njihove medicinske sestre već dugo na granici izdržljivosti. Ogroman broj pacijenata, stalna dostupnost, administracija i sve ono što svakodnevno rade često ostaje nevidljivo, a zapravo čini temelj cijelog zdravstvenog sustava.	Zahvaljujemo na komentaru.

		Zato smatram da je jako važno što se ovim izmjenama ide u smjeru povećanja financiranja i omogućavanja da se više toga odradi unutar same ordinacije. Kao pacijentici, to mi znači bržu i dostupniju zdravstvenu skrb, manje lutanja po sustavu i više povjerenja da ću potrebnu pomoć dobiti na jednom mjestu. Također vjerujem da je ovo važno i za same liječnike i medicinske sestre – da imaju bolje uvjete rada i da se dugoročno zadrže u obiteljskoj medicini, jer bez njih sustav jednostavno ne može funkcionirati. Zbog svega navedenog, podržavam predložene izmjene i smatram ih korakom u dobrom smjeru.	
17.	Marija Bunjevac Sobol, dr.med.dent.	Poštovani vezano za vaš prijedlog staklenoionomernih ispuna na stražnje zube Ako je za zub indicirana krunica koju pacijent ne može i ne želi platiti, koliko puta možemo raditi ispun na istom zubu? Pokriveno osiguranjem, naravno. Troškovi hladnog pogona opće i dentalne medicine su jednaki, zašto je hladni pogon dentalne manji? Zašto je novi koeficijent za dentalnu medicinu 10, a za opću 12? Zašto se ukida dodatna mogućnost 5zvjezdica? Što znači brisanje članka od 165 do 180%?	Nije predmet ovog savjetovanja. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

18.	Matija Dvornik	Povećali su se troškovi ordinacija,režije, smanjio se broj ljudi,povećajte hladni pogon,maknite racune tehničarskih usluga iz naseg dtpa. Smanjite broj ugovornih subjekata po zupanijama jer ocito ima manji broj ljudi nego kad se plan radio pocetkom 2000 ih. Inflacija je na kraju krajeva. Lp Matija Dvornik dr dent med. Lijep pozdrav	Nije predmet rasprave. Hladni pogon se povećao. Troškove usluga dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja plaća Zavod i isti nisu dio DTP-a koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne), a ostali prijedlozi su uređeni drugim propisima
19.	Ksenija Radičanin Neumuller dmd	Poštovani, kao doktor dentalne medicine sa više od 20 godina staža ulažem prigovor na iznesen Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdr.osig. Hladni pogon za dentalnu zdravstvenu zaštitu koji pokriva iste troškove kakve imaju i ordinacije obiteljske medicine, s tim da naši troškovi režija su i veći zbog pogona samih ordinacija, u Vašem nacrtu je u puno manjem iznosu u odnosu na ostale ordinacije iz primarne zdravstvene zaštite i samim tim nas dovodite u neodrživ ekonomski položaj. Hladni pogon bi bez daljnjega trebao biti u najmanju ruku jednak za sve! Vrijednost boda je svima povišena sa 8 na 12 osim nama (s 8 na10). Ordinacije dentalne medicine za razliku od primarnih djelatnosti imaju daleko veće utroške materijala u svakodnevnom radu u odnosu na sve ostale djelatnosti u primarnoj zaštiti. Da ne spominjemo stalno dizanje cijena materijala na tržištu gdje cijena koju vi	19. Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod plaća troškove usluga dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu

		priznajete za naše usluge su daleko ispod svake realne cijene te usluge bilo gdje na tržištu. Predlažem izdvajanje protetike iz Dtp 1 razine. U zadnjih nekoliko godina cijena materijala kao i cijena rada dentalnog tehničara se u nekoliko navrata povećavala dok je cijena naše usluge ostajala ista. Dovelo je do toga da mi protetiku radimo samo za tehničare i materijal. I još moramo biti sretni da ne moramo ponavljati neke postupke zbog greške koja je uvijek moguća jer u tom slučaju trošak materijala snosimo mi. Nadam se da ćete uvažiti ovaj prigovor. S poštovanjem,	zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i isti nisu dio DTP-a koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne).
20.	***Mateja Zaher Švarc, dr. med, dent., univ.mag.med.dent***	Izmjene i dopune o osnovama za sklapanje ugovora nisu sadržajno donijele pacijentima najavljivano poboljšanje, već su se svele na financijsku injekciju ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, s izuzetkom ordinacija dentalne medicine. Bez obzira što ordinacije dentalne medicine imaju daleko najveće kontinuirano ulaganje u opremu i snose najveći trošak materijala koji su koristi za rad s pacijentima, iznos hladnog pogona i glavarine je oko 8200 manji u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije i oko 20000 eura manji u odnosu na ordinacije sa zaposlenim specijalistima, na godišnjoj razini. Kako se tim fiksnim prihodima pokrivaju troškovi lijekova, materijala i ostali troškovi tipa energenti, internet, knjigovodstvo i sl. te plaće i doprinosi nas doktora i zaposlenih asistenata, zanima me koja je zakonska osnova na koju se pozivate, a kojom opravdavate nesrazmjer od 8200 eura godišnje u fiksnim prihodima, te 12000 eura ukupno u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije? Tako nešto prvi puta vidim u dvadeset godina suradnje. Pored manje isplaćenih fiksnih prihoda ordinacije, vrednovanje pojedinih DTP postupaka teško pokriva trošak istih, a bizaran je podatak da vađenje zuba sa separacijom, jedan ozbiljan kirurški postupak vrednovan sa 7,60 eura ne doseže ni mjerenje tlaka kod dr. opće prakse u iznosu od 7,68 eura. Ordinacije dentalne medicine, prema statističkim podacima HZJZa obrađuju godišnje 40% svih osiguranih osoba sa prosječno 3 kontakta čime pružaju oko 4 200 000	Ne prihvaća se. Timovi ugovoreni u djelatnostima opće/obiteljske medicine nikada nisu bili izjednačeni upravo iz razloga kojeg navodite, a to je mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća.

		usluga godišnje u nešto više od 2000 ordinacija. Potrošnja lijekova na pacijente, zbog prirode posla je minimalna. Kad analiziramo broj izdanih uputnica po pacijentu, dolazimo do broja 0,4 od kojih preko 50% njih je realizirano na RTG snimanje, što ordinacije dentalne medicine čini vrlo štedljivima po proračun, jer se daleko najveći broj postupaka odrađuje u samim ordinacijama bez upućivanja na sekundarne i tercijarne razine skrbi. Žao mi je da taj trud nije prepoznat i valoriziran. Doktori dentalne medicine mogu ostvariti dodatne prihode kroz naplatu vanstandardnih usluga pacijentima, međutim po prvi put financijski degradirani u odnosu na ordinacije opće prakse-dr.med za oko 12000 eura godišnje, taj iznos je teško nadoknaditi. Materijal i strojevi koji doktorima dentalne medicine služe za svakodnevni rad su izrazito visokih cijena, a i troše se prilikom rada vrlo brzo, što zahtjeva vrlo česte servise, popravke ili zamjene. Upravo sve to zahtjeva visoke financijske izdatke, nemjerljive sa sredstvom rada koja koriste dr.med. No i dalje su financirani puno više od dr.med.dent. Doktori dentalne medicine su itekako podcijenjeni što nikako nije ustavno obzirom na obrazovanje i edukaciju te trud koji ulažu za svoj rad. Jedino ispravno rješenje bi bilo izjednačavanje godišnje vrijednosti standardnog tima opće prakse dr med i dr dent med, kako je bilo u svim ugovorima do sad.	
21.	Ordinacija dentalne medicine Gordana Bocak	Poštovani, Vezano uz Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, **htjela bih napomenuti potrebu o povećanju tj. izjednačenju iznosa hladnog pogona i glavarine sa općom medicinom.**	21. Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu moguća. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad

		Troškovi u dentalnoj ordinaciji znatno su veći od ordinacije opće medicine. **Osim standardnih troškova režija, najma prostora, plaće, informatičke nadogradnje i servisa,knjigovodstvenih troškova, u dentalnoj medicini** ne **samo da su nam za rad potrebni materijali, čije su cijene visoke, također nam je nužna upotreba stomatološke stolice, čije dijelove treba redovito servisirati i mijenjati(riječ je o potrošnoj aparaturi). Naravno, autoklav, led lampe, endometar i ostala aparatura također zahtjevaju promjene djelova čije cijene su sve samo ne povoljne.** **Slijedom svega navedenoga apeliram na povećanje iznosa hladnog pogona i glavarine u dentalnoj medicini.** **Srdačan pozdrav**	18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.
22.	Ornela Erak Glodić Dr dent med Ugovorna dentalna ordinacija Split Dijana Berend,dr.med.dent. Nikolina Kuzmić Šelimber, dr.med.dent. **Agata Nowak Bjelić** dr.med.dent. Gordana Sebrek	Poštovani Nekoliko požurnica nisu postigle nikakav cilj,i stoga osobno ponavljam zahtjev kolega doktora dentalne medicine s Ugovorom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ,potpisnika punomoći Marini Ježini ,dr.dent.med. za zastupanje 400 kolega . Predložene izmjene Ugovora od strane HZZO a degradirajuće su za nas ugovorne doktore obzirom na manji iznos Hladnog pogona i manji bod od doktora obiteljske medicine, kao da mi nismo obveznici poštivanja istog Kolektivnog ugovora u obračunu plaća državnim službenicima koje zapošljavamo kao i Opća i kao da naša diploma nema isti stupanj obrazovanja kao i doktor medicine pa nas treba kazniti sa manjim bodom . Na stranu činjenica da moderna dentalna ordinacija bez ogromnog inicijalnog ulaganja u opremu i konstantnog utroška materijala ne može niti otvoriti vrata hitnom pacijentu a kamoli normalno raditi posao u drugoj polovini druge dekade dvadeset i prvog stoljeća. Stoga ,i ovim putem ponavljam isti zahtjev .	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima

		Ugovorni doktori dentalne medicine po punomoćniku HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE Margaretska 3, 10 000 Zagreb na znanje HRVATSKA KOMORA DENTALNE MEDICINE Kurelčeva 3/II, 10 000 Zagreb te MINISTARSTVO ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE Ksaver 200 a, 10 000 Zagreb i URED PUČKE PRAVOBRANITELJICE Savska Cesta 41/3, 10 000 Zagreb PREDMET: Zahtjev za otvaranje institucionalnog dijaloga i revizije ugovornih uvjeta kao i dodataka postojećem ugovoru a sve s obzirom na nepovoljni i nezakonit ugovorni položaj doktora dentalne medicine u sustavu HZZO-a te sve posljedice koje iz istog proizlaze Poštovani,	za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine.

		u ime grupe ugovornih doktora dentalne medicine a temeljem punomoći za zastupanje u pregovorima s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: HZZO), obraćamo Vam se s ciljem pravne i ekonomske analize važećeg ugovornog okvira te prijedloga za njegovo usklađivanje s domaćim i europskim propisima. Ugovorni doktori dentalne medicine djeluju kao samostalni zdravstveni radnici koji pružaju javnu zdravstvenu uslugu financiranu putem HZZO-a. Iako nisu zaposlenici javnog sektora, oni su ugovorni partneri HZZO-a, čiji se odnosi uređuju jednostrano propisanim ugovorima. Ugovorni doktori potpisuju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite koji je unaprijed propisan od strane HZZO-a, bez stvarne mogućnosti pregovaranja o sadržaju. Drugim riječima, HZZO jednostrano određuje: kako cijene i limite, obveze rada i izvještavanja te uvjete pod kojima može raskinuti ugovor. Prethodno navedeno stvara neravnotežu moći – HZZO ima status "monopolnog naručitelja", dok je doktor "ugovorni izvršitelj" bez pregovaračke pozicije. U ekonomskom i pravnom smislu, takav odnos traži uravnoteženje kroz formalni pregovarački mehanizam. Činjenica jest kako ugovorni doktori osiguravaju: prostor, opremu, potrošni materijal, zapošljavaju osoblje, pokrivaju troškove održavanja i investicija. Sve to koriste za provođenje javne zdravstvene usluge koju HZZO naplaćuje i financira iz doprinosa. Dakle, država koristi privatnu infrastrukturu za ostvarenje javnog interesa — bez sustava sufinanciranja stvarnih troškova. Prethodno nije održivo dugoročno i opravdava poseban pregovarački okvir koji bi odredio uvjete financiranja koji odgovaraju 1 realnim potrebama te stvarnim troškovima. Trenutačni model ugovora ne prati: rast cijena medicinskih i potrošnih materijala, inflaciju, troškove održavanja i rada osoblja, minimalne plaće i porezne promjene. Takva struktura stvara neravnotežu ugovornih odnosa i ugrožava ekonomsku održivost ordinacija. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24, 102/25) svojim zakonskim odredbama, omogućuje	

		sklapanje posebnih ugovora i sporazuma s pružateljima zdravstvenih usluga dok Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19, 105/25), definira HZZO kao jedinog nositelja obveznog osiguranja, što stvara dominantan položaj i potrebu za mehanizmom ravnoteže ugovornih strana. Iz europskih načela socijalnog dijaloga, proporcionalnosti i profesionalne autonomije proizlazi pozitivna obveza države da osigura institucionalni dijalog ugovornim doktorima dentalne medicine. Uspostava posebnog pregovaračkog okvira uskladila bi hrvatski sustav s europskim standardima te pridonijela održivosti i kvaliteti javne dentalne zaštite. Europsko pravo, osobito Povelja EU o temeljnim pravima (I. 28.) i UFEU (MI. 151.-155.), propisuje načela socijalnog dijaloga i zabranu zlouporabe dominantnog položaja (I. 102.UFEU). Države članice moraju omogućiti institucionalni dijalog između u javnih osiguravatelja i pružatelja zdravstvenih usluga. Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i vijeća od 7.rujna 2005.godine o priznavanju stručnih kvalifikacija jamči profesionalnu autonomiju liječnika, a praksa država članica EU potvrđuje postojanje sličnih pregovaračkih modela u Njemačkoj, Francuskoj, Austriji i Nizozemskoj. Temeljem važećeg Ugovora odnosno Članka 23. Ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji su doktori dentalne medicine sklopili sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje iz listopada 2020.godine, te daljnjim Dodacima istog Ugovora, jasno se navodi; *„ Ugovorne strane suglasne su da se ovaj Ugovor može raskinuti, odnosno izmijeniti i prije isteka roka na koji je sklopljen, ako jedna od ugovornih strana uzastopno dijelom ili u potpunosti i ne ispunjava svoje ugovorne obveze, odnosno ako bi daljnje ispunjavanje odredaba ovog Ugovora izazvalo štetne posljedice za osigurane osobe, odnosno za sam Zavod kao i za privatnog zdravstvenog radnika. Ugovorne strane obvezne su o svojoj namjeri raskida , odnosno izmjeni ovog Ugovora, odmah bez odgode pisano obavijestiti drugu stranu. Ugovorne strane suglasne su da će ovaj Ugovor biti raskinut, odnosno izmijenjen u roku od 60 dana od dana utvrđivanja okolnosti iz stavka 1. ovog Članka, a koje su dovele do raskida, odnosno izmjene ovog Ugovora…“* I. Ovim aktom ukazuje na sljedeće ključne okolnosti:	

		• nedostatak pregovaračkog mehanizma između HZZO-a i ugovornih doktora dentalne medicine, • neujednačen tretman u odnosu na druge zdravstvene i dijagnostičke djelatnosti, • povećane troškove rada uslijed trajne zabrane uporabe dentalnog amalgama, • pravnu dvojnost postojećeg ugovornog modela, koji u pojedinim odredbama poprima obilježja prikrivenog radnog odnosa te ostala pitanja problematike, dalje u tekstu nabrojana II. Sukladno načelima socijalnog dijaloga iz čl. 151.–156. Ugovora o funkcioniranju Europske unije (dalje u tekstu: UFEU-a) , kao i čl. 59. Ustava Republike Hrvatske (NN 56/90, 08/98, 113/00, 124/00, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14)- daje u tekstu Ustav RH, predlažemo da se: 1. održi sastanak predstavnika Ministarstva zdravstva, HZZO-a i punomoćnika koji zastupa ugovorne doktore dentalne medicine, 2. imenuje zajednička radna skupina radi izrade prijedloga korigiranog ugovornog modela, usklađenog s pravnim i ekonomskim standardima Europske unije. Pravni temelj traženja a s obzirom da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ima obvezu osigurati uvjete za provedbu postojećeg Ugovora odnosno uvjete za provedbu ugovorene zdravstvene zaštite na način koji omogućuje realno izvršenje ugovora, predstavljaju; • Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24, 102/25) • Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19, 105/25) • Zakon o javnoj nabavi (NN 120/16, 114/22) - kad nastupa u ulozi naručitelja Sve prethodno navedeno odnosno osiguranje uvjeta za provedbu ugovorene zdravstvene zaštite na način koji omogućuje realno izvršenje ugovora, uključuje i	

		adekvatne materijalne uvjete rada, opremu i sredstva potrebna za provedbu ugovorene usluge ili realnu naknadu kojom se ti uvjeti mogu pribaviti. III. Neka od pitanja interesa odnosno problematike te nužnost za usuglašavanje predmetnih odredaba postojećeg ugovora sa Zakonom, odnosno izmjene/dodataka istima, svakako ističemo; 1.Pitanje „Posljedice zabrane amalgama i potreba za financijskom prilagodbom ugovora.“ Zabrana amalgama, iako opravdana u kontekstu zaštite okoliša i javnog zdravlja, znatno povećava troškove rada u dentalnim ordinacijama. Zamjena amalgama kompozitnim materijalima uključuje složeniju tehniku, dulje vrijeme rada, veće materijalne troškove, veću potrošnju energije i potrošnog materijala te potrebu za naprednijom sterilizacijom i opremom. Adekvatna zamjena za amalgam ne postoji gledajući kroz prizmu mehaničkih svojstva amalgama; čvrstoću i trajnost sa naglaskom na ekonomičnosti. Materijal izbora bio bi Staklo-Ionomerni Cement (SIC) koji ima jednu bitnu komponentu - karijes protektivnost što u populaciji koja je u vrhu KEP indeksa u EU nije zanemarivo. SIC nije ekonomičan materijal kao amalgam ali jest dovoljno solidan .Kompozit je materijal nad Standarda jer uključuje složeniju tehniku -minimalno invazivnu za dentalno tkivo, adhezijski se veže na zub što iziskuje dulje vrijeme rada, veće materijalne troškove, veću potrošnju energije i potrošnog materijala te potrebu za naprednijom opremom. Ne može se očekivati da HZZO predloži kao standard najskuplju opciju zbog koje bi se drastično smanjio broj dentalnih usluga ispuna pacijentima. S druge strane, predloženo povećanje DTP-a od približno 300 eura mjesečno nije dovoljno za pokriće predmetnih troškova, niti SIC ispuna lateralno a pogotovo ne kompozita koje i dalje radimo kao standard u fronti svima, dobnim skupinama do 18 godina i zaštićenim skupinama trudnica i dojilja u cijenu DTP postupka do limita.	

		S obzirom na to da je HZZO svojim ugovornim obvezama propisao uporabu određenih materijala (npr. kompozita i SIC-a), a time izravno utječe na troškovnu strukturu rada ugovornih doktora dentalne medicine, predlaže se da HZZO: 1) provede neovisnu ekonomsku analizu stvarnih troškova rada po ispuni u novom standardu; 2) usklade DTP i tarifni model s rezultatima analize kako bi se osigurala održivost rada ugovornih ordinacija; 3) definiraju smjernice o standardnoj vrsti i načinu izrade ispuna koje će biti obuhvaćene osnovnim paketom usluga (predlažemo SIC), uz jasno razlikovanje eventualnih nad standardnih materijala i zahvata (kao što je kompozt). Predmetno je potrebno s obzirom kompozitni ispuni su materijalno i vremenski znatno zahtjevniji (bonding, svjetlo, slojevito modeliranje, finishing), a trošak jednog ispuna (materijal + vrijeme + amortizacija) je 2–3 puta veći od amalgama. Takvo rješenje bilo bi u skladu s načelima razmjernosti, ekonomskog balansa ugovora i zaštite održivosti sustava javne dentalne zdravstvene zaštite. Uvođenje zamjenskog materijala za amalgam u standard mora biti praćeno realnim financijskim usklađivanjem cijena i DTP-a, kako bi se osigurala održivost ordinacija i zaštitila dostupnost dentalne skrbi pacijentima. 2.Pitanje „Materijalni trošak i obveza HZZO-a da osigura sredstva rada“ Prelazak s amalgama na bilo koji zamjenski materijal, povećat će trošak svakog ispuna zbog složenije tehnike, većeg broja potrebnih komponenti (bonding, matrice, svjetlosna polimerizacija), duljeg vremena rada. Uz to, propisivanje standarda potrošnog materijala i postupaka bez povećanja naknade, dodatno opterećuje ugovorne doktore. Predlaže se da HZZO, prilikom propisivanja obveznih materijala i sredstava rada, primjenjuje jedan od slijedećih modela:	

		a) da HZZO osigura propisane materijale i sredstva rada putem centralne nabave i distribucije b) da DTP naknada bude proporcionalna tržišnoj vrijednosti propisanih materijala i potrošnih sredstava. Na taj način bi se osigurala pravna i ekonomska ravnoteža ugovornog odnosa, u skladu s načelima javne nabave i obveznog zdravstvenog osiguranja. S obzirom na trajni karakter promjena u materijalnim standardima dentalne skrbi, potrebno je uspostaviti trajni mehanizam za praćenje i usklađivanje troškova materijala i iznosa naknade Time bi se osigurala održivost sustava, zaštitila kvaliteta pruženih usluga i spriječilo prebacivanje javnih troškova na privatne ugovorne partnere. Ovaj prijedlog predstavlja realan i pravno utemeljen korak prema stabilnijem ugovornom model u dentalnoj primarnoj praksi. 3. Pitanje „Prikrivenog radnog odnosa između HZZO-a i ugovornih doktora dentalne medicine Ugovorni doktori formalno nisu zaposlenici HZZO-a, već samostalni zdravstveni radnici koji pružaju uslugu na temelju Ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite. Međutim, ako HZZO svojim pravilima i kontrolama propisuje obvezu osobne prisutnosti, radno vrijeme, trajanje odmora i zamjene, tada Ugovor poprima obilježja radnog odnosa sukladno čl. 10. Zakona o radu. Predlaže se da Ministarstvo zdravstva i HZZO jasno definiraju pravnu prirodu odnosa s ugovornim doktorima dentalne medicine. U suprotnom, postojeća praksa može se tumačiti kao prikriveni radni odnos, sto bi otvorilo pitanje primjene radnog zakonodavstva i obveze retroaktivne isplate plaća i doprinosa. 4. Pitanje „Materijalni standardi i opskrba ugovornih doktora“ HZZO propisuje obvezne standarde materijala u košarici usluga, ali bez da osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se trošak materijala i opreme u cijelosti prebacuje na ugovorne doktore, iako HZZO zadržava kontrolu nad izborom i	

		količinom materijala. Takav model dovodi do pravne i ekonomske neravnoteže te krši načelo ekvivalentnosti činidbi propisano odredbama Zakona o obveznim odnosima. Predlaže se da HZZO bude dužan osigurati financijska sredstva za nabavu osnovnih materijala propisanih ugovorom. Ugovorni doktori moraju imati pravo na samostalnu nabavu opreme i materijala po tržišnim uvjetima, uz refundaciju stvarnog troška. U slučaju uvođenja novih materijala ili tehnologija, HZZO je dužan prethodno izraditi financijsku analizu i omogućiti razdoblje prilagodbe. 5. Pitanje ovlasti HZZO-a da određuje cijene usluga ili pak zabranjuje naplatu privatne usluge? (određena cijena usluge niža od zakonski propisanog minimuma) - 5.1.U dijelu usluga koje nisu obuhvaćene osnovnim paketom obveznog zdravstvenog osiguranja, HZZO ne može propisivati niti odobravati cijenu, način naplate ni administrativne obrasce. Predmetni odnosi uređuju se izravno između doktora i pacijenta, sukladno čl.2. i 3. Zakona o obveznim odnosima te čl.49. Ustava Republike Hrvatske (sloboda poduzetništva), ugovorne strane slobodne su dogovoriti cijenu i uvjete privatne usluge, sve dok to ne zadire u ugovoreni standard iz javnog osiguranja. Praksa: U presudi Europskog suda pravde (C-171/07, Apothekerkammer des Saarlandes) utvrđeno je da: „Država ili javni osiguravatelj ne smiju ograničavati tržišno ponašanje privatnih pružatelja zdravstvenih usluga u dijelu koji nije obuhvaćen javnim financiranjem, osim ako to ne čine radi zaštite zdravlja ili potrošača – i uz razmjernu mjeru.“ Sukladno navedenom HZZO može tražiti transparentnost ali nema izravnu zakonsku ovlast da uređuje cijene, uvjete ili način naplate van standardnih usluga između ugovornih doktora i pacijenata. Njegova nadležnost prestaje onog trenutka kad usluga prestaje biti financirana iz obveznog osiguranja.	

		Hrvatska komora dentalne medicine (HKDM) svake godine utvrđuje „najniže cijene usluga“, koje članovi smiju naplaćivati u privatnom radu. To uključuje: konzervativno liječenje (npr. ispuna, endodoncija, liječenje karijesa), parodontologiju, oralnu kirurgiju, protetiku i preventivu. Minimalna cijena obuhvaća „materijal + rad + kontrolne preglede“, i izražava se u eurima. Cilj: osigurati minimalnu održivu cijenu rada i standard kvalitete — zaštita struke od damping cjenovne konkurencije. Predmetne cijene vrijede za privatni sektor, tj. izravno naplaćene pacijentu. Primjer (prema HKDM cjeniku 2025.): - Sanacija karijesa kompozitom (jednoplošna plomba): od ~30 – 35 Eur-a - Endodontsko liječenje jednog kanala: od ~50 – 70 Eur-a - Ekstrakcija zuba: od ~25 – 30 Eur-a HZZO ima svoj Pravilnik o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti i sustav bodovanja usluga, gdje se svaka usluga vrednuje visinom koeficijenta (koeficijent složenosti postupka x cijena boda). To znači da HZZO-ove naknade za ordinacije (koje rade temeljem Ugovora) često ispadaju znatno niže od tržišnih minimalnih cijena koje HKDM definira. Primjeri (orijentacijski izračun, prema ugovornim tarifama HZZO-a 2024.): Usluga | HZZO naknada (orijentacijski) /HKDM minimalna cijena =Razlika - Ispuna kompozitom (1 ploha) /7,92 Eur- a/30–35 Eur-a =70 % - Liječenje zubnog kanala /18–25 Eur-a / 50–70 Eur-a = 55 % - Ekstrakcija zuba /10 Eur-a /25–30 Eur-a =60 % Slijedom prethodno navedenog razvidno je da su cijene HZZO-a cijene čak 3-4 puta niže od HKDM minimalnih tržišnih cijena. Takvim vrednovanjem te cijenama dolazi do posljedica u praksi i to na način da pacijenti u sustavu HZZO-a dobivaju osnovne zahvate bez doplate, ali ograničenog	

		izbora materijala i tehnika. Ordinacije često nude opciju „standardno (HZZO)“ vs. „privatno (HKDM cijena)“. Zbog niskih HZZO cijena, dio doktora izlazi iz sustava ili smanjuje kvote HZZO pacijenata. U kontekstu dualnog sustava rada doktora dentalne medicine u Hrvatskoj koji mogu bilo raditi u ugovornom odnosu s HZZO-om (tzv. „koncesionari“) ili raditi privatno, bez ugovora s HZZO-om. HZZO ugovor podrazumijeva javno financiranu zdravstvenu uslugu prema unaprijed određenim tarifama i bodovnom sustavu, dok privatni rad koristi tržišne (HKDM-ove) cijene. Slijedom naprijed navedenog dolazimo do problematike razlike u vrijednosti i vrednovanju rada s obzirom na drastičnu razliku vrednovanja svakog pojedinog zahvata od strane HZZO-a i HKDM-a. Doktori dentalne medicine koji rade s HZZO-om faktički pružaju kompleksne medicinske usluge po cijenama koje ne pokrivaju ni troškove rada i materijala. To dovodi do smanjene isplativosti, stagnacije ulaganja, nemogućnosti nabave suvremene opreme, a time i do zaostajanja u tehnološkom i stručnom razvoju. Ovakav sustav potiče kvantitetu, a ne kvalitetu: „što više bodova – više prihoda“, neovisno o kompleksnosti zahvata. Kad regulator (HZZO) dugoročno isplaćuje usluge ispod profesionalno propisanih minimalnih cijena, implicitno umanjuje društvenu i profesionalnu vrijednost rada doktora dentalne medicine. U praksi se formira „dva sloja“struke: ugovorni doktori dentalne medicine – rad u javnom sustavu, niže plaćeni, administrativno opterećeni te privatni doktori dentalne medicine – tržišno valorizirani, autonomni. Time se profesija cijepa, a javni segment postaje sinonim za preopterećenje, neadekvatne uvjete i manju reputaciju.HKDM propisuje minimalne cijene kao etički okvir ispod kojeg član ne bi smio raditi jer to narušava dostojanstvo profesije. No, ugovorni doktori dentalne medicine su zakonski prisiljeni raditi dentalne med.usluge po HZZO cijenama koje su ispod tog etičkog minimuma, čime posljedično sustav potiče kršenje vlastitih profesionalnih normi, a doktori dentalne medicine nemaju mehanizam zaštite — što je sustinska forma profesionalne degradacije.	

		Slijedom navedenog razvidno je da HZZO-ov sustav vrednovanja usluga dentalne medicine nije usklađen s minimalnim cijenama koje propisuje HKDM. Razlika od 300–400 % između javne i tržišne vrijednosti rada dovodi do trajnog procesa degradacije ugovornih doktora dentale medicine — financijski, profesionalno i statusno. Struka kroz HKDM više puta ukazuje da „vrijednost rada doktora dentalne medicine u HZZO sustavu ne odražava njegovu stručnu i etičku razinu“, ali se taj problem sustavno ne rješava. To se slijedom prethodno navedeog, traži i predlaže naslovnom tijelu usklađenje cijena usluga kao vrednovanje rada doktora dentalne medicine a sve kako bi isti mogli pacijentima pružiti što kvalitetniju zdravstvenu uslugu. - 5.2.Prekoračenje zakonskih javnih ovlasti HZZO-a/rad izvan okvira zakonskih ovlaštenja dana od strane zakonodavca s obzirom da HZZO nema ovlasti određivati cijene ili zabranjivati naplatu privatne usluge, tražiti uvid u račune izdane pacijentu, niti intervenirati u poslovnu politiku pružatelja usluga. HZZO sukladno zakonskim ovlaštenjima ima ovlasti provjeriti da li je pružena usluga koji isti financira te kontrolirati izvršenje ugovora (DTP kodove, broj usluga, postupke). Sve što bi izlazilo izvan okvira odnosno proizlazilo iz privatnog ugovornog odnosa u kojem HZZO nije stranka, isti nije nadležan niti smije obrađivati podatke s obzirom a bi isto predstavljalo prekoračenje javnih ovlasti, zabranjeno sukladno čl. 5. Ustava RH (načelo zakonitosti), čl. 3. i 19. Zakona o općem upravnom postupku (postupanje samo u okviru zakonskih ovlasti), čl. 39. i čl. 53. Opće uredbe o zaštiti podataka- GDPR-a te sukladno čl. 49. Ustava (sloboda poduzetništva i tržišnog djelovanja). - 5.3.Nametnuta ekonomski neodrživa cijena zdravstvene usluge Ako HZZO određuje cijene koje su niže od realnih troškova obavljanja djelatnosti, to se pravno najčešće naziva “ekonomski neodrživa cijena”. To znači da je cijena ispod tzv. “ekonomske cijene koštanja”, s obzirom da ista u praksi ne pokriva	

		troškove rada, materijala, amortizacije i ostalih obveza. Kao posljedicu ugovorni doktori dentalne medicine i dalje imaju obvezu isporučiti uslugu po ugovorenim uvjetima koji su neodrživi te krše osnovno načelo pravične sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti kojije na snazi a koje načelo obvezuje javne institucije da osiguraju primjereno vrednovanje stručnog rada. S obzirom da ovakvim postupanjem, HZZO kao javno tijelo fiksirajući cijene usluga ispod tržišne te zakonski minimalne propisane, svojom cijenom pritiska tržišne aktere konkretno govoreći o ugovornim doktorima dentalne medicine koji posljedčno ne mogu poslovati rentabilno ni u privatnom sektoru, govorimo o "administrativnom damping efektu" te državnom potplaćivanju struke. 6. Pitanje "Ladica" (pitanje "brisanja" izvršenih radova iz ladice CEZIH-a) Sukladno Ugovoru o provođenju zdravstvene zaštite u primarnoj dentalnoj zdravstvenoj djelatnosti (koji svaki doktor potpisuje s HZZO-om) te Pravilima o provođenju i obračunu zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, liječnik je dužan voditi točnu, potpunu i istinitu evidenciju o izvršenim uslugama. Svaki rad koji je obavljen, a nije evidentiran, smatra se neprijavljenom uslugom — a svaki koji je obavljen i naknadno obrisan, može se tumačiti kao neispravno evidentiranje. Čim je rad izvršen u stvarnosti (dakle, pacijent je bio u stolici i postupak je obavljen), on mora biti evidentiran i ostati u sustavu. Brisanje takvog rada – čak i ako je tehnički još uvijek „u ladici"– smatra se nepravilnošću prema HZZO-u, jer bi time nestao trag o stvarno pruženoj usluzi. S obzirom na posljedice ukoliko bi HZZO (ili zdravstvena inspekcija) utvrdio da su izvršeni radovi izbrisani iz CEZIH-a (pokrenutanje nadzora nad radom ordinacije, financijska korekcija (umanjenje ugovorenih sredstava) a u težim slučajevima ugovorna kazne ili raskida ugovora s HZZO-om).	

		Činjenica jest da se ne mogu prikazati prekoračenja za fakturirane postupke, jer se računi obrađuju na način da se postupci priznaju samo do utvrđenog maksimalno mogućeg iznosa sredstava “limita”, računi ispostavljeni za postupke iznad limita, vračaju se ugovornom partner koji ih pohranjuje u tzv.ladice do kraja godine, kad se zaključuje godišnji obračun. Nadalje činjenica jest također kako je HZZO predmetnu problematiku rješilo u odnosu primjerice Domova zdravlja na način mogunosti prijeboja (vidljivo jasnno iz Upute izdane od strane HZZo-a, Klasa: 500-07//22-01/04, Ur.broj: 338-01-04-1-22-58 od dana 1.travnja 2022.godine), čime je iste stavilo u povoljniji položaj u odnosu na ovdje ugovorne djelatnike. Odnosno Domovima zdravlja se omogućilo da za neplaćene postupke iznad limita, ispostave računi kako bi se, ukoliko Dom zdravlja ima nepodmirenih avansa u ostalim djelatnostima, mogao izvršiti prijeboj sredstava. Predmetna mogućnost, nije dana ovdje ugovonim djelatnicima doktorima dentalne medicine, te se njihove “ladice” (pohranjeni a fakturirani postupci koji nisu naplaćeni), jednostavno brišu odnonso iste HZZO briše , čime se direktno i posljedično onemogućuje ugovorne djelatnike u naplati izvršenog rada povrh označenog limita,a a koje su usluge prethodno izvršene. Treba ostaviti mogućnost da se odrađena i evidentirana usluga ne briše sa početkom nove godine, već da svaka usluga ima jednak rok pohrane, s tim da se najstarije usluge” brišu” tek dolaskom novih. Inače se neće moći pacijentima pružiti usluga preko limita. Predlaže se da HZZO omogući način ispravka predmetnih nažalost predviđenih i u praksi čestih situacija, te ih zabilježi u internu evidenciju i napravi službenu prijavu greške prema regionalnom uredu HZZO-a (ili CEZIH podršci). Naime, HZZO u sadašnjem modelu propisuje obvezne usluge (pregledi, ispuni, RTG, anestezije, pedodoncija itd.) koje se moraju obavljati, ali su plaćene simbolično ili uopće ne. Nadalje predlaže se uvođenje realne cijene svake osnovne usluge kao i ukidanje automatskog brisanja i uvođenje mogućnosti prijenosa neiskorištenih usluga u iduću godinu (*carry-over*).	

		7. “Pitanje Hladnog pogona, Glavarine te DTP-a” Hladni pogon je fiksni dio iznosa koji bi trebao biti jednak za sve ordinacije jer podrazumijeva trošak plaće - za doktora minimalna plaća uvećana za doprinose; za sestru ili asistenta plaća je prema Kolektivnom ugovoru sa pripadajućim doprinosima i svim materijalnim pravima koja proizlaze iz toga ; kao što su obračun po godinama staža, nagrade i dodaci koje propisuje Vlada, Jubilarne nagrade i bolovanja do 42 dana na teret poslodavca koja svojim državnim službenicima omogućuje država, a sve ide u paušalnoj isplati HP-a (Hladnog pogona). Ovdje spadaju i ostali troškovi jedne ordinacije (režije, najam, održavanje, knjigovodstvo itd.). Svaka ordinacija bez obzira na broj pacijenata ima slične troškove bez podmirenja kojih ne može startati. Koji je stoga razlog da se nekim ordinacijama uskraćuje dio hladnog pogona za 50% od ukupnog iznosa dok je broj pacijenata u tim ordinacijama manji od standardnog broja (1900) za 25% (1425). Razmjerno ovom, nije se smanjivao standardni broj pacijenata iako znamo da je broj stanovništva HR pao za 10% od popisa stanovništva 2011 do 2021. Logično bi bilo da je standardni broj umanjen za tih 10% pa bi bio - 1700. Nadalje glavarina je prihod prema broju osiguranika prema dobnim skupinama i osnovica iz koje se izračunavaju ostali prihodi kao DTP 1. Glavarina sa prosjekom od 6 eura godišnje po pacijentu osigurava? razliku do pune plaće doktora dentalne medicine po Kolektivnom ugovoru, ali nije rasla kada su se mijenjali koeficijenti i stavke Kolektivnog ugovora. Glavarina bi trebala pokriti i troškove potrošnog materijala i lijekova. Također, nije se usklađivalo sa inflacijskim povećanjima cijena roba koji su zabilježeni za 2023.godinu- 8,4 %, a za 2024-3,4%, što znači samo u dvije godine vrijednost je pala za 12%. Dentalni materijali su posebna kategorija koja pozamašno nadilazi iznos Glavarine. Dodatkom IX Ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, iz veljače 2025.godine, Člankom 4. Dodatka IX, propisana su novčana sredstva koja se primjenjuju u 2025.godini: Ukupni iznosi	

		novčanih sredstava u razdoblju od 01.siječnja do 31.prosinca 2025.godine, mogući u maksimalnom iznosu, za standardni tim kako slijedi: - Hladni pogon: 59.609,76 - Glavarina: 13,337,60 - DTP: 22.007,04 - KPI: 2.650,85 - QI : 2.650,85 - Ukupno: 100.256,09 - Dodatne mogućnosti : 666,88 x 3 SVEUKUPNO: 102.256,73 , dok sveukupni mogući iznos novčanih sredstava iznosi 102.256,73Eura. U ovom pitanju odnosno isticanju problematike se naglašava kako Hladni pogon raste samo kada dentalni asistenti trebaju povećanje plaće povećanjem osnovice po kolektivnim ugovoru. Činjenica jest također, ako uzmemo u obzir samo troškove za doktora i asistenta koji iznose preko cca 5.000,00-6.000,00 Eur-a mjesečno, a plaća se hladni pogon za sve stavke i troškove za puni tim u iznosu od 5.000,00 Eur-a, što je samo po sebi, vidljiv apsurd samog HZZO-a kao ugovaratelja, koji nije uzeo u obzir stvarne i realne troškove. Kroz DTP Nulte razine treba opravdati postupke za hladni pogon što rezultira prekomjernom administracijom. DTP1 limite većina ugovornih ordinacija dosegne prije kraja godine za cijelu godinu, a “ladica” se briše na sa svakom kalendarskom godinom i sve usluge odrađene iznad limita ostaju neplaćene. Nužno je povećanje DTP 1 limita, ali i cijena samih DTP ova koje su sramotno male a trebale bi opisivati cijenu pružene usluge. „Hladni pogon“ ne pokriva stvarne troškove, ne raste s inflacijom i ne uključuje nagradu za rad. U praksi se pretvara u ograničenje prihoda koje prisiljava doktore da sustav subvencioniraju vlastitim radom. Time nastaju posljedice za ugovorne	

		doktore u vidu; doktori postaju koncesionari bez prava i bez utjecaja na visinu prihoda, rad iznad hladnog pogona nije plaćen, sustav destimulira učinkovitost jer dodatni rad ne donosi prihod te se gubi se profesionalna autonomija i dostojanstvo struke. Kroz DTP nulte razine treba opravdati postupke za hladni pogon što rezultira prekomjernom administracijom. Kroz DTP1 kod većine ugovornih ordinacija odrede se postupci u polovini godine za cijelu godinu, a "ladica" se briše na sa svakom kalendarskom godinom i sve učinjene usluge ostaju neplaćene. Povećanje limita DTP-a koji predlaže HZZO nije proporcionalan stvarnim troškovima rada s kompozitima uključujući materijal, opremu, asistenciju i sterilizaciju, kao i posljedično utječe na mogućnost te visinu naplate ovdje ugovornh doktora dentalne medicine. Nadalje također se ukazuje, da je dana 9.listopada 2024.godine, Koordinacija hrvatske obiteljske medicine Dopisom upravo ovdje nadležnom tijelu HZZO Direkcije zatražila je isplata punog i jednakog iznosa hladnog pogona svim ordinacijama / timovima bez obzira na broj pacijenata u skrbi i specijalistički statut nositelja tima. U predmetnom Dopisu upućenom nadležnom tijelu navodi se među ostalim; *"Po novom modelu ugovaranja sredstva koja se zdravstvenim ustanovama i privatnim ugovornim ordinacijama isplaćuju kroz stavku hladnog pogona namijenjena su za podmirenje troškova plaće liječnika (minimalna plaća uvećana za doprinose), plaće medicinske sestre (prema kolektivnom ugovoru, uvećane za doprinose), najam prostora, režijske troškove, troškove knjigovodstva, osiguranja od odgovornosti, zbrinjavanje medicinskog otpada, održavanje informatičkog sustava, troškove čišćenja i zajedničke troškove za administrativno-tehničko osoblje.* *Ako bolje promotrimo ove stavke potpuno je jasno da sve ordinacije / timovi po ovim stavkama imaju približno iste mjesečne troškove neovisno o broju pacijenata u timu / ordinaciji. Pa ipak, HZZO ne isplaćuje svim ordinacijama puni hladni pogon, nego onima koji s brojem pacijenata padnu ispod 1275 (tj. 1264) mjesečni hladni pogon smanjuje na pola iznosa. Isto tako je jasno da je osnovna liječnička plaća ista za liječnike*	

		obiteljske medicine sa specijalizacijom (SOM) kao i za one bez specijalizacije (LOM). Razlika do pune liječničke plaće, a koja je različita za specijaliste i liječnike bez specijalizacije, namiruje se iz sredstava glavarine i DTP-a. Slijedom svega navedenoga smatramo duboko nepravednim i diskriminatornim prema manjim timovima (onima s manje od 1275, odnosno 1264 opredijeljena pacijenta u timu) da ih se zakida za polovicu mjesečnih sredstava hladnog pogona, a koji je po definiciji namijenjen za podmirenje troškova koji su jednaki za sve timove, kako za one od 2000 tako i za one od 500 pacijenata. 9 *Isto tako, smatramo jednako nepravednim i diskriminatornim isplatu različitog iznosa hladnog pogona specijalistima obiteljske medicine i liječnicima koji u obiteljskoj medicini rade bez specijalizacije iz obiteljske medicine, a budući da su sredstva isplaćena kroz hladni pogon namijenjena za pokrivanje samo osnovne liječničke plaće, a da se ostatak plaće (koji je različit za specijaliste i ne-specijaliste obiteljske medicine) pokriva iz drugih stavki prihodovanja ordinacije - i to prvenstveno kroz glavarinu i DTP."* U zaključku predmetnog Dopisa, pozvano je nadležno tijelo da se nepravedni način isplate polovice punog hladnog pogona određenim timovima hitno ukine te da se ubuduće za sve ordinacije isplaćuje puni hladni pogon u potpuno jednakom iznosu, neovisno o broju opredijeljenih pacijenata u skrbi i specijalističkog statusa nositelja tima Također posebno se ističe kako s obzirom na demografski pad stanovništa potrebno je uzeti u obzir i propisani donji prag pacijenata koji su osiguranici preko HZZO-a. Naime, samo na primjeru jednog područja/kvart au Splitu i to konkretno uži centar ("Get"), sukladno lokalnim analizama 2011.godine: oko 5 925 stanovnika dok je prema zadnjem popisu iz 2021.godine za isto područje evidentirano: 4 424 stanovnika, gde je razvidan pad za cca., 1 501 osobe, odnosno 25,3 % u deset godina. Također za cijeli grad Split prema popisu stanovništva iz 2011.godine 178.102,00 → 2021. 161.312,00= što konkretno prikazuje pad za 9,4 %) Stoga potrebno je smanjiti minimalni broj osiguranika odnosno korigirati donji prag istih. Posebice se ističe da je za zdravstvenu djelatnost: opće/obiteljske medicine primjerice, propisan donji prag minimalnog broja osiguranih osoba po timu 1.275, dok je za dentalnu zdravstvenu djelatnost propisan broj od 1425 osiguranih osoba po timu, što je neodrživo. Predmetni minimalni pragovi osiguranih osoba po timu	

		konkretno za dentalnu zdravstvenu djelatnost nisu mjenjani od 2013.godine te se ne uzimaju najbitnij faktori koji bi utjecali na predmetne propisane min.pragove, u smislu prvenstveno nemalog demografskog paada stanovništa, stoga se traži korigiranje predmetnih propisanih minimalnog broja osiguranih osoba po timu u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti. Stoga se predlaže da HZZO: 1. Zadrži kompozitne ispune u lateralnoj regiji kao van standardnu uslugu kao i do sada jer svojim pacijentima želimo pružiti najbolju moguću uslugu koju zaslužuju 2. Da ograniči količinu ponuđenih standardnih usluga po pacijentu na godišnjoj razini u skladu sa praksom većine država EU kako bi pacijenti više bili involvirani u svoje dentalno zdravlje i preuzeli dio odgovornosti 3. Odgovornost pacijenta za svoje zdravlje treba biti vrednovana , jer nedolaskom na termin bez prethodne najave ili u zadnji tren pacijent stvara nepotrebne dodatne troškove cjelokupnom sistemu koji onda nije dovoljno dobro iskorišten. 4.Da definira usluge koje prelaze standard osnovnog osiguranja a praktički sve one koje izvode i dentalni specijalisti i na način koji zahtjeva dodatnu edukaciju, opremu i potrošni materijal - strojna endodoncija i endodoncija kod višekorijenskih zuba sa adekvatnim punilima. Mobilna protetika kao grana stomatologije koja je vrednovana manje od par čišćenja kamenca kroz DTP1 gdje ugovorni doktor preuzima na sebe sve obveze izrade pomagala i služi kao administrativni servis za fakturiranje računa za dentalni laboratorij i plaćanje sredstava koje za njih doznači HZZO na račun ordinacije. 5. Radno vrijeme ordinacija treba svaka ordinacija prilagoditi potrebama svojih pacijenata i specifičnim zahtjevima na terenu, uključujući u radno vrijeme sve obveze dostava i komunikacija koje su vezane za ordinaciju – knjigovodstvo, izvještaji HZZO u , kontakti s laboratorijem i sl.	

		6. Da se za sve ordinacije isplaćuje puni hladni pogon u potpuno jednakom iznosu, neovisno o broju opredijeljenih pacijenata u skrbi i specijalističkog statusa nositelja tima 7.Osigurati pripadajući iznos sredstava u visini bruto iznosa plaća za doktora i za sestru 8.Imajući u vidu duljinu staža u osiguranju za privremene osiguranike potrebno je odrediti lepezu i opseg usluga hitnih stanja koji pripadaju u ponudi za privremene osiguranike sa minimalnim stažom u osiguranju 9. Povećati iznos hladnog pogona ,povećati iznos glavarine te uvesti redovitu indeksaciju sukladno stopi inflacije radi očuvanja realne vrijednosti naknada (povećanjem cijene DTP 1 , dodavanjem dtp ova druge razine za specijalistiku – protetika, endodoncija višekorijenskih zubi, pedodoncija u visini iznosa približno specijalističkih ; dtp 1 u iznosu od 180 % svim timovima) 10. Ladica sa viškom spremljenih DTP- a ne smije se brisati sa novom kalendarskom godinom. 8. Pitanje „Sloboda izbora materijala i postupaka unutar Ugovora“ Ugovorni doktori dentalne medicine trebaju imati pravo samostalno birati vrstu materijala i terapijski postupak unutar okvira ugovorenog standarda. Ograničavanje na točno propisane materijale i postupke, onemogućuje profesionalnu autonomiju doktora te može negativno utjecati na kvalitetu i dugotrajnost terapije. HZZO u ulozi osiguravatelja može propisati minimalni standard, ali ne i maksimalni doseg kvalitete koji doktor može primijeniti u korist pacijenta. Predlaže se HZZO-u, omogućavanje ugovornim doktorima pravo slobodnog odabira materijala i tehnologije u skladu sa stručnim standardima. Naime, HZZO definira minimalne standarde koje pokriva osiguranje, dok su dodatni nad standardni postupci mogući uz privatnu nadoplatu pacijenta. Stoga HZZO ne smije	

		sankcionirati ugovorne doktore zbog primjene kvalitetnijih materijala, ako su ti postupci stručno opravdani. 9. Pitanje „Pravo na prijenos i nasljeđivanje ugovora“ Trenutni ugovorni model HZZO-a ne omogućuje prijenos ugovora u slučaju smrti, umirovljenja ili prijenosa poslovanja ugovornog doktora. Posljedica je gubitak prava, pacijenata i ugovora, iako je riječ o djelatnosti od javnog interesa i kontinuiteta zdravstvene skrbi. Takva pravna situacija destimulira ulaganja u ordinacije, onemogućava planiranje poslovnog nasljeđivanja i dovodi do pravne praznine u trenutku promjene nositelja djelatnosti. Predlaže se da se propiše pravo Ugovornih doktora na pravo prijenosa ugovora na drugog doktora koji ispunjava zakonom propisane uvjete (uz prethodnu suglasnost HZZO-a). Nadalje predlaže se, da se u slučaju smrti ili umirovljenja nositelja ordinacije, ugovor privremeno prenese na ovlaštenog zastupnika do završetka nasljeđivanja ili izbora novog nositelja. Smatramo da HZZO mora osigurati administrativni prijenos bez prekida kontinuiteta zdravstvene zaštite pacijenata, dok Ministarstvo zdravstva treba urediti pravni mehanizam prijenosa ugovora Pravilnikom, kako bi se spriječila pravna nesigurnost i prekid pružanja zdravstvenih usluga. Stoga se predlaže uvesti novi stavak članka 154. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24, 102/25) – Kontinuitet ordinacije i prijenos ugovora: *„U slučaju smrti ili prestanka rada nositelja privatne prakse, ugovor o provođenju zdravstvene zaštite može se, uz suglasnost Hrvatske komore i HZZO-a, privremeno prenijeti na nasljednika ili drugog doktora koji ispunjava propisane uvjete. Imovina i pacijenti ordinacije čine gospodarsku cjelinu kojom do imenovanja novog nositelja može upravljati privremeni zastupnik uz odobrenje Ministarstva zdravstva.“*	

		Hrvatski zakonodavac bi, radi zaštite pacijenata i imovine doktora, trebao omogućiti nasljeđivanje i prijenos ordinacija, u skladu s pravom EU i praksom drugih država članica. Na taj način bi se: • očuvao kontinuitet zdravstvene skrbi, • zaštitila ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu, • i uspostavio moderan, europski model privatne zdravstvene djelatnosti. Nadalje se predlaže uvesti dodatak u smislu članka 154. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23, 36/24, 102/25) - Model prijenosa ugovora s HZZO-om; *„U slučaju smrti ili prestanka rada nositelja, ugovor se može prenijeti na nasljednika ili pravnu osobu uz suglasnost HZZO-a."* Sve ovdje predložene varijante već postoje u drugim EU zakonodavstvima i ne bi narušile medicinsku etiku već bi osigurale kontinuitet pacijenata i zaštitile imovinska prava doktora. Nadalje, trenutni ugovorni model HZZO-a ne omogućuje prijenos ugovora u slučaju zbog formalne promjene oblika poslovanja unutar iste djelatnosti. Temeljno načelo u europskom pravu jest da promjena pravnog oblika poslovnog subjekta ne smije značiti prekid gospodarskog identiteta, a što konkretno proizlazi iz Direktiva (EU) 2017/1132; o određenim aspektima prava trgovačkih društava (tzv. *Company Law Directive*), koja u svojim odredbama propisuje da se u slučaju preoblikovanja društva, sva prava, obveze i ugovori prenose na novo društvo bez prekida poslovanja. Iako se odnosi na trgovačka društva, načelo kontinuiteta koje iz nje proizlazi primjenjuje se analogno i na druge oblike organizacije (obrti, zadruge, ustanove),	

		jer je cilj isti: spriječiti prekid pravnih odnosa koji proizlaze samo iz promjene pravnog oblika. Presude Europskog suda pravde CJEU više su puta potvrdile da pravni oblik nije odlučujući za kontinuitet gospodarske djelatnosti. Ključne odluke: • C-343/90, Collino i Chiappero v. Telecom Italia (2002.) u kojoj Odluci Sud utvrđuje da „promjena pravnog oblika poslodavca ne prekida kontinuitet pravne osobe ni njezinih obveza, ako djelatnost i imovina ostaju iste.“ • C-160/14, Ferreira da Silva e Brito (2015.) kojom se potvrđuje da se kontinuitet subjekta procjenjuje prema stvarnim okolnostima – ne prema formalnom OIB-u ili nazivu Dakle, ako isti doktor, ista djelatnost i ista lokacija nastavljaju rad, čime EU pravo štiti kontinuitet ugovora i prava. Stoga je zaključak potrebe usklađenja sa europskim propisima i to u smjeru, da se prisilni prekid ugovora zbog formalne promjene oblika poslovanja krši načelo proporcionalnosti, ugrožava kontinuitet pružanja javne usluge te stvara diskriminatorni tretman između oblika poslovanja (obrt Vs. ustanova). 10. Pitanje „Priznavanje ugovornih doktora kao samostalnih subjekata zdravstvene djelatnosti“ Ugovorni doktori dentalne medicine imaju status samostalnih zdravstvenih djelatnika, ali su u praksi ograničeni odredbama koje ih tretiraju kao ovisne izvršitelje. Naime, HZZO u svojem djelovanju često prema ugovornim doktorima nastupa kao poslodavac – određujući norme, broj sati i način rada – što nije u skladu s njihovim stvarnim pravnim položajem. Takva praksa dovodi do prikrivenog radnog odnosa, gubitka profesionalne autonomije i pravne nesigurnosti. Predlaže se da Ugovorni doktori budu formalno priznati kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga koji s HZZO-om imaju partnerski ugovor, a ne podređeni odnos. Stoga, nužno je da HZZO redefinira svoje akte na način da jasno razgraniči	

		nadzor nad zakonitošću trošenja sredstava od upravljanja radom ugovornih doktora, dok Ministarstvo zdravstva treba potvrditi pravni status ugovornih doktora u skladu s europskim načelima slobodnog pružanja usluga i tržišnog natjecanja. Ugovorni model mora sadržavati odredbu o ravnopravnosti strana i mogućnosti neovisnog pregovaranja o uvjetima ugovora. 10.1. Također ovdje se i postavlja pitanje nejednakosti između ugovornih doktora dentalne medicine ostalih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti Činjenica jest, kako doktori obiteljske medicine, ginekolozi te pedijatri, raspolažu s mnogo većim predviđenim sredstvima sukladno njihovom ugovoru koji potpisuju s nadležnim tijekom nego to raspolažu doktori dentalne medicine sukladno sredstvima koja su ugovorom za iste namijenjena, a nepobitna jest i činjenica da su ulaganja te potrošnja materijala nemjerljivo manja kod doktora obiteljske medicine, ginekologa te pedijatara nego kod dentalnih ugovornih radnika. Nadalje posebno se ističe kako su već dugi niz godina ovdje ordinacije dentalne medicine, grubo diskriminirana u programima Ministarstva zdravstva te Ministarstva regionalnog razvoja i fondova Europske unije s obzirom da se u Pozivima na dodjelu bespovratnih sredstva Ulaganja u kapacitete za pružanje primarne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, isključuje iste u mogućnosti apliciranja za bespovratna sredstva za određene u navedene svrhe. Naime isto je i razvidno iz zadnjeg i još uvijek aktivnog Poziva na dodjelu bespovratnih sredstva Ulaganja u kapacitete za pružanje primarne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (PZZ-a i SKZZ-a)- referentni broj: PK 6.3.03.a koja se dodjeljuju u okviru Programa „Konkurentnosti i kohezija 2021-2027“, a kojem je prioritet jačanje zdravstvenog sustava, promicanje socijalnog uključivanja, obrazovanja i cjeloživotnog učenja te specifičnog cilja RS04.5. osiguranja jednakog pristupa zdravstvenoj skrbi i jačanju otpornosti zdravstvenog sustava , uključujući primarnu zaštitu. Predmetni Poziv je otvoren od 16.svibnja 2025.godine te je moguće podnošenje projektnih prijedloga do 1.travnja 2026.godine. Jasno je u istom naglašeno kako je predmet poziva nabava opreme i opremanje prostora	

		Domova zdravlja uz manje infrastrukturne zahvate , a sve kako bi se na razini primarne, hitne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite omogućilo više dijagnostičkih i terapeutskih postupaka, čime su ovdje privatne ordinacije dentalne medicine a kao ugovorni djelatnici sa ovdje nadležnim tijelima grubo zakinuta u mogućnosti prijave a na koncu i ostvarivanja bespovratnih sredstava za predmetnu namjenu. Stoga se predlaže da Ministarstvo zdravstva i HZZO, uspostave jednake ugovorne mehanizme za doktore dentalne medicine/ordinacije dentalne medicine sa Domovima zdravlja, a što bi uključivalo uvođenje ugovornog modela koji osigurava pravnu ravnotežu među svim pružateljima usluga u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja te primarne zaštite. 11. Pitanje „Nejednakosti ugovornih uvjeta između doktora dentalne medicine i privatnih dijagnostičkih centara (Medikol, Affidea i dr.)“ Doktori dentalne medicine sklapaju javne ugovore o provođenju primarne zdravstvene zaštite, dok privatni dijagnostički centri sklapaju komercijalne ugovore o nabavi usluga temeljem Zakona o javnoj nabavi, čime se stvara nejednaki tretman unutar sustava javno financiranog zdravstva. Predlaže se uspostava posebnog pregovaračkog okvira između HZZO-a i doktora dentalne medicine, koji bi osigurao isti stupanj govorne slobode i pravne sigurnosti kao sto ga imaju privatni dijagnostički centri. 12. Pitanje „Nejednakost ugovornih uvjeta između doktora dentalne medicine i dobavljača optičkih pomagala“ Doktori dentalne medicine sklapaju javne, standardizirane ugovore o provođenju primarne zdravstvene zaštite, dok optičari i dobavlja pomagala sklapaju komercijalne ugovore o nabavi proizvoda prema Zakonu o javnoj nabavi, što se u	

		praksi reflektira na nemogućnost doktora dentalne medicine pregovaranja o uvjetima, dok optičari imaju mogućnost ugovarati cijene, rokove i uvjete isporuke. Predlaže se da Ministarstvo zdravstva i HZZO, uspostave jednake ugovorne mehanizme za doktore dentalne medicine i dobavljače pomagala, a što bi uključivalo pravo na pregovaranje o uvjetima, mogućnost indeksacije cijena i uvođenje ugovornog modela koji osigurava pravnu ravnotežu među svim pružateljima usluga u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. 13. Pitanje: „Nejednakost ugovornih uvjeta između doktora dentalne medicine i privatnih poliklinika“ Privatne poliklinike ugovaraju sa HZZO-om kroz poseban model sekundarne zdravstvene zaštite. Ugovori obuhvaćaju komercijalne elemente: prilagodbe cijena, definiranje broja usluga i ugovaranje dodatnih kapaciteta. Takvi ugovori imaju karakter nabave zdravstvenih usluga, dok dentalna medicina ostaje u statusu javne službe i to bez mogućnosti pregovora. Predlaže se usklađivanje ugovornih mehanizama između HZZO-a i doktora dentalne medicine s ugovornih mehanizmima te pravilima, koja vrijede za privatne poliklinike. Time bi se osigurala pravna ravnopravnost, transparentnost i održivost sustava, u skladu s europskim standardima socijalnog dijaloga i tržišnog natjecanja. IV.Na temelju prethodno istaknutog, za zaključiti jest da postojeći model ugovora između HZZO-a i ugovornih doktora dentalne medicine nije u skladu s ustavnim, zakonskim ni europskim pravnim načelima. Ugovorni doktori se nalaze u neravnopravnom položaju jer HZZO nameće obveze poslodavca bez preuzimanja pripadajućih obveza. Sustav financiranja i obračuna (tzv. hladni pogon) ne osigurava realnu naknadu troškova rada, materijala i vremena. Ovakav odnos ugrožava ekonomsku održivost i profesionalnu autonomiju ordinacija.	

		V.Stoga je među ostalim potrebno hitno redefinirati odnose kroz poseban pregovarački okvir između HZZO-a, Ministarstva zdravstva i predstavnika ugovornih doktora, kako bi se: • uspostavio novi model plaćanja koji uključuje komponentu naknade za rad, • osigurala pravna ravnoteža između obveza i prava, • zajamčila autonomija u odabiru materijala, postupaka i organizaciji rada. Uvjereni smo da je moguće pronaći rješenje u zajedničkom interesu – koje će istodobno štititi pacijente, poštovati stručne standarde dentalne medicine i osigurati održivost rada ordinacija koje ne mogu raditi iznad ekonomski opravdanih limita, a da time ne ugroze vlastitu egzistenciju. Smatramo da je predmetno nužno radi usklađivanja ugovornih obveza i limita s realnim troškovima poslovanja. Stoga tražimo revidiranje postojećeg ugovornog modela, usklađivanje normativnih pokazatelja, moderniziranje ugovornog odnosa u skladu s realnim uvjetima rada u primarnoj praksi. Naglašavamo kako je cilj ovakvog obraćanja te traženja korekcije postojećeg Ugovora, prvenstveno, osigurati pacijentima dostupnu i kvalitetnu dentalnu skrb, a to je moguće jedino ako ugovorni model postane financijski održiv i pravno ravnopravan. **Tražimo dijalog, a ne konfrontaciju**, jer vjerujemo da je to u interesu i pacijenata i samog sustava, za koji moramo naglasiti da smatramo, da je jedan od bolje osmišljenih zdravstvenih sustava ne samo u Europi već i šire. Posebice uzevši isto u obzir naglašavamo, da bi se stupove tog istog zdravstvenog sustava, trebalo valjano i vrednovati a sve kako bi na koncu isti pacijentima mogli pružiti što kvalitetniju dentalnu skrb. **Sukladno prethodno svemu navedenom, molimo za žurni odgovor i otvaranje stručnog dijaloga o ovom pitanju.**	

		S poštovanjem, Ugovorni doktori dentalne medicine; 1. 2. popis istih… po punomoćniku U Splitu, datum…., studeni 2025.godine	
23.	dr.med.dent. Jelena Kiš	Poštovani, Ovim putem bih htjela izraziti svoje nezadovoljstvo u razlici između mogućih godišnjih prihoda između opće medicine, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece u odnosu na dentalnu zdravstvenu zaštitu. Posao doktora dentalne medicine je izrazito fizički težak. Troškovi ordinacije dentalne medicine su daleko najskuplji od svih gore navedenih djelatnosi. Primjer je bočica tekućine potrebne za izradu ispuna od 5 ml koja košta doktora dentalne medicine 100€ i još mnoštvo drugih materijala s istom i većom cijenom. Smatram kako je razlika mogućih godišnjih prihoda degradirajuća za dentalnu struku i zamolila bih vas za korigiranje istoga.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.
24.	dr.med. dent. Mira Kiš	Poštovani, Evidentno je da je stomatološka struka podcijenjena u pogledu mogućih prihoda u odnosu na druge djelatnosti primarne zdravstvene skrbi. Svima je jasno da naša djelatnost ima daleko veće troškove u pogledu opreme, materijala, održavanja i popravaka ili servisiranja stomatološke jedinice. Da ne spominjem koliko je fizički naporniji posao od obiteljske medicine. Smatram da se Ministarstvo zdravstva, HZZO, mediji i cijela država moraju angažirati i naći način da prisile naše građane da konačno počnu voditi brigu o oralnoj higijeni.	Nije predmet ovog savjetovanja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu predmet rasprave. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.</td></tr>
<tr><td>25.</td><td>prim. Marko Rađa dr. med.</td><td>Poštovani,

u prilogu je moj prijedlog dopune Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koja je trenutno na internetskom savjetovanju sa javnošću.

Naime Ministarstvo zdravstva je isporučilo mobilne ambulante za ruralna i deprivirana područja i za 2 dana prva kreće sa radom, a tijekom idućih tjedana i mjeseci počet će sa radom ukupno 33 mobilne ambulante. Kako nije predviđeno financiranje ovih ambulanti niti u jednom aktu HZZO-a dostavljam moj prijedlog i traženje financiranja mobilnih ambulanti.

U prilogu je također tablica izračuna predložene vrijednosti (iznosa plaćanja) mobilne ambulante.

U Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja potrebno je dodati slijedeće:

Članak 19.

U članku 17. u tablici dodaje se red 20.

<table><tr><td>Red broj</td><td>Vrsta zdravstvene djelatnosti</td><td>Kadrovski normativ</td><td>Stand. br. osigur. stanovnika</td></tr></table></td><td>Nije predmet rasprave.

Ovim izmjenama i dopunama ne uređuje se pitanje mobilnih ambulanti.

Zahvaljujemo na dostavljenom prijedlogu i istečemo kako je navedena problematika u ovom trenutku riješena posebnom odlukom upravnog vijeća HZZO-a</td></tr>
</table>

20.	*Mobilna ambulanta u obiteljskoj medicini*	*1 doktor medicine* *1 med. sestra/med. tehničar* *1 vozač*	*ustrojava se na ruralnim i depriviranim područjima u skladu sa rasporedom mobilnih ambulanti dodijeljenih od strane Ministarstva zdravstva*

Članak 20.

U članku 18. dodaje se stavak 9.

Domovi zdravlja obavezni su organizirati mobilnu/e ambulantu/e u ruralnim i depriviranim područjima u skladu sa rasporedom mobilnih ambulanti dodijeljenih od strane Ministarstva zdravstva.

Članak 21.

Dodaje se članak 96.a (pod ostale cijene ZZ na primarnoj razini)

Godišnja vrijednost tima mobilne ambulante u obiteljskoj medicini:

Red broj	***Vrsta zdravstvene zaštite***	***Godišnja vrijednost tima u eurim***
1.	*Mobilna ambulanta u obiteljskoj medicini*	*136.082,18*

Članak 19. i 20. postaju članak 22. i 23.

Radno mjesto	dr med	med sestra
Osnovica	1.035,00 €	1.035,00 €
Koeficijent	3,00 €	1,55 €

		Minuli rad (sestra i vozač po 20 godina staža, a doktor bez staža)	0,00 €	0,10 €	0,10 €
		Fond sati	168,00	168,00	168,00
		Koeficijent x osnovica	3.105,00 €	1.604,25 €	1.324,80 €
		Minuli rad	0,00 €	160,43 €	132,48 €
		BRUTO bez dodataka	3.105,00 €	1.764,68 €	1.457,28 €
		BRUTO I	3.105,00 €	1.764,68 €	1.457,28 €
		Putni trošak	50,00 €	50,00 €	50,00 €
		Doprinos na plaću	512,33 €	291,17 €	240,45 €
		UKUPAN TROŠAK PLAĆE	3.667,33 €	2.105,85 €	1.747,73 €
		GODIŠNJI TROŠAK PLAĆE	**44.007,90 €**	**25.270,16 €**	**20.972,77 €**
		Zamjena za godišnji odmor	5.500,99 €	3.158,77 €	2.621,60 €
		Regres, božićnica, uskrsnica	700,00 €	700,00 €	700,00 €
		Jubilarna i ostala prava iz KU	150,00 €	150,00 €	150,00 €
		UKUPNO	**50.358,89 €**	**29.278,93 €**	**24.444,37 €**
		UKUPNO	**104.082,18 €**		
		Procijenjeni godišnji troškovi materijala, goriva i ostalih troškova	**32.000,00 €**		
		UKUPNO svi troškovi	**136.082,18 €**		
26.	***Jan Švarc, dr. med. dent.***	Izmjene i dopune o osnovama za sklapanje ugovora nisu sadržajno donijele pacijentima najavljivano poboljšanje, već su se svele na financijsku injekciju ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, s izuzetkom ordinacija dentalne medicine. Bez obzira što ordinacije dentalne medicine imaju daleko najveće kontinuirano ulaganje u opremu i snose najveći trošak materijala koji su koristi za rad s pacijentima, iznos hladnog pogona i glavarine je oko 8200 manji u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije i oko 20000 eura manji u odnosu na ordinacije sa zaposlenim specijalistima, na godišnjoj razini.			Ne prihvaća se. Timovi ugovoreni u djelatnostima opće/obiteljske medicine nikada nisu bili izjednačeni upravo iz razloga kojeg navodite, a to je mogućnost naplate izvanstandardnih

		Kako se tim fiksnim prihodima pokrivaju troškovi lijekova, materijala i ostali troškovi tipa energenti, internet, knjigovodstvo i sl. te plaće i doprinosi nas doktora i zaposlenih asistenata, zanima me koja je zakonska osnova na koju se pozivate, a kojom opravdavate nesrazmjer od 8200 eura godišnje u fiksnim prihodima, te 12000 eura ukupno u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije? Tako nešto prvi puta vidim u dvadeset godina suradnje. Pored manje isplaćenih fiksnih prihoda ordinacije, vrednovanje pojedinih DTP postupaka teško pokriva trošak istih, a bizaran je podatak da vađenje zuba sa separacijom, jedan ozbiljan kirurški postupak vrednovan sa 7,60 eura ne doseže ni mjerenje tlaka kod dr. opće prakse u iznosu od 7,68 eura. Ordinacije dentalne medicine, prema statističkim podacima HZJZa obrađuju godišnje 40% svih osiguranih osoba sa prosječno 3 kontakta čime pružaju oko 4 200 000 usluga godišnje u nešto više od 2000 ordinacija. Potrošnja lijekova na pacijente, zbog prirode posla je minimalna. Kad analiziramo broj izdanih uputnica po pacijentu, dolazimo do broja 0,4 od kojih preko 50% njih je realizirano na RTG snimanje, što ordinacije dentalne medicine čini vrlo štedljivima po proračun, jer se daleko najveći broj postupaka odrađuje u samim ordinacijama bez upućivanja na sekundarne i tercijarne razine skrbi. Žao mi je da taj trud nije prepoznat i valoriziran. Doktori dentalne medicine mogu ostvariti dodatne prihode kroz naplatu vanstandardnih usluga pacijentima, međutim po prvi put financijski degradirani u odnosu na ordinacije opće prakse-dr.med za oko 12000 eura godišnje, taj iznos je teško nadoknaditi. Materijal i strojevi koji doktorima dentalne medicine služe za svakodnevni rad su izrazito visokih cijena, a i troše se prilikom rada vrlo brzo, što zahtjeva vrlo česte servise, popravke ili zamjene. Upravo sve to zahtjeva visoke financijske izdatke, nemjerljive sa sredstvom rada koja koriste dr.med. No i dalje su financirani puno više od dr.med.dent. Doktori dentalne medicine su itekako podcijenjeni što nikako nije ustavno obzirom na obrazovanje i edukaciju te trud koji ulažu za svoj rad. Jedino ispravno rješenje bi bilo izjednačavanje godišnje vrijednosti standardnog tima opće prakse dr med i dr dent med, kako je bilo u svim ugovorima do sad.	usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća.

27.	Mia Nikolov	Poštovani, Stomatolog privatnik sam sa ugovorom sa HZZO u privatnom prostoru u najmu. Sama sve opremila, sama sve kao fizička osoba uredila i tek onda dobila dozvolu da otvorim ordinaciju. Odnosno: "bacila pare" da bi radila. Zahvaljujem se što me niste do kraja uništili i što ste ipak odustali od besplatnih kompozita u stražnjoj regiji. Ali postavljam sljedeće pitanje: s obzirom da ste odlučili da smo manje doktori od pravih doktora i da sukladno tom zaključku zaslužujemo i manje povećanje sredstava za kompenzaciju inflacije... Zanima me kao privatnika (ne kao zubara) kako mislite da preživim ako opseg košarice pacijentu ostaje isti?	Nije predmet ovog savjetovanja. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.
28.	Tina Letić dr.dent.med.	Poštovani, Obraćam Vam se kao doktor dentalne medicine u vezi Vaših prijedloga za sklapanje ugovora. Iz navedenih tablica vidljivo je da doktori dentalne medicine ovim prijedlogom dobijaju najmanje sredstava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Godišnji ukupni iznos bi djelatnosti dentalne medicine trebao biti daleko najveći , zbog dole navedenih troškova koje ostale djelatnost PZZ-te ni približno nemaju.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu predmet rasprave. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima

		Sve ostale troškove (doprinosi , plaće, režijski troškovi, održavanje i kupnja programa , zaštita na radu , jubilarne nagrade , bolovanja , otpremnine....) imamo po kolektivnom ugovoru iste kao i ostale djelatnosti. Troškovi koji dovode do daleko veće potrebe novčanih sredstava su : 1. Kupnja stomatološke jedinice (stolice) i ostalih uređaja (kompresor , saug motor , endometar , polimerizacijska lampa , mikser kapsuliranih materijala ...) svakih 10-ak godina što je trošak od prosječno 30.000- 50.000 eura , 2. Godišnji servis stomatološke jedinice i ostalih uređaja što na godišnjoj razini iznosi cca 2000 eura , 3. Mjesečna cijena potrošnog materijala za rad minimalno 1000 eura , 4. Najmanje 10-ak odlazaka mjesečno u dentalni laboratorij (jer je najbliži laboratorij koji izrađuje metalne lijevane proteze udaljen od naše ordinacije 30 kilometara u jednom smjeru) . Prema svemu navedenom vidi se da bi mjesečni prihod ordinacije dentalne medicine trebao biti barem 1500 - 2000 eura veći od prihoda ordinacije obiteljske medicine i ostalih djelatnosti u PZZ-ti. Također sam mišljenja da je broj pacijenata po ordinacijama nerealno visok jer u mom timu konkretno imamo 2330 pacijenata. To znači da skrbimo o otprilike 46600 zubi. To je daleko prevelik broj s kojim nije moguće raditi na preventivi , što bi trebao biti cilj da smanjimo prevalenciju karijesa u populaciji. Prema tome predlažem da se i smanje brojevi pacijenata po timu. Obzirom na gore navedeno predlažem da se Nacrt Odluke o osnovama za sklapanje ugovora još jednom razmotri prije konačne odluke. Srdačan pozdrav	za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.

29.	Martina Matković	Poštovani, Kao pacijentica ,želim izraziti podršku predloženom povećanju financijskih sredstava za timove obiteljske medicine. Smatram da je adekvatno financiranje primarne zdravstvene zaštite ključno za kvalitetnu skrb o pacijentima. Vjerujem da je to ispravan korak prema jačanju primarne razine zdravstvenog sustava jer svjedočim opsegu i važnosti posla koji obavljaju liječnici i sestre u obiteljskoj medicini. Srdačan pozdrav,	Zahvaljujemo na komentaru.
30.	Tatjana Vizler, dr. med.	Poštovani, pozdravljam uvećani financijski okvir i najavljeno ulaganje u obiteljsku medicinu. Ipak, uz najavljeno povećanje vrijednosti osnovice DTP s 8 na 12€, smatram dodatno potrebnim koeficijente svih DTPa uvećati za najmanje 30%, jer su ovakvi kakvi jesu sramotno niski i nerealni te podcijenjuju rad obiteljskih liječnika. Uz to je potrebno iznose tzv "glavarine" u svim dobnim skupinama za dr. med. (nespecijalisti obit. med.) podići za 10% u odnosu na predloženo, a s ciljem pravednijeg vrednovanja rada liječnika obiteljske medicine bez specijalizacije koji	30. Ne prihvaća se Smatramo povećanje od 50% realnim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.ž

		zbrinjavaju pacijente u istom opsegu te nose punu odgovornost za svoj rad kao i kolege spec. obit. med.	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.
31.	Anita Pavić, dr.dent.med.	Poštovani! Primjećujem da ste općoj povećali mogućnost prihodovanja za 30000 eura, a sve u cilju rasterecivanja sekundarne zaštite. Mi stomatolozi također obavljamo samostalno pregršt zahvata koje nemamo ugovoreno jer spadaju pod sekundarnu zdrav zaštitu. Uložili smo u strojnu endodonciju i kirurške setove(fiziodispenzere) kako bi sami vadili zube i lijecili koji de facto spadaju u sekundarnu. Zašto se nama nisu uvele nove šifre za te postupke(npr alveotomija zuba koju radim svakodnevno,ili strojna endodoncija)? Nadalje,pacijenti su me počeli tražiti da im liječim zube sa koferdamom. To je daljnji trošak,i materijala i vremena, koji ja nikako ne mogu naplatiti jer ne postoji ugovoreni postupak za to,a pacijenti inzistiraju na tome.Molim vas da se oko toga izjasnite.Nadalje, mjesečno plaćam oko 1500 eura zubotehničaru ,a prikazuje se da ja taj novac dobijem od Hzzo i da smo time izjednačeni sa primanjima ostalih doktora u primarnoj zaštiti.Niti slično. Opca praksa treba stol i stetoskop da bi radila svoj posao, a sto mi trebamo? Koliki je trošak kupnje i održavanja naše osnovne opreme za rad? Dakle, direktno smo diskriminirani u odnosu na ostale kolege primarce, s tim da da radimo tehnicki najzahtjevniji posao, svakodnevno u krvi,slini i gnoju ,i to sa našom glavom. Kompliciranost naših zahvata vec pokazuje i broj pacijenata koje mi mozemo primiti u jednom danu,u odnosu na broj koji prime ostali primarci. Odgovor bivšeg ministra je bio taj da mi mozemo i privatno zaraditi. To je kao da doktorima opce prakse kazete da nakon posla za hzzo im nitko ne brani ici zaraditi jos jednu placu negdje drugdje jer im je novca premalo... A podsjecam da je ta razlika , s obzirom na nase izdatke, oko 60 000 eura godisnje između opce,nespecijalista,i nas. Na kraju,i stomatolozi mogu specijalizirati obiteljsku stomatologiju, ali ni za to niste pripremili posebna prihodavanja...Uz još mnoge nepravilnosti i nepravde, pozivam Vas na	Nije predmet ovog savjetovanja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu predmet rasp Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.

		pregovore sa nasim predstavničkim tijelima (udruga je u osnivanju) a na korist doktora i pacijenata	
32.	Jelena Kurtović, mag. pharm.	Poštovani, ovim putem želim izraziti podršku povećanju prihoda za ordinacije primarne zdravstvene zaštite te najavljenim ulaganjima u obiteljsku medicinu. Smatram da je riječ o nužnom koraku u jačanju primarne zdravstvene zaštite, koja predstavlja temelj učinkovitog i dostupnog zdravstvenog sustava. Posebno želim istaknuti iznimno odgovoran i zahtjevan rad liječnika obiteljske medicine. U svakodnevnom radu liječnici obiteljske medicine zbrinjavaju širok spektar zdravstvenih problema, koordiniraju skrb pacijenata te često predstavljaju prvi i najvažniji kontakt pacijenta sa zdravstvenim sustavom. Njihov doprinos funkcioniranju sustava zdravstvene zaštite iznimno je velik i zaslužuje odgovarajuće priznanje kroz adekvatno financiranje i organizacijsku podršku. Smatram kako je potrebno dodatno povećati ulaganja u obiteljsku medicinu, uključujući mogućnost uvođenja dodatnog člana u tim obiteljske medicine. Opseg administrativnih i kliničkih obveza kontinuirano raste, a dodatna osoba u timu značajno bi doprinijela kvaliteti skrbi za pacijente te rasterećenju liječnika. Također je važno naglasiti i da liječnici obiteljske medicine bez specijalizacije svakodnevno rade jednako odgovorno kao i specijalisti obiteljske medicine te za svoj rad snose punu profesionalnu i pravnu odgovornost. Stoga smatram da bi i njihov rad trebalo pravednije vrednovati, osobito kroz sustav glavarine. Dodatno želim istaknuti kako su trenutne vrijednosti DTP-ova izrazito niske i nerealne te ne odražavaju stvarni opseg i složenost liječničkog rada. Takve vrijednosti podcjenjuju rad liječnika obiteljske medicine i ne potiču razvoj primarne zdravstvene zaštite. Uz povećanje vrijednosti osnovnog koeficijenta na 12 eura, smatram da je nužno povećati i koeficijente svih DTP-ova za najmanje 25–30%. Ako je cilj zdravstvenog sustava da obiteljska medicina u većoj mjeri zbrinjava pacijente na razini složenijih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP), tada je potrebno osigurati i odgovarajući financijski okvir. U tom smislu smatram da bi takve	32. Nije predmet ovog savjetovanja. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Povećanje mogućeg limita DTP u odnosu na dosadašnji limit smatramo realnim. Smatramo povećane od 50% realnim naročito u usporedbi istih s cijenama na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koji novčana sredstva ostvaruju isključivo ispostavljanje računa za provedene dijagnostičko-terapijske postupke dok ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i

		DTP-ove trebalo u potpunosti delimitirati ili barem značajno povećati udio koji se može izvršavati izvan limita. Za DTP-ove koji se trenutno plaćaju 10–15% izvan limita, predlažem povećanje tog udjela na najmanje 40%. Vjerujem da bi ovakve mjere doprinijele jačanju obiteljske medicine, pravednijem vrednovanju rada liječnika te dugoročno boljoj dostupnosti i kvaliteti zdravstvene skrbi za pacijente.	osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.
33.	**Leonardo Bressan, dr med**	Poštovani, predlažem da se kroz Upravno Vijeće HZZO normativno uskladi tekst u Čl. 13. st. 4. "Pravilnika o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept": "U slučaju trajnog liječenja bolesnika s kroničnom bolešću, izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite ima pravo osiguranoj osobi na jedan ponovljivi recept propisati lijek za liječenje do najviše 180 dana, ako prema procjeni izabranog doktora propisivanje lijeka u toj količini odgovara objektivnom zdravstvenom stanju bolesnika i prirodi bolesti osigurane osobe i koje neće dovesti do ugrožavanja njezinoga zdravlja, a uz uvjet da je zdravstveno stanje osigurane osobe prethodno bilo stabilno s istom terapijskom dozom s tim lijekom najmanje tri (3) mjeseca, osim za lijekove koji sadrže opojne droge i psihotropne tvari." sa tekstom iz Čl. 10., st. 2. "Pravilnika o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept" Ministarstva zdravstva, u kojem je naznačeno da "Lijek se na temelju ponovljivog recepta može izdati najviše 12 puta", na način da se u čl. 13., st. 4. Vašeg Pravilnika riječi "180 dana" izmijene u "365 dana" ... Na taj način bi se dodatno smnjila potreba javljanja stabilnih kroničnih bolesnika izabranom liječniku samo radi propisivanja kontinuirane terapije. Također, na taj način ostaje i dalje na izabranom liječniku odluka da li će se kronična	33. Nije predmet ovog savjetovanja.

		terapija propisati kroz duže vrijeme i na koliko mjeseci, a sukladno objektivnom zdravstvenom stanju pacijenta i procjeni izabranog liječnika. sljedećih dijagnostičko terapijskih postupaka: 1. Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja Predlažemo kao DTP prve razine: Obrada pacijenta nakon povratka s bolničkog liječenja je vrlo kompleksa i često uz savjetovanje obitelji pacijenta ili samog pacijenta podrazumijeva i ispisivanje sijaseta novih lijekova, uputnica, prijedloga za fizikalnu terapiju u kući, stacionarnu rehabilitaciju, kućne njege, prijavu za obilazak patronažne službe i dr. 2. Pregled akutnog neopredjeljenog pacijenta, neovisno o sjedištu izabranog liječnika Predlažemo kao potpuno vanlimitni DTP: Sada se vanlimitno plaća samo pregled pacijenta čiji izabrani liječnik nema sjedište u mjestu liječnika kod kojega pacijent traži pregled. To nema smisla, jer primjerice pacijent može pregled tražiti kod liječnika u susjednoj općini udaljenoj 2 km, a može tražiti pregled i unutar iste općine u kojoj je udaljenost između dvije ordinacije npr. 15 kilometara. Ako se postave bilo kakvi slični uvjeti doći će do nelogičnih situacija, zato je jedino logično i pravedno da se potpuno ukinu ovakvi uvjeti. Svaki pregled neopredjeljenog pacijenta mora se plaćati vanlimitno.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Nije predmet ovog savjetovanja Predmetni DTP odnosi se na pregled akutnog neopredijeljenog pacijenta u mjestu sjedišta izabranog doktora te ga nije opravdano ugovarati kao vanlimitni postupak, jer bi se time poticao dolazak osiguranih osoba kod neizabranog doktora.

		Pregled svakog neopredjeljenog pacijenta liječniku predstavlja dodatno opterećenje neovisno radi li se o pacijentu kolege koji radi vrata do njegovih, u istom ili susjednom kvartu, drugom gradu ili općini ili čak drugoj županiji. Ne samo da predstavlja dodatno opterećenje, nego i dodatni trošak. Stoga se i taj rad mora potpuno istovjetno valorizirati kada se radi o pregledu neopredjeljenog pacijenta. 3. Odstranjivanje dobroćudnih kožnih promjena Predlažemo kao DTP prve razine: Trenutno niti jedan DTP postupak ne pokriva primjerice ekstirpaciju 'kurjeg oka'. Za ovakve i slične postupke, a koje se rade na razini PZZ, jednostavno je potrebno kreirati adekvatan DTP. 4. Mjerenje krvnog tlaka Predlažemo kao DTP prve razine : Mjerenje krvnog tlaka je jedan o bazičnih dijagnostičkih postupaka u ordinaciji obiteljske medicine koji se trenutno nikako ne bilježe. 5. Testiranje na influenzu, uključen trošak testa Predlažemo kao potpuno valimitni DTP : Ovaj DTP je potrebno uvesti po uzoru na BAT na COVID-19.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz i pouzdan dijagnostički alat. I na OHBP-ima te u hitnim infektološkim ambulantama koriste se za dokazivanje ili isključenje influnze. Nema opravdanog razloga da se i u obiteljskoj ne omogući testiranje pacijenata i fakturiranje računa kroz kreiranje ovog DTP-a kako je preporučeno. Posebice skrećemo pozornost i na komponentu uštede za zdravstveni sustav budući da je BAT puno jeftiniji od PCR-a. Dodatnu uštedu predstavljat će i manje putnih naloga isplaćenih radi odlaska na PRC testiranja na influenzu (sva djeca i stariji koji su od testnog mjesta udaljeniji od 50 km). Dodatni benefit za cijeli zdravstveni sustav predstavljat će i racionalnije propisivanje antibiotika, budući da će obiteljski liječnici u svojim ordinacijama imati koristan dijagnostički alat kojima će moći jasno utvrditi gripu. Navedeni DTP jedino ima smisla ukoliko će se plaćati potpuno vanlimitno po istoj cijeni kao i testiranje na COVID-19 s uključenom cijenom nabave testa. 6. Naručivanje pacijenta na specijalističko-konzilijarni pregled ili dijagnostičku pretragu Predlažemo kao DTP nulte razine: Naručivanje pacijenata na specijalističko-konzilijarni pregled ili dijagnostičku pretragu zahtjeva vrijeme. Nekada je to i jedini razlog dolaska u ordinaciju opće/obiteljske medicine. Ponekada se sastoji od slanja e-zahtjeva za terminom ili slanja e-mail zahtjeva za termin. Postupak je to dakle koji se mora moći zabilježiti, prikazati i naplatiti. 7. Pregled dva zasebna organska sustava Predlažemo kao DTP prve razine: Većina pacijenata koji dolaze u ordinacije opće/obiteljske medicine ima problem vezan za više od jednog organskog sustava. Trenutno postoji adekvatan DTP za	

		zbrinjavanje problema vezanih za 3 ili više organskih sustava, no većina pacijenata ipak dolazi s problemima vezanima za dva organska sustava. Takvi pregledi su kompleksniji i traju duže te bi bilo pravedno razdijeliti ih od običnog pregleda na način na koji je predloženo. Cijena DTP-a trebala bi biti između cijene prvog pregleda i pregleda 3 ili više organskih sustava, a DTP bi trebao biti u skupini DTP-a 1. razine. 8. Odlazak u ljekarnu po lijekove koji se izdaju na ruke liječnika Predlažemo kao DTP prve razine: Sve je više lijekova koji su se prije izdavali kroz 'Dnevnu bolnicu', a sada se izdaju u ordinacijama obiteljske medicine, na način da je režim izdavanja i dalje "ad manum medici", tj. liječnik ili sestra moraju otići u ljekarnu po njih. 9. Mjerenje gležanjskog indeksa Predlažemo kao vanlimitni DTP: U mnogim ordinacijama opće/obiteljske medicine postoje aparati za mjerenje gležanjskog indeksa. Aparat je skup i nije u redu da se ne omogući obiteljskim liječnicima da ne naplate taj rad i ulaganje u višu razinu pružene zdravstvene zaštite u svojim ordinacijama. 10. Odstranjenje urinarnog katetera Predlažemo kao DTP prve razine:	9. Prihvaćen DTP OM409 Mjerenje gležanjskog indeksa[3], III razina, uz određene kriterije mjerenja: Rano otkrivanje periferne arterijske bolesti kod osoba s povišenim kardiovaskularnim rizikom: 1. već postojeća dg I70 Ateroskleroza (i u obitelji); 2. dob >50 g. i neki od čimbenika KV rizika: I10 - I14 Hipertenzija, E10 - E14 Dijabetes, Z72.0 Pušenje, E66.0 – E66.9 Pretilost, E78 Hiperlipidemija, uz zapis u već postojećim

		Postoje situacije, a nisu rijetke, u kojima se urinarni kateter odstranjuje, bez postavljanja novog. Takav postupak trenutno se nema kako ispravno bilježiti u sklopu DTP-a. 11. Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika Predlažemo kao DTP prve razine: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. Mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a za njihovo ispunjavanje. 12. Administrativni postupci na zahtjev opredijeljenog pacijenta Predlažemo kao DTP nulte razine: Pacijenti često izabrane obiteljske liječnike kontaktiraju iz administrativnih razloga (provjeravaju da li im je neka uputnica poslana, jesu li poslali recepte za lijekove koje su naručili preko Telefonske sekretarice, da li im je stigao neki nalaz, ili trebaju tiskanje nekog ranijeg nalaza, otvaranje bolovanja po preporuci stomatologa ili pedijatra, itd.). U takvim situacijama trebali bi imati adekvatan DTP za bilježenje svog rada. 13. Edukacija o pravilnom korištenju lijekova u obliku inhalera, sprejeva, injekcija ili peroralnih lijekova s posebnim režimom uzimanja Predlažemo kao DTP prve razine:	panelima; 3. dob >40 g. i barem dva čimbenika KV rizika, uz zapis u već postojećim panelima, te 4. dob >70 g. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. 12. Ne prihvaća se. Dodano u postojeći DTP OM003 Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite

		Sve je više lijekova u obliku raznih kompliciranih aparata za primjenu i više nije dovoljno samo napisati na pakiranju lijeka „1, 2 ili 3 puta dnevno”, već je od izuzetne važnosti naručiti pacijenta sa lijekom da pred liječnikom primjeni lijek i da se tako provjeri uzima li ga pravilno ili ga odmah u startu prilikom inicijalnog propisivanja educirati o pravilnoj primjeni lijeka. Također, postoje i peroralni lijekovi s posebnim režimom uzimanja, poput oralnog semaglutida, a o čijem se uzimanju pacijente treba posebno educirati. Neadekvatna primjena lijekova dovodi do njihove smanjene učinkovitosti, pa bi bilježenje ovog DTP-a bilo od izuzetne važnosti. 14. U članku 4. Prijedloga u Tablici "/.razina -postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javnozdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative far Asthma, GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine.	potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		15. U članku 4. Prijedloga u Tablici "/.razina -postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica/ rizične populacije - Panel za rak dojke - procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremena upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života - u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. 16. Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijska testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa" (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili Ddimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. OBRAZLOŽENJE: Brzi dijagnostički postupci u ordinaciji obiteljske medicine (CRP, D-dimeri i troponini) učinjeni na POCT uređajima (eng. point od care testing) od iznimnog su značaja i pomoći u radu liječnicima obiteljske medicine, posebice onima	

		koji se nalaze u dislociranim sredinama, ali i svim drugim liječnicima obiteljske medicine kao orijentir za postavljanje dijagnoze, liječenje i eventualno upućivanje pacijenata na SKZZ razinu ili ispravno upućivanje hitnim službama. Važno je napomenuti i da korištenje POCT uređaja dovodi do značajnih ušteda za zdravstveni sustav (smanjena upućivanje pacijenata na laboratorijsku obradu i na OHBP, ušteda na putnim nalozima u slučaju djece i putnih naloga za njihovu pratnju, racionalnije propisivanje antibiotika i sl.). Obzirom na cijenu samog uređaja, kao i cijenu reagensa, potrebno je ovaj DTP uvrstiti među potpuno vanlimitne DTP s predloženim koeficijentom. 17. Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijska testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa" (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili Ddimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. OBRAZLOŽENJE: Brzi dijagnostički postupci u ordinaciji obiteljske medicine (CRP, D-dimeri i troponini) učinjeni na POCT uređajima (eng. point od care testing) od iznimnog su značaja i pomoći u radu liječnicima obiteljske medicine, posebice onima koji se nalaze u dislociranim sredinama, ali i svim drugim liječnicima obiteljske medicine kao orijentir za postavljanje dijagnoze, liječenje i eventualno upućivanje pacijenata na SKZZ razinu ili ispravno upućivanje hitnim službama. Važno je napomenuti i da korištenje POCT uređaja dovodi do značajnih ušteda za zdravstveni sustav (smanjena upućivanje pacijenata na laboratorijsku obradu i na OHBP, ušteda na putnim nalozima u slučaju djece i putnih naloga za njihovu pratnju, racionalnije propisivanje antibiotika i sl.). Obzirom na cijenu samog uređaja, kao i cijenu reagensa, potrebno je ovaj DTP uvrstiti među potpuno vanlimitne DTP s predloženim koeficijentom. 18. Uvođenje novog DTP „Akupunktura" (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni	

		iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. OBRAZLOŽENJE: Trenutno liječnicima obiteljske medicine nije omogućeno bilježenje ovog DTP-a, a isto je omogućeno liječnicima na drugim razinama zdravstvene zaštite, a radi se o kompetenciji koju na istovjetan način stječu i prakticiraju i liječnici obiteljske medicine i SKZZ specijalisti (npr. anesteziolozi, fizijatri, neurolozi). Isto tako, liste čekanja za akupunkturu na višim razinama zdravstvene zaštite su dugačke. S ciljem konačnog omogućavanja bilježenja ovog terapijskog postupka koji se može obavljati i već se i obavlja na razini obiteljske medicine te njegovog ispravnog honoriranja potrebno je uvesti ovaj DTP postupak na način kako je predloženo. 19. Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)" (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. OBRAZLOŽENJE: Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja.	

		20. Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da se za što veći broj ugovorenih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatna reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. 21. Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana - uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtjeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

		prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. 22. Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana - uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Kao i u obrazloženju za gornji prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja.	

34.	Info Dental	Poštovani, Izmjene i dopune o osnovama za sklapanje ugovora nisu sadržajno donijele pacijentima najavljivano poboljšanje, već su se svele na financijsku injekciju ordinacijama primarne zdravstvene zaštite, s izuzetkom ordinacija dentalne medicine. Bez obzira što ordinacije dentalne medicine imaju daleko najveće kontinuirano ulaganje u opremu i snose najveći trošak materijala koji su koristi za rad s pacijentima, iznos hladnog pogona i glavarine je oko 8200 manji u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije i oko 20000 eura manji u odnosu na ordinacije sa zaposlenim specijalistima, na godišnjoj razini. Kako se tim fiksnim prihodima pokrivaju troškovi lijekova, materijala i ostali troškovi tipa energenti, internet, knjigovodstvo i sl. te plaće i doprinosi nas doktora i zaposlenih asistenata, zanima me koja je zakonska osnova na koju se pozivate, a kojom opravdavate nesrazmjer od 8200 eura godišnje u fiksnim prihodima, te 12000 eura	Ne prihvaća se. Timovi ugovoreni u djelatnostima opće/obiteljske medicine nikada nisu bili izjednačeni upravo iz razloga kojeg navodite, a to je mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Usporedbe modela financiranja različitih

		ukupno u odnosu na ordinacije opće prakse u kojima radi dr bez specijalizacije? Tako nešto prvi puta vidim u dvadeset godina suradnje. Pored manje isplaćenih fiksnih prihoda ordinacije, vrednovanje pojedinih DTP postupaka teško pokriva trošak istih, a bizaran je podatak da vađenje zuba sa separacijom, jedan ozbiljan kirurški postupak vrednovan sa 7,60 eura ne doseže ni mjerenje tlaka kod dr. opće prakse u iznosu od 7,68 eura. Ordinacije dentalne medicine, prema statističkim podacima HZJZa obrađuju godišnje 40% svih osiguranih osoba sa prosječno 3 kontakta čime pružaju oko 4 200 000 usluga godišnje u nešto više od 2000 ordinacija. Potrošnja lijekova na pacijente, zbog prirode posla je minimalna. Kad analiziramo broj izdanih uputnica po pacijentu, dolazimo do broja 0,4 od kojih preko 50% njih je realizirano na RTG snimanje, što ordinacije dentalne medicine čini vrlo štedljivima po proračun, jer se daleko najveći broj postupaka odrađuje u samim ordinacijama bez upućivanja na sekundarne i tercijarne razine skrbi. Žao mi je da taj trud nije prepoznat i valoriziran. Doktori dentalne medicine mogu ostvariti dodatne prihode kroz naplatu vanstandardnih usluga pacijentima, međutim po prvi put financijski degradirani u odnosu na ordinacije opće prakse-dr.med za oko 12000 eura godišnje, taj iznos je teško nadoknaditi. Jedino ispravno rješenje bi bilo izjednačavanje godišnje vrijednosti standardnog tima opće prakse dr med i dr dent med, kako je bilo u svim ugovorima do sad.	zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća.
35.	Nives Vuković	Poštovani Ovim putem koristim priliku ,jer smo obaviješteni sa strane Komore dentalne medicine,da postoji mogućnost komentiranja novog nacrta i prijedloga bodovanja u dentalnoj medicini od strane HZZO-a. Slijedom istog ,željela bih Vam objasniti da činjenica da se općoj medicini povećava bod ,a stomatologiji ne nikako nema logično objašnjenje ,a naročito u dijelu hladnog pogona jer troškovi su isti za plaće i doprinose i u dentalnoj medini i u općoj medicini.	Ne prihvaća se.. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nisu predmet rasprave. Treba uzeti u obzir i mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim

		Mnogo postupaka u dentalnoj medicini iziskuje nabavku skupih instrumenata ,materijala i bez obzira što su neke stvari uvedene kao nadstandard i dalje su sredstva nedostatna za redovno obavljanje poslova i pokrivanje svih troškova u ordinacijama dentalne medicine. Naročito je sporan dio koji se odnosi na protetiku koja zapravo potroši sav iznos DTP-a. Slijedom istog trebalo bi i bilo bi neophodno da se vrijednost boda izjednači sa vrijednošću boda opće prakse. Stoga je moje skromno mišljenje da vrijednost boda bude ista kao i vrijednost boda opće medicine.	pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.
36.	Marija Bunjevac Sobol,dr.med.dent.	S obzirom da dolazi do ukidanja određenih DTPa,a nekoliko ih se spaja u jedan,predlažem uvođenje novog DTPa, ispunjavanje zubne putovnice. S obzirom da se sad traži i za vrtić,1.i 6.razred,a svi znamo da je rad s djecom zahtjevniji i zahtijeva više vremena..... Također, predlažem novi DTP 0.razine: pacijent nije došao na zakazani termin niti je isti odjavio na vrijeme. Naime,gubimo vrijeme i produljuje nam se čekanje na termin zbog neodgovornih pojedinaca,smatram da se to mora negdje evidentirati. U Osijeku postoji manjak specijalista oralne kirurgije zbog čega gotovo sve ekstrakcije radim sama. I pacijente na antikoagulansima kod kojih je potrebna suradnja sa LOMom, pacijenata u riziku od osteonekroze na terapiji bisfosfonatima, pa čak i alveotomije. Naravno,vrijednost mog boda je manja nego kod specijalista; pitanje je,ako radim alveotomiju,ne bi li mi istu HZZO trebao i platiti? Isto tako,protetiku treba kompletno maknuti iz limita DTPa. Prepustiti doktoru da procjeni potrebu treba li pacijentu izrada nove ili samo podlaganje postojeće proteze. Ovako pacijenti u strahu da im reparatura neće biti odobrena nakon 5 godina,traže izradu nove,što je posljedično veći trošak za HZZO.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore, dostaviti Zavodu. Ugovorene ordinacije u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) imaju mogućnost upućivanja osiguranih osoba na primarnu laboratorijsku dijagnostiku i ostalu predoperativnu obradu neposredno vezanu uz oralnokirurški zahvat na koji upućuju osiguranu osobu.

		Isto tako,rok za prvu reparaturu je predug,18mj, u kojem se svašta promijeni za pacijenta,pogotovo što se mahom radi o starijim pacijentima sa kroničnim bolestima Također,tražim da mi vratite mogućnost upućivanja pacijenta u laboratorij za nalaz PV i INR,budući da je to rutinska pretraga prije oralnokirurških zahvata za pacijente na antikoagulansima. Nema smisla da za to ovisimo o dobroj volji LOMa	
37.	Adrijana Tomas dr. med. spec. obiteljske med.	Poštovani, nadopuna ranijem prijedlogu. Obzirom su ambulante sve veće zbog zatvaranja, a očito nemate namjeru smanjivati standardni broj osiguranika iako po trenutnim brojkama rad u ambulanti sa maksimalnim brojem osiguranika nikako ne može omogućavati sigurnost pacijentu što je rizik koji ste očito kao osiguravatelj spremni preuzeti, molim da se u obzir uzme sljedeće. Kod zamjena za bolovanje ili godišnje odmore kako nema liječnika mora se raditi dvije ordinacije istovremeno, što kad uzmemo u obzir da je i jedna zahtjevna dovodi do logičnog zaključka da su dvije nemoguća misija pa predlažem da se omogući da zamjena ne bude samo jedna ambulanta. Naime bit grupne prakse (a cijeli Dom zdravlja je grupna praksa) je osigurati dostupnost zdravstvene zaštite. Ta mogućnost je potpuno neiskorištena obzirom ugovorom inzistirate na prijavi samo jednog liječnika/ordinacije za zamjenu. To je ogroman administrativni posao za koji imamo zaposlene ljude i u DZ i u HZZO iako je potpuno nepotreban i sam sebi svrha. U nekim slučajevima se čeka da se zamjena može prijaviti danima pa to dovodi i do financijskih gubitaka ako se radi o razdoblju slanja izvještaja. Raspoređivanjem zamjene na grupnu praksu olakšalo bi se i pacijentima (jer bi primjerice mogli ići fizički bližoj zamjeni, ili zamjeni u istoj ili suprotnoj smjeni ovisno što im više odgovara), a rasteretilo bi se i sustav DZ i sustav HZZO nepotrebnog administrativnog posla, stoga molim da prijedlog razmotrite barem za neku od idućih izmjena.	37. Nije predmet ovog savjetovanja.
38.	**Izvršni odbor Koordinacije Hrvatske obiteljske medicine,**	Zagrebu, 22. travnja 2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje**	

	doc. dr. sc. Matea Matić Ličanin, dr. med., spec. obiteljske medicine Katedra za obiteljsku medicinu Medicinski fakultet Osijek Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Zoran Adžić	**Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr** **PREDMET:** Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, drago nam je što je ovaj prijedlog Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (dalje: Prijedlog) proizašao kao rezultat tripartitnog pregovaranja kroz Radnu skupinu za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Međutim, žao nam je što su neki usuglašeni stavovi ispušteni iz ovog Prijedloga. Svakako pohvaljujemo financijsko ulaganje u primarnu zdravstvenu zaštitu, koje koliko god skupo možda na početku izgledalo na kraju uvijek bude najisplativije i financijski najpovoljnije. Međutim, savjetovanje je proces zamišljen i predviđen da se prijedlozi dani na savjetovanje dodatno izbruse i poboljšanju. S tim ciljem, i povjerenjem da ćete iste uvažiti, iznosimo Vam redom svoje prijedloge kako slijedi: **1. PRIJEDLOG:** Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega	1.-4. Nije predmet ovog savjetovanja.

		zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces *"sklapanja ugovora"* je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. **2. PRIJEDLOG:** Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti	

		materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **3. PRIJEDLOG:** Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: *"Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima."* Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. **4. PRIJEDLOG:** Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U	

		tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. **5. PRIJEDLOG:** Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. **6. PRIJEDLOG:** Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. **7. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine".	5. Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vazan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova. Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjenja minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. 6. Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju

		OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. **8. PRIJEDLOG:** U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" *(umjesto predloženom brojkom "12,00")* OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. **9. PRIJEDLOG:** Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. **10. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100%	opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. 8. Ne prihvaća se. Smatramo povećane od 50% realnim Ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. . 9. – 10. Nije predmet ovog savjetovanja.

		OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" *(tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava)* za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. **11. PRIJEDLOG:** U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. **12. PRIJEDLOG:** U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu	11.-12.. Ne prihvaća se Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.

		profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. **13. PRIJEDLOG:** Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij)*. Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI.	13.i 14. Nije predmet ovog savjeteovanja.

		14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. **15. PRIJEDLOG:** U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. **16. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u	15. Nije predmet ovog savjetovanja Navedeno zahtjeva detaljnu stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine 16. – 18. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz

		primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. **17. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. **18. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. **19. PRIJEDLOG:** Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes."	prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. 19. – 35. Nije predmet ovog savjetovanja.

		OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. **20. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. **21. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019.	Navedeno zahtjeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne radne skupine.

		22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. **23. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. **24. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a	

		"vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. **25. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. **26. PRIJEDLOG:** Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5.	

		OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. **27. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **28. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen	

		pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **29. PRIJEDLOG:** Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. **30. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. **31. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s	

		mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. **32. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. **33. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. **34. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. **35. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima.	

		OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. **36. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. **37. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. **38. PRIJEDLOG:** Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine *(umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.)*, tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine.	36. Ne prihvaća se. Koeficijent za DTP OM 170, OM171 i OM 172 povećan je na 1,00. 37. Ne prihvaća se. Odluka ne može imati povratno (retroaktivno) djelovanje niti stvarati obveze za razdoblje prije nego što je javno objavljena i stupila na snagu. 38. Nije predmet ovog savjetovanja .

		U Zagrebu, 30. travnja 2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr** **PREDMET:** Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja - dopuna Poštovani, kao izravnu dopunu na prethodni e-mail i 38 prijedloga kojima smo se uključili u savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, šaljemo još i sljedeće prijedloge za koje molimo da uz razmotrite i prihvatite. **39. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javno-zdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i	39. - 43 Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je

		specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine. **40. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine.	prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		41. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D-dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. OBRAZLOŽENJE: Brzi dijagnostički postupci u ordinaciji obiteljske medicine (CRP, D-dimeri i troponini) učinjeni na POCT uređajima *(eng. point od care testing)* od iznimnog su značaja i pomoći u radu liječnicima obiteljske medicine, posebice onima koji se nalaze u dislociranim sredinama, ali i svim drugim liječnicima obiteljske medicine kao orijentir za postavljanje dijagnoze, liječenje i eventualno upućivanje pacijenata na SKZZ razinu ili ispravno upućivanje hitnim službama. Važno je napomenuti i da korištenje POCT uređaja dovodi do značajnih ušteda za zdravstveni sustav (smanjeno upućivanje pacijenata na laboratorijsku obradu i na OHBP, ušteda na putnim nalozima u slučaju djece i putnih naloga za njihovu pratnju, racionalnije propisivanje antibiotika i sl.). Obzirom na cijenu samog uređaja, kao i cijenu reagensa, potrebno je ovaj DTP uvrstiti među potpuno vanlimitne DTP s predloženim koeficijentom. **42. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. OBRAZLOŽENJE: Trenutno liječnicima obiteljske medicine nije omogućeno bilježenje ovog DTP-a, a isto je omogućeno liječnicima na drugim razinama zdravstvene zaštite, a radi se o kompetenciji koju na istovjetan način stječu i prakticiraju i liječnici obiteljske medicine i SKZZ specijalisti (npr. anesteziolozi, fizijatri, neurolozi). Isto tako, liste čekanja za akupunkturu na višim razinama zdravstvene zaštite su dugačke. S ciljem konačnog omogućavanja bilježenja ovog terapijskog postupka koji se može obavljati i već se i obavlja na razini obiteljske medicine te njegovog ispravnog honoriranja potrebno je uvesti ovaj DTP postupak na način kako je predloženo.	

		43. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. OBRAZLOŽENJE: Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja. **44. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. **45. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji	44. – 46. Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtjeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne radne skupine

		je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. **46. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Kao i u obrazloženju za 45. prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti	

		na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. S poštovanjem, Izvršni odbor Koordinacije Hrvatske obiteljske medicine	
39.	Dr.med. Gordana Arambašić , spec obiteljske medicine Dr.med. Jagoda Gašpari, spec obiteljske medicine	Poštovani U vezi predloženih promjena slažem se sa svim navedenim prijedlozima koje je poslao Kohom - kao vodeća udruga lijecnika obiteljske medicine . Smatram pozitivnim pomakom suradnju Ministarstva i Kohoma u radu radne skupine koja je napravila prijedlog za povećanje financija te unapređenja kvalitete skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti . Nadam se da će se većina Kohomovih prijedloga usvojiti. S poštovanjem	
40.	Željko Dumančić, dr.med.	Poštovani, Kao mladi liječnik opće/obiteljske medicine, te član KOHOM-a u potpunosti podržavam prijedloge KOHOM-a o Odlukama o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Kako slijedi: PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

			mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno	

		opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. Da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske	

		sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.	

		6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem)	

			bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi	

		se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci	

		1.	SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim.	

			Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (proširenі pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press- konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i	

		praćenje ove skupine bolesnika. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja.	

			19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da	

		sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana	

			bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP- a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka.	

		25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom	

		obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP- ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće).	

			OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenі pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7	

			OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima.	

			OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom	

		01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine. Srdačan pozdrav! Željko Dumančić, dr.med.	
41.	Vjekoslava Amerl Šakić	PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da seugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju s primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. Da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu.	

		3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinunastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće.	

		OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO- a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi	

		OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako	

		i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodnoredovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u	

		nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijegvaloriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine.	

		13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i	

		ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje skroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press- konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine.	

		Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog.18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika	

		utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na	

		pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019.22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav	

		može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP- a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovogdijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente.	

		Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd.	

		Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizičkiprisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP- ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099)	

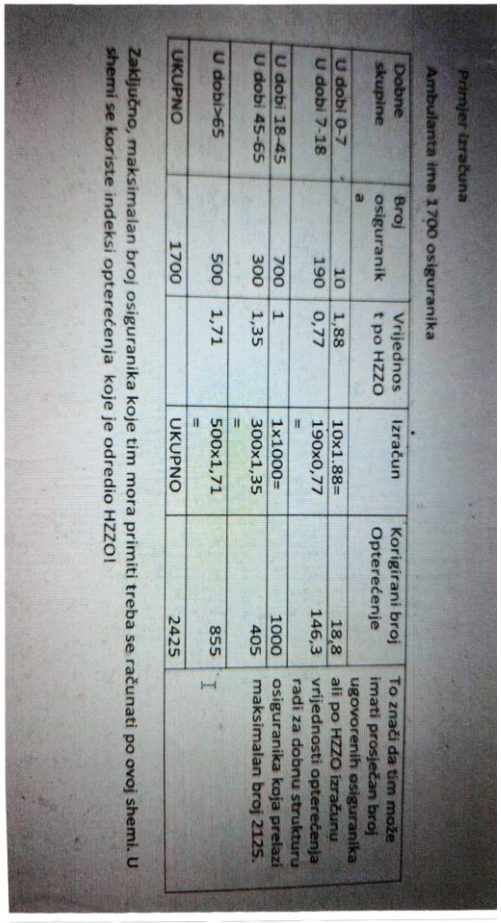
		predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenipregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja),pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da	

		se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest	

		samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr.za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.)	

		OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godin	
42.	Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Morena Butković, dr.med.	Poštovani, temeljem Vašeg poziva "Svi zainteresirani mogu dostaviti svoje prijedloge, primjedbe i komentare na predloženi tekst Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja do 7. svibnja 2026. godine na e-mail adresu: zainteresirana.javnost@hzzo.hr.", predlažem slijedeće: napustiti dosadašnju praksu računanja standardnog tima osiguranika prema apsolutnom broju osiguranika već koristiti izračun vrijednosti opterećenja za dobnu strukturu koji je svojevremeno odredio sam HZZO dob 0-7 g vrijednost opterećenja 1,88 dob 7-18 g vrijednost opterećenja 0,77 dob 18-45 g vrijednost opterećenja 1,0 dob 45-65 g vrijednost opterećenja 1,35 dob > 65g vrijednost opterećenja 1,71	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Ovakav izračun treba koristiti i kod definiranja visine glavarine te popunjenosti timova radi ograničavanja upisa ukoliko opterećenje tima premašuje definirani standardni tim u apsolutnom broju. Činjenica je da je životni vijek sve duži, da su kronične nezarazne bolesti u pandemijskom porastu, da raste broj ljudi sa komorbiditetima u starijim dobnim skupinama i da je skrb sve zahtijevnija, sveobuhvatnija i sve kompleksnija, svaka dobna skupina nosi određenu "težinu" skrbi koja se povećava sa životnom dobi. Apsolutni broj osiguranika u skrbi ne pokazuje stvarno opterećenje tima i ovu korekciju treba žurno odraditi radi evaluacije rada u obitelsjkoj medicine i objektivnog valoriziranja istog.	

		 Primjer izračuna Ambulanta ima 1.700 osiguranika Zaključno, maksimalan broj osiguranika koje tim mora primiti treba se računati po ovoj shemi. U shemi se koriste indeksi opterećenja koje je odredio HZZO! s poštovanjem,	
43.	Vjera Lovrek	Poštovani,	

Dobne skupine	Broj osiguranika	Vrijednost po HZZO	Izračun	Korigirani broj Opterećenje	To znači da tim može imati prosječan broj ugovorenih osiguranika ali po HZZO izračunu vrijednosti opterećenja radi za dobnu strukturu osiguranika koja prelazi maksimalan broj 2125.
U dobi 0-7	10	1,88	10x1.88=	18,8	
U dobi 7-18	190	0,77	190x0,77 =	146,3	
U dobi 18-45	700	1	1x1000=	1000	
U dobi 45-65	300	1,35	300x1,35 =	405	
U dobi>65	500	1,71	500x1,71 =	855	
UKUPNO	1700		UKUPNO	2425	

		U svrhu savjetovanja, šaljem nekoliko prijedloga. Lijepi pozdrav, Vjera Lovrek PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da seugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. Da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima	

		pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinunastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi.	

		5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO- a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati.	

		7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika.	

		Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodnoredovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i	

		osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijegvaloriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po	

		preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i	

		ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje skroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press- konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i	

		HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog.18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju	

		prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju	

		na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019.22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5	

		OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP- a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovogdijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira	

		provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi	

		odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizičkiprisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP- ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin	

		pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja),pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja	

		"vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka	

		urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr.za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.)	

		OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godin	
44.	Katarina Bašić, dr. med. spec. obiteljske medicine	Poštovani, ovim putem želim izraziti svoje primjedbe na predloženu Odluku o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Kao član KoHOM-a u potpunosti podržavam prijedloge koje je udruga iznijela kao komentar na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te ih prosljeđujem: 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini	

		prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: "Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima." Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati	

		eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO- a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi	

		zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku	

		glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovito kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika.	

		Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u komslučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj.prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao iodržavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu	

		profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista,lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već jeto napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenog, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i	

		antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unapređenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom). OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić.	

		16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak:- Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP:OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog.	

		18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te	

		za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je	

		povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku	

		dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na	

		liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin	

		pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje	

		vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i pošteno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja	

		uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.)	

		OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine. S poštovanjem,	
45.	Manuela Šegec, dr.med.spec.obiteljske medicine	Poštovani, vezano za nacrt novog ugovaranja sa PZZ, željela bih naglasiti važnost isplaćivanja punog hladnog pogona za sve timove, neovisno o broju opredijeljenih pacijenata. Hladni pogon je namijenjen za plaćanje plaće medicinske sestre, najma prostora, režija i ostalih troškova ambulante- a taj iznos je jednak i za “malu” ambulantu i za “veliku” ambulantu. Moram naglasiti da često i taj puni iznos hladnog pogona je nedovoljan za navedene troškove. Tako da predlažem, osim da iznos bude jednak za sve ambulante (neovisno o broju opredijeljenih pacijenata) da bude i dodatno uvećan kako bi svaki mjesec bio dostatan da pokrije navedene troškove. Nagalašavam da se slažem i sa svim ostalim prijedlozima koje je uputio KOHOM.	Nije predmet savjetovanja Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na

			dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
46.	Ivan Vuksanović, dr.med. Dom zdravlja BPŽ	Poštovani, Smatram apsurdnim da su samo obiteljski liječnici povezani sa sustavom propisivanja lijekova. Bolnički specijalisti svojom ekspertizom propisuju lijekove, a na kraju lijecnik obiteljske medicine, koji nije sudjelovao pri tom pregledu, lijek mora prepisati i objasniti pacijentu kako uzimati. To je jedan korak viška koji zauzima značajni postotak našeg radnog vremena, a mogao bi se skroz izbaciti. Isto vrijedi i za uputnice, većinom u obiteljskoj medicini propisujemo iste uputnice koje bolnički specijalist preporuči. Također, smatram nepotrebnim i kažnjavanje doktora obiteljske medicine za propisivanje lijekova pacijentu za vrijeme hospitalizacije. Doktor obiteljske nekada ne vidi znak hospitalizacije zbog problema samog sustava. Propisivanje bi samo trebalo poništiti. Pacijent ionako ne može podići terapiju, iskoristiti uputnicu i slično. Nove DTPove smatram odličnim potezom u pravom smjeru, jedino bih preporučio kombiniranje DTPa konzultacija s DTPom pregleda, jer pacijenti gotovo uvijek traže dodatne informacije nepovezane s razlogom dolaska. Dodatni DTP za otpusna pisma je izvrsna ideja. Otpusna pisma ipak su kompleksnija priča od običnog nalaza (iako su sada zbog nepovezanosti bolnica s CEZIHom gotovo ista stvar trenutno).	Nije predmet ovog savjetovanja

47.	**Brankica Brlić-Tarbuk**	Poštovani , podržavam predložene izmjene i najavljena ulaganja u obiteljski medicinu , isto tako smatram da liječnici obiteljske medicine bez specijalizacije snose punu profesionalnu,, etičku i pravnu odgovornost za svoj rad te bi trebalo pravednije vrednovati taj rad u smislu povećanja "glavarina " za liječnike za 10-15 %kako bi se smanjila razlika u odnosu na liječnike specijaliste.Također smatram da koeficijente svih DTP treba povećati barem za 40 %.hvala , lp !	Nije predmet ovoga savjetovanja. Svi DTP su povećani 50%
48.	Prof. Dr. Sc Eduard Vrdoljak	Poštovani, Hrvatsko onkološko društvo podržava prijedlog uvođenja DTP postupka koji se odnosi na strukturirani pristup procjeni rizika i praćenju žena za rak dojke u ordinacijama obiteljske medicine - “Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje”. Smatramo da ovakav pristup može značajno doprinijeti ranijem prepoznavanju rizičnih skupina, ranih simptoma raka dojke, pravovremenom upućivanju na daljnju dijagnostičku obradu te poboljšanju ishoda liječenja. Posebno ističemo važnost uloge liječnika obiteljske medicine u identifikaciji žena koje se nisu odazvale Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke, čime se može povećati njegov obuhvat, odaziv i učinkovitost. Strukturirano praćenje žena izvan dobnih okvira probira, a pogotovo onih koje pripadaju skupinama povišenog rizika, predstavlja važan doprinos kontinuitetu skrbi i ranom otkrivanju bolesti. Uvođenje DTP postupka omogućuje i strukturirano te sustavno praćenje rada u ovom području, čime se dodatno unapređuje kvaliteta i ujednačenost skrbi. Slijedom navedenog, smatramo da predloženi postupak predstavlja koristan i opravdan iskorak u unapređenju skrbi za bolesnice s rakom dojke. Uz srdačan pozdrav,	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

49.	**Doc. prim. dr. sc. Mario Ćurković, dr. med.** *Spec. obiteljske medicine / Znanstveni savjetnik* Dom zdravlja Osječko-baranjske županije Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku	Poštovani, S obzirom da smo mi liječnici obiteljske medicine vrsta liječnika koja ima holistički pristup prema pacijentima i to je ono što nas čini specifičnima u današnjoj fragmentiranoj medicini; obiteljska medicina nije samo stanica za propisivanje recepata nego postaje holistički centar za zdravlje. problem s trenutnim DTP-om savjetovanje je taj što je on previše neodređen i potcijenjen (vremenski i financijski), predlažem sljedeće uvođenje socijalne medicine i gerontologije u svakodnevni rad na nalin koji se može mjeriti i vrednovati. Predlažem slljedeće DTP-ove: 1. Gerijatrisjko osnaživanje (umjesto samo savjetovanje). Obrazloženje:gerijatrijsko osnaživanje odvaja klasično vođenje kroničnih bolesti npr. hipertenzije, KOPB-a od funkcionalne sposobnosti. Stariji pacijent koji je društveno aktivan i fizički pokretan rjeđe treba hospitalizaciju i troši manje resursa sustava. Prijedlog naziva DTP-a: Sveobuhvatna gerijatrijska procjena i planiranje aktivnog starenja. To uključuje procjenu rizika od padova, savjetovanje o prehrani i ono što je najvažnije poticanje na kognitivne i socijalne aktivnosti. 2. Uzimanje proširene anamneze Socijalna anamneza je vrlo važna jer nam ona pokazuje socijalni status, koji značajno utječe na to kako će se provoditi terapija. Potrebno je znati je li pacijent ima grijanje u kući, pristup svježoj i kvalitetnoj hrani ili ima li novaca za participaciju. Ukoliko je pacijent socijalno depriviran to će značajno utjecati na liječenje pacijenta.Prijedlog naziva DTP-a: Evaluacija socijalnih odrednica zdravlja. To uključuje upitnik o uvjetima stanovanja, financijskoj sigurnosti i podršci obitelji. Ovisno o socijalnom statusu takav pacijent bi se mogao uputiti prema socijalnim službama. 3. Intervencija kod socijalne izolacije i usamljenosti Usamljenost se danas znanstveno smatra ozbiljnom čimbenikom rizika za bolest. Liječnik obiteljske medicine je često jedini kontakt kojeg takvi ljudi imaju. Ponekad kod takvih osoba liječnik obiteljske medicine radi posao i socijalnog	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je dostaviti prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore.

		radnika i psihologa, a to troši termine za "klasične pacijente". Prijedlog naziva DTP-a: Savjetovanje za prevenciju bolesti povezanih sa socijalnom izocaijom. To uključuje strukturirani razgovor, povezivanje pacijenta s lokalnim udrugama/klubovima umirovljenika i povezivanje pacijenata sa zajednicom. Ovi DTP-ovi dugoročno štede novac HZZO-u jer sprječavaju komplikacije koje nastaju zbog zapuštenosti i depresije. Ovi DTP-ovi trebaju imati veći koeficijent jer zahtijevaju razgovor od 20-30 minuta, što je u trenutačnoj situaciji "luksuz" koji si nitko ne može priuštiti. Opće savjetovanje ne pokriva gerijatrijskog bolesnika koji je socijalno ugrožen. Osim toga, podupirem sve ostale prijedloge i KoHOM-a. Srdačan pozdrav,	
51.	Nataša Ban Toskić, dr.med., specijalistica obiteljske medicine	Nastavno na otvoreni postupak internetskog savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Nacrt Odluke), slobodna sam poslati vam svoje primjedbe. Prije svega, prepoznajem i podržavam određene pozitivne promjene predložene u ovom Nacrtu Odluke. Ipak, mišljena sam da su za stvarnu održivost sustava nužne daljnje promjene vezane za: **1. Kadrovski normativ tima** Predlažem izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi i 1 zdravstveni suradnik ili administrator, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. **2. Standardni broj osiguranika po timu** Isto tako, predlažem da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše maksimalan broj od 1450 osiguranika.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		Naime, ukupan broj osiguranika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) je 4.022.478,00 1 . Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000,00. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452 2 , potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000,00 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što sam prethodno navela. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. **3. Povećanje osnovne vrijednosti koeficijenta DTP-a na 20,00 EUR** Iako Nacrt Odluke predviđa povećanje vrijednosti boda s 8,00 EUR na 12,00 EUR, mišljenja sam da je navedeno povećanje nedovoljno. Predlažem povećanje vrijednosti na 20,00 EUR. Naime, obzirom na strogo definirane maksimalne limite DTP-ova, ovo povećanje u stvarnosti ne bi predstavljalo dodatni trošak za HZZO. Sredstva unutar limita bi ostala ista, ali bi se rad liječnika realnije iskazivao. Trenutna vrijednost ne odražava stvarne troškove materijala, energenata i visokostručnog rada liječnika i medicinske sestre u 2026. godini. Osim toga, povećanje osnovne vrijednosti DTP-a na 20,00 EUR omogućilo bi realniju naplatu usluga od stranih osiguravajućih kuća (EU i treće zemlje), čime se izravno štiti državni proračun i sprječava prodaja hrvatskih zdravstvenih usluga strancima. **4. Omogućavanje kombinacija DTP postupaka** Na žalost, Nacrt Odluke i dalje zadržava brojna ograničenja u kombiniranju postupaka.	

		Primjerice, šifra OM106 (prošireno savjetovanje) isključuje istovremeni obračun gotovo svih drugih ključnih dijagnostičko-terapijskih postupaka. Predlažem hitno ukidanje restriktivnih zabrana kombiniranja DTP-a. Liječnik u jednom posjetu pacijentu često obavi više medicinski opravdanih radnji (npr. savjetovanje, mjerenje tlaka i obradu kroničnog bolesnika). Administrativna zabrana iskazivanja stvarno odrađenog rada je metodološki pogrešna i rezultira netočnom statistikom o opterećenosti sustava. **5. Pravni aspekti ugovaranja** U Nacrtu Odluke u potpunosti izostaju izmjene koje se tiču ravnopravnosti ugovornih strana a) **Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora** Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažem da se ugovori sklapaju na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svakih pola godine HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatram da je nužno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces sklapanja ugovora je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano.	

		b) kažnjavanje izabranih liječnika zbog preporuka drugih liječnika u sustavu Predlažem da se omogući liječnicima u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o lječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga neka sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e- recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažem da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno propisali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **c) izmjena ugovorne klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda** Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može	

		potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga sam uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima.	
52.	Anita Brandalik, dr. med. spec. obiteljske med.	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata zainteresirana.javnost@hzzo.hr PREDMET: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, drago mi je da se radi na ulaganju u primarnu zdravstvenu zaštitu prema novom nacrtu, no imala bih dodatno još nekoliko prijedloga. - Smanjenje broja pacijenata po timu uz naravno razumno novčano usuglašavanje koje bi pokrilo rad ambulante. Trenutno opterećenje prema ambulantama se zadnjih godina značajno povećalo po samom pacijentu u odnosu na prijašnje godine. Kako zbog dostupnosti novih dijagnostičkih pretraga, novih mogućnosti liječenja tako i prema stručnim smjernicama za	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima,

		praćenje pogotovo kroničnih bolesnika koji iziskuju značajno više vremena kojeg nikad dosta za kvalitetan rad. - Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi jer je teško drukčije izvedivo da ćete imati voljnog kadra za raditi i pokrivati ruralna područja - Pravo na pregovaranje, a ne samo na prihvaćanje ili predlaganje nacrta - Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu - Povećanje cijene sadašnjih DTP-ova, jer je sramotno da zavojni materijal košta više od samog previjanja - Povećati koeficijent za e-konzultaciju, telefonsko savjetovanje budući da je od pandemije veliki dio pacijenata nastavio koristiti ovaj oblik medicinskog savjetovanja umjesto dolaska u ambulantu, tako da se na ovakav oblik rada potroši i do 50 % radnog vremena pojedinim danima, a nije ništa manje opširan nego konzultacija u ambulanti. Čim više često se pretvori u cijelodnevno dopisivanje između drugih pregleda - Mogućnost prenošenja „DTP ladice“ u iduću kalendarsku godinu U nadi da će se ne samo razmotriti nego dio ovoga i uvažiti s poštovanjem Anita Brandalik, dr. med. spec. obiteljske med.	normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ostale primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38. .
53.	Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju.	**Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Margaretska 3** **10000 Zagreb** 27.4.2026.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je

		Predmet: vrednovanje Panela za kroničnu bubrežnu bolest u ordinacijama liječnika obiteljske medicine -prijedlog HDNDT na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog siguranja Poštovana/i, u sklopu javnog savjetovanja na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja obraćamo Vam se ispred Hrvatskog društva za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Hrvatskog liječničkog zbora s **prijedlogom za dodjeljivanje novog DTP-a za vođenje Panela za kroničnu bubrežnu bolest**. Predlažemo isti uvrstiti u članak 4. Odluke u „*Tablicu I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija*" pod nazivom: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolest (npr. nova šifra DTP: OM173) **OBRAZLOŽENJE**: U Republici Hrvatskoj oko 10-12 % odraslih osoba ima kroničnu bubrežnu bolest, odnosno oko 350 tisuća građana, a više od polovice oboljelih ne zna da ima tu devastirajuću bolest. Kako je **rano otkrivanje KBB prepoznato kao jedan od najučinkovitijih alata za uspješno upravljanje bolešću** koje rezultira većom kvalitetom života, smanjenjem komplikacija i smrtnosti i posljedično manjim troškovima za društvo i javni zdravstveni sustav, Hrvatsko društvo za nefrologiju dijalizu i transplantaciju (HDNDT) i Koordinacija hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), zajednički su osmislili i uspostavili Panel za rano otkrivanje kronične bubrežne bolesti. **Panel za KBB je inovativni, interaktivni digitalni alat** implementiran polovicom 2024.g. u oko 2200 ordinacija obiteljske medicine na cijelom teritoriju Republike Hrvatske. Panel omogućava identifikaciju i praćenje bolesnika s bubrežnom bolesti, identifikaciju i kontrola čimbenika rizik i komplikacija, optimalan izbor dijagnostičke obrade ovisno o stadiju KBB, preporuku optimalne terapije i izbor adekvatnih doza lijekova prema eGFR, pravovremeno upućivanje nefrologu i edukaciju svih čimbenika sustava nefrološke skrbi te standardizaciju nefrološke skrbi na cijelom teritoriju RH. Do sada je kroz panel obuhvaćeno gotovo **30 tisuća pacijenata** i otkriveno je **32% posto bolesnika u nekom od stadija kronične bubrežne bolesti** u visokorizičnim populacijama pacijenata s hipertenzijom, pretilošću, dijabetesom, kao i među pacijentima s obiteljskom anamnezom bubrežne bolesti.	prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		Kroz dosadašnju volontersku primjenu panela u ordinacijama obiteljske medicine, postignut je značajan porast ranog otkrivanja KBB-a, što je ključno za pravovremeno liječenje, usporavanje progresije bolesti i smanjenje troškova zdravstvenog sustava. Kako unatoč dokazanoj učinkovitosti, ispunjavanje panela za KBB trenutačno nije zasebno vrednovano, za razliku od drugih postojećih panela **ovom odlukom podupiremo napore KoHOM-a i kolega liječnika obiteljske medicine za uvođenjem DTP-a za ovaj postupak kao logičan i nužan korak kako bi se potaknulo sustavno korištenje alata koji izravno doprinosi poboljšanju ishoda liječenja.** Dosadašnja praksa pokazuje kako bi financijsko vrednovanje ispunjavanja panela za KBB potaknulo redovitije korištenje ovog alata, povećalo broj pravovremeno otkrivenih bolesnika i dugoročno smanjilo troškove liječenja uznapredovalih stadija bolesti, uključujući dijalizu i transplantaciju. Odlukom HZZO-a o mogućnosti određivanja ACR-a na nivou primarne zdravstvene zaštite napravljen je prvi veliki korak u dijagnostici kronične bubrežne bolesti na ključnom mjestu zdravstvenog sustava. Panel za KBB predstavlja daljnje unapređenje dijagnostike i sveobuhvatnog učinkovitog liječenja i optimalnog zbrinjavanja ovih bolesnika u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske.	
54.	Damir Dodig	Poštovani, Kao netko tko vec 25 godina radi u primarnoj dentalnoj zdravstvenoj zaštiti moram priznati da sam osupnut novim prijedlogom ugovaranja. Onaj tko je predložio ovaj prijedlog blago je rečeno je zlonamjeran ili da ne kažem jos nešto groblje. Ne znam uopce odakle bih počeo nabrajati totalne nelogičnosti u ovom prijedlogu pa ću početi sa hladnim pogonom koji bi u dentalu trebao biti najveći od svih primarnih djelatnosti jer troškovi na mjesečnoj razini obiteljske medicine a da ne govorim pedijatrije ili ginekologije su neusporedivo manji od troškova ord.dentalne medicine. Naši materijali su u zadnje vrijeme poskupjeli vise od 40% a mjesecno trošimo ogromne iznose za nabavu istih jer mi RADIMO ISKLJUČIVO SA TIM UZASNO SKUPIM POTROŠNIM MATERIJALIMA SVAKI DAN ZA RAZLIKU OD KOLEGA KOJI PO TOM PITANJU NAM NISU NITI BLIZU!!! Stoga prijedlog da nama hladni pogon, koji je do sada bio isti sa ostalim granama primarne(sto je također nevjerovatno s obzirom na činjenice o troškovima ordinacija), sada bude čak manji od ostalih djelatnosti primarne je blago rečeno BLASFEMIČAN!!!	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nje moguća Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

		DA NE GOVORIM DA PO OVOM PRIJEDLOGU JE JEDNO OBICNO MJERENJE TLAKA U OBITELJSKOJ SKUPLJE OD SEPARATIVNOG VAĐENJA ZUBA KOJI JE KIRURŠKI ZAHVAT I KOJI PONEKAD MOZE TRAJATI VIŠE OD SAT VREMENA UZ KASNIJE ŠIVANJE RANE I KORIŠTENJE SVIH HEMOSTSTSKIH POTROSNIH MATERIJALA. Pa mi cisto pada na pamet da se ovim prijedlogom netko ozbiljno šali sa dentalom. Strojna endodoncija koja nije nadstandard. Prava data pacijentima kao da su svete krave koje nas mijenjaju kao čarape kad im god padne na pamet a zakon o zdravstvenoj zaštiti jasno kaže da je pacijent dužan paziti na svoje zdravlje. Oni ne paze i kakva je posljedica? Nema je, samo nas jos vise i vise opterećuju pa tu dolazimo do jos jedne nelogičnosti da standardni tim za dental broji 1900 pacijenata a za obiteljsku 1700??!! Po kojoj logici? Kako? Nerazuljivo i neobjasnjivo pogotovo kad znamo da se u zadnjih 10 godina stanovništvo RH smanjilo za vise od 12%. I bez ovog podatka standardni tim mora biti jednak za dental i za obiteljsku. Mogao bih ovako nabrajati jos koliko hoćete ali mislim da ako se želi onda je poanta priče shvacena. Stoga apeliram da se ovakav prijedlog pod hitno promijeni jer sam siguran da je i masa kolega poslala praktično isti mail na ovu adresu a sve u svrhu daljnjeg normalnog i održivog funkcioniranja dentala u sklopu primarne a ne na štetu liječnika koji ju provode a u konačnici i najviše na štetu naših pacijenata.	Standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, je pitanje šire rasprave Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala.
55.	Milo V	OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-	Nje predmet ovog savjetovanja.

		terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo.	
56.	Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije Ravnateljica Željka Žnidarić, univ. Spec. Oec.	KLASA: 011-01/25-01/01 URBROJ: 2140-44-03-1-25-2 Krapina, 24. travnja 2026. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske n/p ministrice doc. dr. sc. Irene Hrstić, dr. med. spec. Ksaver 200 a 10000 Zagreb PREDMET: Promjena Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti i Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, predlaže se Poštovani, Obraćamo Vam se ovim putem vezano za problematiku zapošljavanja medicinskih sestara u ordinacijama Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije. Već neko vrijeme primjetan je trend da se na natječaje za zapošljavanje medicinskih sestara javlja vrlo malen broj kandidatkinja/kandidata. Po završetku srednje škole, veliki broj završenih medicinskih sestara/tehničara odlučuje umjesto na tržištu rada svoj put nastaviti daljnjim školovanjem na visokoškolskim ustanovama. Zbog navedenoga, sve više se javlja potreba za zapošljavanjem prvostupnica/ka sestrinstva na radnim mjestima u ordinacijama Doma zdravlja, prije svega u	Nije predmet savjetovanja

		obiteljskom medicini, pedijatriji, ginekologiji i ordinacijama specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. Međutim, kao što Vam je poznato, plaće medicinskih sestara u gore spomenutim ordinacijama definirane su Uredbom o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama (NN 22/24). Dakle, domove zdravlja ništa ne priječi da zaposle prvostupnice/ke sestrinstva, ali im se ne može obračunati plaća viša od one propisane koeficijentom 1,55 pa stoga prvostupnice sestrinstva nisu zainteresirane za rad u navedenim ordinacijama primarne i specijalističkokonzilijarne zdravstvene zaštite. Zbog navedenoga predlaže se izmjena članaka 13. i 16. Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (NN 52/20) i ostalih primjenjivih članka na način da se kao radnici u ambulantama obiteljske (opće) medicine, specijalističkim pedijatrijskim i ginekološkim ordinacijama te ordinacijama specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite uz medicinsku sestru/tehničara navedu i prvostupnici sestrinstva. Također, nastavno na navedeno u gornjem pasusu predlaže se na odgovarajući način izmijeniti i Odluku o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja kako bi domovi zdravlja mogli u spomenutim ordinacijama zapošljavati prvostupnice/ke sestrinstva te njihov rad fakturirati Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje na bazi plaće izračunate temeljem koeficijenta za obračun plaće medicinske sestre/tehničara prvostupnice/ka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 3 (1,82). U nastavku dostavljamo prijedloge novih godišnjih vrijednosti standardnog tima za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite djece i zdravstvene zaštite žena. Tablica 1. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost opće/obiteljske medicine:	

		Vrsta zdravstvene zaštite Hladni pogon Opća/obiteljska medicina dr. med. spec. + medicinska sestra{medicinski tehničar 68.594,36 Opća/obiteljska medicina dr. med. spec. + medicinska sestra/medicinski tehničar prvostupnik 72.339.61 Opća/obiteljska medicina dr. med. medicinska sestra/medicinski 68.594.36 Opća/obiteljska medicina dr. med. medicinska sestra/medicinski 72.874,65 Tablica 2. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite djece: Vrsta zdravstvene zaštite Hladni pogon	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.

Zdravstvena zaštita predškolske djece dr, med. spec. + medicinska sestra/medicinski tehničar	72.904.87											
Zdravstvena zaštita predškolske djece dr. med. spec. + medicinska sestra/medicinski	76.878,19											

Ne prihvaća se.

Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%

Tablica 3. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite žena:

Vrsta zdravstvene zaštite														
		Hladni pogon												
Zdravstvena zaštita žena dr. med. spec. + medicinska sestra/medicinski tehničar	73.564,87													

Ne prihvaća se.

Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%

Zdravstvena zaštita žena Dr. med. spec. + medicinska sestra/medicinski tehničar prvostupnik	77.574.16											

Takvim izmjenama proširili bi krug zainteresiranih za rad u ordinacijama domova zdravlja te bi barem malo umanjili kadrovske probleme koji, uz gotovo nepostojeći interes liječnika, ali i uz sadašnjim okolnostima medicinskih sestara za rad u domovima zdravlja, prijete paralizirati sustav primarne zdravstvene zaštite.

Poštovani,

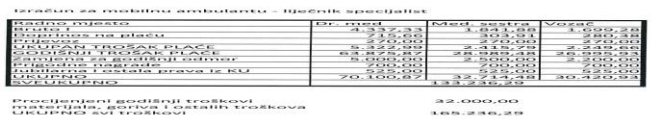
u okviru Savjetovanja s javnošću u postupku donošenja općih akata Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje dostavljamo prijedlog izračuna stvarnih godišnjih troškova rada mobilne ambulante, radi objektivnog utvrđivanja potrebnog standarda financiranja ove zdravstvene djelatnosti.

Temeljem provedene analize organizacijskih, kadrovskih i operativnih zahtjeva za redovno funkcioniranje mobilne ambulante, utvrđeno je da ukupni godišnji trošak rada mobilnog ambulantnog tima iznosi **165.236,29 EUR**, i to kako slijedi:

- **Trošak rada liječnika specijalista, medicinske sestre i vozača:** 133.236,29 EUR godišnje,
- **Procijenjeni godišnji troškovi materijala, goriva, održavanja i ostalih operativnih rashoda:** 32.000,00 EUR godišnje.

Nije predmet savjetovanja

		Navedeni izračun uključuje sve nužne elemente stvarnog troška rada mobilne ambulante, uključujući: • bruto plaće i doprinose na plaću za članove mobilnog tima, • troškove prijevoza zaposlenika, • troškove zamjene za vrijeme korištenja godišnjih odmora, • prava radnika temeljem kolektivnog ugovora (prigodne nagrade, jubilarne nagrade i ostala materijalna prava), • troškove goriva, potrošnog medicinskog materijala, održavanja vozila i medicinske opreme te druge operativne rashode nužne za kontinuirano pružanje zdravstvene zaštite na terenu. Posebno ističemo kako organizacija mobilne ambulante predstavlja oblik zdravstvene zaštite s povećanim logističkim i operativnim zahtjevima u odnosu na standardni ambulantni rad, prvenstveno zbog potrebe osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite stanovništvu u ruralnim, udaljenim i prometno slabije povezanim područjima. Slijedom navedenog, smatramo nužnim da se prilikom definiranja modela ugovaranja i financiranja mobilnih ambulanti u okviru općih akata HZZO-a uvaže stvarni troškovi organizacije rada mobilnog tima, kako bi se osigurala održivost pružanja ove javnozdravstveno važne usluge. U privitku dostavljamo detaljnu specifikaciju predmetnog izračuna. Molimo da se navedeni prijedlog razmotri i uvaži pri izradi konačnog prijedloga općih akata.	

		 Izračun za mobilnu ambulantu - liječnik specijalist Radno mjesto | Dr. med | Med. sestra | Vozač Bruto I | 4.137,33 | 1.801,13 | 1.190,28 Doprinos na plaću | 710,00 | 309,01 | 204,18 Prijevoz | 270,00 | 270,00 | 270,00 UKUPAN TROŠAK PLAĆE | 5.342,99 | 2.415,79 | 2.249,56 OSTALI TROŠAK PLAĆE | 24.875,87 | 28.989,38 | 26.315,03 Amortizacija automobil celnar | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 Režijska i ostale | 500,00 | 500,00 | 500,00 Nabavna i ostala prava iz KU | 50,00 | 50,00 | 50,00 UKUPNO | 70.100,97 | 32.744,38 | 30.120,03 SVE UKUPNO | | 131.245,42 | | Procijenjeni godišnji troškovi materijala, goriva i ostalih troškova 32.000,00 UKUPNO svi troškovi 185.236,28 S poštovanjem,	
57.	Ivana Vidinović, dr.med.spec.obiteljske medicine	Poštovani, U nastavku iznosim dodatne i korigirane prijedloge Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, nadajući se da ćete ih uvažiti. 1.prijedlog: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražim da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Cezihe), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da	

		svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 2. prijedlog**:** Predlažem izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 3. prijedlog: Predlažem da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000.	

		Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 4. prijedlog: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%	

		5.prijedlog: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" *(tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava)* za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 6.prijedlog: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga,	

		zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 7. prijedlog: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji* *jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij)*. Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može	

		dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI 8.prijedlog: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 9. prijedlog: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s	

		bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 10. prijedlog: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP	

		"Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 11. prijedlog:Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP[1] ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). 12.prijedlog: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine *(umjesto kao što je*	

		do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. Godine. S poštovanjem,	
58.	Ivana Štefanović Hojsak, dr med	Poštovanje, koristim ovu priliku kako bih podržala povećanje prihoda za ordinacije primarne zdravstvene zaštite kao i najavljena ulaganja u obiteljsku medicinu. Kao liječnik sa gotovo 10 godina iskustva rada u ambulantama obiteljske medicine i to isključivo kao liječnik bez specijalizacije smatram bitnim svrnuti vam pažnju na činjenicu kako i liječnici bez specijalizacije koji rade u ambulantama obiteljske medicine rade jednako odgovorno kao i oni sa specijalizacijom te snose punu profesionalnu, etičku i pravnu odgovornost za svoj rad. Smatram da bi i njihov rad trebalo malo više i pravednije vrednovati kroz "glavarinu" te povećati glavarinu za sve dobne skupine za liječnike bez specijalizacije za 10-15% kako bi se smanjila razlika u odnosu na liječnike specijaliste na realnu razinu. Trenutne vrijednosti DTP-a su jako niske i nerealne, podcjenjuju liječnički rad te bi uz dizanje vrijednosti osnovnog koeficijenta na 12 eura trebalo svakako podići i koeficijente svih DTP-ova za 30-ak posto. Uz to bi sve nadstandardne DTP koji zahtijevaju ulaganje u opremu i/ili specifična znanja/kompetencije trebalo platiti izvan limita jer ako to ne odradi LOM/SOM naplatit će se višestruko na SKZZ razini, ali pridonoseći pri tome dodatno dužim listama čekanja. Lp	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje. Smatramo povećanje od 50% realnim naročito u usporedbi istih s cijenama na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koji novčana sredstva ostvaruju isključivo ispostavljanje računa za provedene dijagnostičko-terapijske postupke dok ordinacije ugovorene u

			djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.
59.	Ana Maglica ,dr.med.dent. Split	Poštovani! Jedan sam od ugovornih doktora dentalne medicine u zakupu u prostorijama Doma zdravlja. Trenutna situacija je ukratko receno neodrziva. Glavarine nisu revidirane predugo,kolege se ne ukljucuju u dijalog , nismo uz minimalna primanja i jos manje doprinose (poslijedicno mirovine) u mogucnosti skrbiti za nametnuti standardni broj pacijenata a kamoli opremu. Nasa struka podrazumijeva velike troskove u radu, za razliku od npr. lijecnika opce prakse,te stolicu kao osnovno sredstvo za rad uz mnogo pomocnog instrumentarija.. Inflacija je dovela do situacije da je nas rad potpuno anuliran, ne mozemo si priustiti primanja u mjesecu kada nasa medicinska sestra ode na bolovanje ili se pojavi bilo kakav trosak vezan uz opremu. Kolege su ogorcene a prava pacijenata beskrajna i neogranicena. Postoji niz tocaka koje trebaju hitne izmjene, od vrijednosti bodova do cinjenice da su nasi privatni i poslovni oibi isti, standardnog broja pacijenata koji uz sve manji broj stanovnika trazi korekcije itd.,itd.. Uglavnom poanta lezi u tome da se u novom nacrtu ne nalazi dostatno rjesenje za situaciju u kojoj se nalazimo i da glavarine potpuno posramljuju razinu skolovanja i tezinu i odgovornost posla kojim se bavimo ! Do te mjere da osoba požali truda i rada tijekom cijelog skolovanja kad sumira za koji iznos radi, sto nema prava na primanja prilikom odlaska na bolovanje lijecnika ili sestre,tako da najcesce radimo bolesni (vecina nas s invalidnim kraljeznicama) i za jos sramotniju mirovinu zbog nemogucnosti odvajanja za istu.	Nije predmet ovog savjetovanja Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, je pitanje šire rasprave
60.	Dana Vlašić	Poštovani	Ne prihvaća se.

	DMD Đurđevac	Imam upit i konstataciju. Radim preko 20 god u struci ,imam dosta starije polpulacije koja nažalost i umire a ritam rađanja nije baš isti a i demografski odljev pacijenata je zamjetno i primjetno osjetan bar za 10 % se smanjio broj stanovnika ukupno a broj minimalno - maksimalno broj pacij ostao isti ,nije se korigirao od 2013 g .?! Zar ne bi bilo pošteno i fer da se o tome isto malo razmisli ,da u miru dočekamo i penziju u ovom našem ionako stresnom poslu još se moramo dodatno uznemiravati da li ćemo imati dovoljno pacijenata zbog punog HP.. Ili da se ,jednostavno HP, izjednači SVIMA a ne uvjetuje brojem pacijn.jer bez obzira na broj istih ,NAJAM,REŽIJE ,MATERIJALI,održavanje mašine i popratnih uređaja,PLAĆE SE TREBAJU PODMIRITI ,zar ne?? I jos imam konstataciju. Tehničarski bod je išao gore,nema drugog objašnjenja, ,možda vi nemate uvid da od Osnovnog osiguranja koji se uplati od strane Hzzo - a nama ordinacijama ,dok se naprave socijalne proteze,kompletan iznos se isplaćuje tehničarima,..naša zarada,ordinacijska je jedino od pacijn dopunskog osiguranja i to puni 176 e ako je u radnom od ,pola ako je u penziji a 0 eura,ništa ako je po nekoj osnovi oslobođen, To su stvari u praksi koje su pomalo postale problematične pogotovu ,kažem kod ordinacija sa starijom populacijom,ljudi znaju da im npr totalne proteze vrijede 5 god i nakon tog isteka žele nove ...itd.. Ugl problema na terenu ima na pretek. Naš posao stalno zahtijeva materijalne troškove koje ponekad je jako teško namaknuti ,pogotovu u sredinama slabijeg socijalnog statusa gdje ljudi nemaju novaca za nadstandard!! Lijepo molim da se ove činjenice,koje sam navela,razmotre i shodno tome donese neki suvisli i razumni zaključak na radost i nas zaposlenika i pacijenata .	Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Zavod plaća troškove usluga dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje

		Samo zadovoljan doktor dent med može biti učinkovit na dobrobit naših pacijenata. S štovanjem	osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i isti nisu dio DTP-a koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne). Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona, glavarine QI, KPI te skupne prakse.
61.	Gordana Veron - dentalni asistent	Poštovani, obraćam vam se s ciljem ukazivanja na ozbiljan i dugotrajan problem u dostupnosti endodontskih zahvata. Pacijenti su suočeni s neprihvatljivo dugim rokovima čekanja za endodontske zahvate. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove strojne endodoncije. Doktori dentalne medicine koji imaju ugovor sa HZZO nisu u mogućnosti primjenjivati strojnu endodonciju, što bi olakšalo pacijentima da nisu primorani na dugo čekanje za liječenje zuba. Hladni pogon bi trebalo znato povećati .	Ne prihvaća se. Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala. Koeficijenti DTP-ova vezani uz endodontsko liječenje zubi su povećani.

		Srdačan pozdrav	
62.	Renata dr.Lončar Drugović	Poštovani, obraćam Vam se kako bi ukazala na značajne nepravilnosti, nelogičnosti i sustavnu neravnotežu u ugovornom položaju doktora dentalne medicine u odnosu na doktore opće/obiteljske medicine, osobito one bez specijalizacije, koje proizlaze iz posljednjih izmjena Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite. 1. Neujednačen i nepravičan model financiranja u usporedbi s obiteljskom medicinom U Tablici 1.1. kojom se definira "Godišnja vrijednost standardnog tima opće/obiteljske medicine", jasno je vidljivo sljedeće: doktor opće/obiteljske medicine bez specijalizacije godišnje može ostvariti: 122.784,48 € + dodatne mogućnosti = 123.657,10 € istovremeno, prosječan doktor dentalne medicine u redovnom ugovornom modelu ne može doseći niti približno sličan prihod, iako: ima veće fiksne troškove ordinacije, radi u kapitalski i tehnički zahtjevnijoj djelatnosti, financira skupu opremu, autoklave, rtg opremu, kompresore, turbinske nastavke, saugmotore, potrošne medicinske materijale, aredstva za dezinfekciju u ogromnimim.kolicinama, izuzetno skupe dentalne materijale i otisne mase, inatrumentarij itd. Ovakva nejednakost posebno je izražena s obzirom na činjenicu da doktor opće medicine bez specijalizacije prima više sredstava od doktora dentalne medicine, iako obavlja rad bez specijalnosti.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

		2. Rashodi dentalnih ordinacija višestruko veći od rashoda u obiteljskoj medicini U odnosu na ugovornu vrijednost tima obiteljske medicine, koja se dominantno odnosi na rad liječnika i medicinske sestre, doktori dentalne medicine financiraju: skupu stomatološku opremu i učestala održavanja sterilizaciju i reprocesiranje instrumenata visoke troškove rendgenske opreme (intraoralne, ortopan) potrošne materijale koji značajno prelaze vrijednosti u obiteljskoj medicini amortizaciju tehnološke opreme čiji vijek traje manje od 5 godina opsežniji set instrumenata i mehaničkih uređaja Unatoč tome, vrijednost boda u dentalnoj medicini ostaje trajno niža, a ukupni ugovorni prihodi nerazmjerno manji. 3.Pravna i sustavna nelogičnost Nelogično je i stručno neutemeljeno da liječnik opće/obiteljske medicine bez specijalizacije ima: višu godišnju vrijednost ugovora, viši prihod po osiguranoj osobi, stabilniju financijsku konstrukciju, od doktora dentalne medicine koji: radi u specijalistički zahtjevnoj djelatnosti,	

		pokriva znatno veće tehničke i materijalne troškove, pruža postupke koji zahtijevaju višestruke ulazne investicije i kontinuirana ulaganja. To predstavlja strukovnu i financijsku diskriminaciju jedne djelatnosti na uštrb druge i nije usklađeno s načelima jednakog tretmana ugovornih subjekata unutar javnozdravstvenog sustava. 4.Zahtjev Tražimo da HZZO: hitno preispita koeficijente i financijske modele za dentalnu medicinu, izjednači minimalno ugovornu osnovicu doktora dentalne medicine s osnovicom doktora opće medicine bez specijalizacije, poveća vrijednost boda u dentalnoj medicini radi pokrivanja realnih troškova rada, uvede stabilniji model financiranja, analogniji glavarini u obiteljskoj medicini, provede analizu troškova dentalnih ordinacija u skladu s realnim cijenama opreme i materijala. U suprotnom, nastavlja se situacija u kojoj se država oslanja na privatne investicije doktora dentalne medicine, dok pritom osigurava nedostatna sredstva za održiv rad i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Molimo očitovanje i sastanak radi detaljnog obrazloženja navedenog jer je situacija zaista ozbiljna. S poštovanjem,	

63.	Višnja Batinić dr. med. dent.	Poštovani, obraćam Vam se ovim putem kako bih izrazila svoje ozbiljno nezadovoljstvo i zabrinutost povodom nedavne odluke Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o određivanju koeficijenata za liječnike obiteljske medicine i doktore dentalne medicine. Smatram neprihvatljivim da se koeficijent doktora obiteljske medicine postavlja na višu razinu u odnosu na doktore dentalne medicine, čime se stvara neravnopravan položaj unutar zdravstvenog sustava. Takva odluka zanemaruje kompleksnost, odgovornost i važnost rada doktora dentalne medicine u očuvanju općeg zdravlja građana. Posebno zabrinjava činjenica da su istovremeno smanjena sredstva koja HZZO isplaćuje dentalnim ordinacijama, unatoč kontinuiranom rastu troškova poslovanja i visokoj stopi inflacije. Ovakve mjere dovode u pitanje održivost dentalnih praksi te dugoročno mogu rezultirati smanjenjem dostupnosti i kvalitete dentalne zdravstvene zaštite za osigurane osobe. Pozivam HZZO da preispita donesene odluke, uzme u obzir realne troškove rada u dentalnoj medicini te osigura pravedniji i uravnoteženiji sustav financiranja koji neće diskriminirati jednu granu zdravstvene djelatnosti na štetu druge.	Nije predmet ovog savjetovanja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

		U interesu je svih građana Republike Hrvatske da zdravstveni sustav bude stabilan, pravedan i održiv, a ovakve odluke nažalost vode u suprotnom smjeru. S poštovanjem,	
64.	Alwksandra Treppo Vukošić, dr.med.dent	Poštovani, koristim priliku za kritiku novog prijedloga o financiranju, pravima i obavezama nas liječnika stomatologa u primarnoj zaštiti. Radim kao liječnik više od 30 godina, od toga više od 25 kao privatnik u prostoru Dz i moram priznati da gore od proteklih 5 godina nikada nije bilo, ali sada se najavljuju još gori uvjeti po nas. Prvo me zanima po kojem smo pravilu mi stomatolozi najmanje plaćeni i imamo manji bod za usluge i manji koeficijent nego naši kolege primarci u drugim strukama? Ako dobijemo još manje novaca, treba definirati koji dio ne plaćate. To ne mogu biti doprinosi, režije, troškovi čišćenja, naknade za koncesiju, knjigovodstvo i informatička podrška, jer su nam ti troškovi skoro identični. Istodobno, naši troškovi održavanja opreme i investicije u novu neizmjerno su veći od svih ostalih primaraca, Jedino što u tom pogledu možete smanjiti su puno jeftiniji, neadekvatniji i neprihvatljivi materijali, ali onda ni prava pacijenata ne mogu biti ista. S obzirom na mizerni hladni pogon, mi liječnici nemamo mogućnost uplaćivati ništa veće doprinose sebi , pa su naši gotovo izjednačeni s onima naših asistentica. istodobno, glavarina koja bi trebala dopuniti razliku do pune plaće odlazi na krpanje troškova opreme, materijala a da o eventualnim kvarovima opreme uopće ne govorim.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zavod plaća troškove dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe

		Prilikom izrade protetskih pomagala dobivamo smiješnu nemotivirajuću sumu novaca koja jedva pokrije utrošeno vrijeme i materijal i k tome se još mučimo s plaćanjem tehničara čiji novac dolazi na naš račun i za istu uslugu je 4x veći. Lom su u svojoj praksi dobili nove mogućnosti zarade npr. ekg da rasterete sekundarnu, može li se razmisliti i kod nas da se pošteno vrednuje strojna endodoncija, punjenje kanala biokeramikom, upotreba endometra i koferdama, koje su prešućene kao da radimo prije 50 godina? ili nek se pošteno napiše da su nadstandard i naplate od pacijenta. Poseban problem su oduvijek bili hitni pacijenti. Dolaze nenaručeni, obavlja ih se prioritetno, a za "nagradu" su glavna "oružja" za rad s takvim pacijentima - trepanacija, devitalizacijska pasta i privremeni ispun maknuti iz prve u nultu kategoriju. Potroše se rukavice, maska, čaša, sisaljka, materijal, oprema i vrijeme za nula kuna. Često se pacijent primi u manjim sredinama ali i u gradovima pa se odradi teško vađenje, da ga se poštedi putovanja, naručivanja, čekanja. iznos kojim hzzo nagrađuje vađenje koje je mali kirurški zahvat daleko je manji nego u specijalistici, i niži je od onog za mjerenje tlaka.. Posao je jednako odrađen. Materijal i vrijeme potrošeni. Šavovi i njihovo vađenje niti spomenuti. Troškovi rada ordinacije su neizmjerno porasli u zadnje tri godine a mi svako povećanje osjetimo u obliku smanjenja naših prihoda. Našim oibom odgovaramo za sve greške, broj pacijenata po timu je prevelik, naplaćeni nadstandard nam pokriva trošak standarda da opstanemo. U slučaju našeg ili sestrinog bolovanja, zamjene isplaćujemo tako da smo osuđeni tih mjeseci ne imati prihod, što nije slučaj ni s kojim drugim ugovornim primarnim liječnikom. Ovo su samo neka od gorućih pitanja našeg poslovanja, pa Vam predlažem da ih razmotrite i pravednije posložite financiranje primarnih ugovornih partnera kako ne bi trpjela struka, napredak, mi i u konačnici pacijenti .	imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.

		Lijep pozdrav,	
65.	Zrinka Budimir	Poštovani, obraćam vam se kao doktorica dentalne medicine koja radi u ugovornom sustavu s te želim vrlo jasno prikazati stvarnu financijsku situaciju u kojoj radim. Moja mjesečna primanja od oko 3.000 EUR predstavljaju UKUPNA primanja, odnosno zbroj: prihoda od HZZO-a i prihoda od privatnih usluga. Kada od iznosa prihoda oduzmem sve rashode (najam i režije 1.400 EUR, troškovi stomatoloških materijala 900–1.200 EUR mjesečno, plaća asistenta preko 2.000 EUR bruto, porezi i ostali troškovi knjigovodstva, informatike, infektivnog otpada, popravka opreme, tečajeva), meni od HZZO-a kad oduzmem sve rashode ostaje 2.000 EUR mjesečno (u mjesecima kad nemam veći kvar stolca i opreme). Naglašavam: taj iznos mi trenutno ostaje samo zato što svom asistentu još NE plaćam iznos zdravstvenog osiguranja do kraja ove godine jer mu je prvo zaposlenje na neodređeno. Od sljedeće godine situacija se mijenja: počinjem plaćati zdravstveno osiguranje za asistenta oko 300 EUR mjesečno asistent će s pravom tražiti povećanje plaće jer je trenutno početnik. Kvalitetnog dentalnog asistenta u Zagrebu je skoro nemoguće pronaći zbog deficita zanimanja a skupe prekvalifikacije (cca 5000e prekvalifikacija za dentalnog asistenta). To znači da će moj realni mjesečni iznos od HZZOa nakon svih rashoda pasti na oko 1.700 EUR ili manje ovisno o povećanju koje asistent zatraži. Dakle, uz isti rad i odgovornost, moj prihod se smanjuje.	Nije predmet ovog savjetovanja. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala. Zavod ne plaća amortizaciju opreme.

		Istovremeno imam privatni promet oko 1.000 EUR mjesečno kad se oduzme porez. Troškovi materijala mjesečno su 900–1.200 EUR jer radim suvremenu stomatologiju i to je nešto što ne dolazi u obzir mijenjati. Uz to moram ulagati u opremu koja je trenutno poprilično zastarjela: stomatološki stolac (10.000 EUR polovan ili do 30.000 EUR novi), autoklav i redovne servise iste opreme i popravke. Za to trenutno nemam financijska sredstva. Dovodi do zaključka da je stomatologija zanimanje za osobe koje su imale privatni početni kapital od kojeg entuzijastično financiraju prostor javnog zdravstva. Također, JEDNA OD NAJBITNIJIH STAVKI nemam mogućnost bolovanja: ni za sebe ni za asistenta Zakon me obvezuje da u slučaju bolovanja asistenta odmah zaposlim zamjenu, dok istovremeno plaćam njegovo bolovanje (do 42 dana). Uz trenutna primanja to je financijski neizvedivo. Poseban problem su pravila : ne mogu naplatiti strojnu endodonciju ne mogu koristiti i naplatiti suvremene materijale poput biokeramike i dobivam sredstva za najjeftinije materijale i zastarjele metode (čak ni za takve metode sredstva nisu dovoljna). Ručna endodoncija za kutnjak zahtijeva i do 4 termina, oduzima vrijeme i često daje lošiji rezultat nego suvremene metode koje nisu priznate.	

		Istovremeno se pacijente upućuje specijalistima, kojih nema dovoljno za toliki broj slučajeva, iako je strojna endodoncija danas standard u stomatologiji. Hzzo daje objašnjenje da je strojna endodoncija plaćena specijalistima. U 2026.g. strojna endodoncija je SUVREMENI STANDARD i nema veze sa specijalistikom. Smatram da nije korektno prema javnosti komunicirati “besplatnu” uslugu, jer suvremena stomatologija ima realne i visoke troškove koje ovaj sustav ne pokriva. Ako želim raditi kvalitetno i suvremeno za HZZO pacijente, jedini način da financijski opstajem je dodatni ali PREKOVREMENI privatni rad — što znači raditi 10 sati dnevno. Pacijenti trebaju znati da usluga koju dobijaju nije adekvatna i trebaju imati mogućnost izbora za suvremenu uslugu ali toliko toga nije omugućeno legalno naplatiti i dtp usluge su nelogične. Potiče se brze i osnovne usluge a ne kvalitetna stomatologija. Osobno ne želim raditi 12 sati i doživjeti burnout. Želim moći živjeti dostojanstveno od 8 sati rada i želim mogućnost bolovanja koja je osnovno ljudsko pravo. Trenutni sustav dovodi do toga da: oni koji žele raditi kvalitetno rade na vlastiti trošak i financijski ne napreduju a dugoročno se razbolijevaju. Spremna sam dostaviti sve dokaze (račune, tablice prihoda i rashoda). Bitno je napomenuti što često čujem od zdravstvenih djelatnika da u javnosti postoji raširen narativ da su stomatolozi visoko profitabilna djelatnost i da ostvaruju iznadprosječne prihode. Međutim, taj dojam ne odražava realno stanje u struci. Do danas nije provedena sustavna analiza stvarnih troškova rada u stomatologiji u suradnji sa strukom, niti je itko ozbiljno “sjeo za stol” s doktorima dentalne medicine kako bi se razumjela ekonomska održivost u postojećem modelu. Realnost je značajno složenija i podijeljena. Skupina stomatologa koja posluje transparentno i odgovorno, danas se nalazi na samom rubu financijske održivosti. Uz rastuće troškove i ograničenja unutar sustava,	

		sve veći broj kolega ozbiljno razmatra izlazak iz ugovornog odnosa sa , pa čak i odlazak iz Republike Hrvatske u potrazi za održivijim uvjetima rada. Ovakva situacija dugoročno predstavlja značajan rizik za dostupnost i kvalitetu dentalne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Također prevencija je apsoutno zanemarena i smatram da dosadašnje politike najviše škode samim pacijentima koji nemaju pristup ni uslugu koja u skladu sa suvremenim postulatima. S poštovanjem,	
66.	Dunja Damjanović	Poštovani, liječnica sam obiteljske medicine, radim u DZ OBŽ, imam oko 10 godina radnog staža i specijalist sam. Moram priznati da se sve više bavim mišlju odlaska iz ove grane medicine zbog loših radnih uvjeta i preopterećenosti poslom, prvenstveno administracijom. Veliki broj mojih kolega koji su na vrhnucu svog radnog stvaralaštva u dobi od 35-40 godina, gotovi specijalisti, razmišljaju kako da se maknu iz obiteljske medicine. Neki su već dali otkaze, neki to ozbiljno planiraju. Promjene su neophodne i sustav ne može zauvijek počivati na našem entuzijazmu. Pozdravljam ovo planirano povećanje DTP-a i uvođenje novih DTP-a jer svakodnevno radimo hrpu posla koje ne možemo ni prikazati, a troši nam previše vremena (npr. naručivanje pacijenata na preglede i pretrage pa natezanje oko termina, mjerenje krvnoga tlaka bar 10-15x dnevno što nitko ne doživljava kao posao, obrada pacijenta nakon otpusta iz bolnice što zna potrajati i po 30-45 minuta, a takvi pacijenti najčešće dođu nenaručeni itd.). Žalosno je što moja malenkost neće osjetiti to povećanje DTP-a jer sam zaposlenik DZ-a, međutim, nadam se da će se i to promijeniti u bližoj budućnosti.	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.

		Također smatram sprdačinom trenutne cijene naših postupaka, npr. cijena očitanja mog EKG-a i onog u bolnici. Nalaz je isti, snosimo jednaku odgovornost za njega, ali moj postupak je plaćen klikerima. Preuzimanje lijekova za pacijenta također troši dosta vremena, nekada moram tražiti ljekarnu koja ima na zalihama baš taj specifičan lijek i idem po njega o vlastitom trošku i u privatnom vremenu. Kod mene je prvi pregled novoopredijeljenog pacijenta praktički mali sistematski pregled jer želim znati koja nam je početna točka, što se možda trebalo ranije obaviti, što planiramo u budućnosti, revizija terapije, savjetovanje itd. Također oduzima puno vremena. Često čujem od novih pacijenata da sam za njih napravila u prvih 20 minuta više nego njihov prethodni liječnik u zadnjih 20 godina. Pitam se koliko dugo će trajati taj moj entuzijazam... Član sam Kohoma i podržavam njihov dopis vezan za ovo savjetovanje, a koji uključuje dodatnih 38 prijedloga. Iako ja kao zaposlenik DZ-a nemam glasa u potpisivanju ugovora s HZZO-om, svjedeno mislim da bismo barem ovako preko udruga trebali moći utjecati na ono što piše u ugovoru, a ne da nam se samo nameću nove obveze, bez obzira koliko bile besmislene, bez da nas itko išta pita. Pa valjda ja koja svaki dan radim ovaj posao mogu reći ima li nešto smisla, a ne netko tko nema doticaja s pacijentima i ne radi ovaj posao. Vrlo važnim smatram prijedlog da svatko u sustavu radi ono što indicira, a ne da obiteljski liječnik glumi policajca i da biva kažnjavan ako izda recept/uputnicu/doznaku po prijedlogu bolničkog liječnika ili da se svađa s pacijentom ako to odbije izdati. Neka bolnički kolege revno izdaju privatne recepte koje preporuče pacijentu i neka po otpustu bolnice SVIMA daju termine za kontrolne preglede i pretrage koje žele u ranijem terminu. I neka svi bolnički kolege šalju svoje nalaze putem Ceziha, a ne da moja med. sr. i ja pola smjene skeniramo nalaze. Da ne kažem da mi neki nalazi	. Nije predmet ovog savjetovanja.

		stignu 6-12 mj. kasnije. Nekada, vrlo morbino, dobijem nalaz od pokojnog pacijenta mjesecima kasnije. Više nam ne treba. Koji je smisao dežurstava obiteljskih liječnika vikendom i blagdanom, osobito u mjestima u kojima ne radi ljekarna (Našice, Đakovo, Beli Manastir)? Da netko putuje 100 km tamo i natrag da bi došao do lijeka? Koji je smisao da mi u dežurstvo dolazi pacijent s nalazom oftalmologa iz hitne ambulante samo da bih mu ja propisala recepte za Tobrex kapi i mast? Zar ne bi bilo smislenije da mu u dva klika preko Ceziha isti taj oftalmolog pošalje recepte i da pacijent ide direktno u ljekarnu? Shvaćate li da taj pacijent prvo čeka na oftalmologiji, pa u obiteljskom dežurstvu pa u ljekarni? Sad si zamislite da je taj pacijent vaša majka s diskus hernijom ili malignom bolešću ili težom kroničnom bolešću. Biste li bili sretni što će provesti pola dana šetajući se od ustanove do ustanove za jedan lijek? Također je besmisleno da npr. fizijatar napiše nalaz na kojemu traži fizikalnu terapiju u kući pa onda ja doslovno prepisujem sve to na drugi obrazac da bi pacijent nosio u HZZO na odobrenje i taj nalaz fizijatra i moj obrazac. Koji je smisao toga? Koliko samo pacijent gubi vremena šetajući se od jednih do drugih. Koliko samo ja gubim vremena prepisivajući s jednog papira na drugi. A da ne pričam da onaj tko treba fizikalnu terapiju u kući najčešće ne može sam prešetavati se od jednih do drugih nego netko drugi to mora obaviti za njega. Zašto ne bi fizijatar mogao direktno preko Ceziha poslati svoj nalaz HZZO-u da se ukinu svi ti dodatni nepotrebni koraci? Ne mogu vam opisati silni strah mladih kolega koji dođu raditi u ambulantu obiteljske medicne. Toliko su u strahu od kazni HZZO-a da su im najčešća pitanja u Viber grupi smiju li nešto dati pacijentu, a puno je manje onih kliničkih pitanja kako obraditi pacijenta ili što mu dati u terapiju jer se time ni ne stignu baviti. I zato me ni ne čudi što prvom prilikom odlaze iz tih ambulanti. Tog straha sam i sama sita i moram priznati da taj strah od kazne itekako ima negativan utjecaj i na moj svakodnevni rad. Toliko je administrativnog opterećenja u svakodnevnom radu da se nekad pitam bavim li se uopće medicinom. Javljanje na telefon, odgovaranje na e-mailove (prosječno u smjeni oko 50 e-mailova), printanje nalaza, naručivanje pacijenata na pregled i pretrage, naručivanje saniteta, slanje kojekakvih doznaka.... To su sve	

		doslovno gluposti za koje ni liječnik ni medicinska sestra ne bi trebali znati da postoje, a ne da se time bave većinu vremena. A da ne pričam o ogorčenosti pacijenata kad nas ne uspiju dobiti na telefon ili ako isti dan (često i unutar prvih pola sata) ne dobiju odogovor na mail pa natezanje i svađanje oko toga. I svi oni koji se nalaze u čekaonici, naručeni i nenaručeni, hitni i nehitni pacijenti, svi trebaju SAMO nešto. I onda se uhvatim s telefonom na uhu s jednim pacijentom dok paralelno pišem mail drugom pacijentu, a treći sjedi ispred mene, pa se ustajem radi četvrtog koji je u previjalištu da pogledam ranu i sve to radim paralelno kako bih stigla odraditi posao do kraja radnog vremena. Naravno, peti, šesti i sedmi pacijent kucaju na moja i sestrina vrata pa im vičem neka sačekaju da mi se osuši lak na noktima. Koga briga što sam cijelo vrijeme u tahikardiji, znojim se, žurim, griješim pa popravljam, trčim iz prostorije u prostoriju, pauzu koristim da bih "u miru" odradila otpusna pisma, odgovorila na mailove itd. Žurim se u kućne posjete, često u 2-3 u istom danu pa se žurim natrag u ambulantu kako bih upisala te kućne posjete i poslala lijekove dok ljekarna još radi i da sve bude unutar radnog vremena jer moja med. sr. (a ni ja) nije plaćena ostajati duže u ambulanti. Ili maknite administraju od nas ili nam dajte treću osobu u timu koja će se time baviti. Mora se smanjiti broj pacijenata po timu. Moja ambulanta ima oko 1260 pacijenata, čovjek bi pomislio - pjesma za raditi. Ne zaboravimo da su tu dva staračka doma s 40 teško bolesnih, većinom nepokretnih i psihički izmijenjenih pacijenata, potom pedijatrija (novorođenčad i dojenčad koju sve češće izbjegavam upisati jer doslovno nemam vremena pošteno se baviti tom djecom, predškolska djeca koja su stalno bolesna pa pregledi, kontrole, ispričnice, bolovanja za roditelje...). Oko 400-500 pacijentata je starije od 65 godina što znači da je nešto manje od pola populacije opterećeno komorbiditetima zbog kojih se učestalo javljaju liječniku. Dnevni prosjek odrađenih pacijenata je 100 i ne mogu si ni zamisliti kako onda rade kolege koji imaju oko 2000 pacijenata. Naravno da su prisiljeni raditi brzo i površno, da ne kažem ofrlje jer da mi smjena traje 12h ne bih stigla pošteno odraditi svakog pacijenta onako kako struka nalaže. I vi ste jedan od tih pacijenata pa se zapitajte kakvu zdravstvenu skrb dobivate.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		Kad smo kod bolovanja, opet primjer našetavanja pacijenta i tjeranja mene da radim tuđi posao vezano za stomatološka i pedijatrijska bolovanja. Ako ginekolog može otvoriti bolovanje, neka mogu i ostali u primarnoj, nije nemoguće, samo treba naći volje za to. Također se slažem da je rad obiteljskih liječnika prikazan omalovažavajuće. Kad pomislim da INO osiguranik plati 1.32 eura za pregled kod mene koji traje puno duže jer nemam nikakve podatke o pacijentu dok bih ja sama npr. u Nizozemskoj platila 100 eura samo da uđem u čekaonicu i dobijem pregled od 2 minute. Da ne govorim o potrošenom vremenu na liječenje stranih radnika npr. Indijaca, Pakistanaca i drugih koji često ne znaju ni osnove engleskog jezika pa se pola sata natežemo u ambulanti da dobijem kakvu-takvu anamnezu, obavim pregled, objasnim na engleskom ili preko Google translatea na hindu ili pantomimom kako obaviti pretrage i preglede u našem zamršenom zdravstvenom sustavu koji je rasut po cijelom gradu. Što se laboratorija tiče, stalno sam u "crvenom". 70-80% vađenja krvi u ambulanti je radi pregleda koji će se odraditi u bolnici, ja si jedva uguram tih 20-30% laba za vlastitu dijagnostiku. Imamo previše bolesnih i treba povisiti taj limit. Također bi bilo neophodno u redovni lab dodati NTproBNP, a ne da se tako teški pacijenti našetavaju do bolničkog laboratorija radi jedne pretrage. Imamo ogroman porast oboljelih od srčanog zatajenja što vidim svakodnevno u ambulanti i mišljenja sam da bi nam ta pretraga trebala biti puno dostupnija. Čujem da nekima još uvijek UACR nije dostupan, pa sramota. Također treba povećati limite za lijekove i antibiotike, danas jedan prosječan kronični bolesnik ima bar 10 lijekova u terapiji, a što se antibiotika tiče, pozbrojite koliko kutija je potrebno za jednu eradikaciju H. pylori, pa ako mjesečno imate 2-3 takva pacijenta, pa tuđi pacijenti koji dolaze s nalazom OHBP-a po recept za antibiotik jer njihov liječnik ne radi ili se nalaze izvan svog prebivališta itd. Također se slažem da bi se trebalo moći razlikovati pa tako i u limitima QI i KPI što je tko predložio, a ne da nama u limite idu pretrage i lijekovi koje su preporučili bolnički kolege.	

		Puno je toga što bi se moglo raditi u obiteljskoj medicini, a što bi smanjilo liste čekanja u bolnici: EKG, KMAT, ABI, UZV, dermatoskopija, mali kirurški zahvati... ali potrebni su instrumenti i edukacija, zainteresiranih itekako ima. Potrebno je uložiti sredstva u primarnu da bi se smanjili troškovi na razini sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Slažem se da ne treba kao do sada ograničavati broj upisanih DTP-ova tj. njihove kombinacije. Jer istom pacijentu napravim otoksopiju, rinoskopiju, digitorektalni pregled, palpaciju abdomena, mjerenje krvnoga tlaka i još ga posavjetujem vezano za terapiju/praćenje kronične bolesti. I ništa od toga nije prikazano i ne može se ni napraviti statistika koliko kojih pregleda obavim na kvartalnoj ili godišnjoj razini. Iz nekog razloga se ne naplaćuje panel za kroničnu bubrežnu bolest koji nam je izuzetno koristan i radim ga 10ak puta dnevno. Cijepljene pojedinim cjepivima koji ne ulaze u redovni kalendar cijepljenja često ovisi opet o entuzijazmu liječnika, a ide u ogromnu korist liječene populacije. Treba i liječnika i med. sr. nagraditi za to jer nije baš "čas posla" kako neki misle. Treba prvo vidjeti koju populaciju treba cijepiti, pozvati sve te ljude, naručiti i donijeti to cjepivo, pocijepiti sve te ljude, napravi se više infektivnog otpada čije odlaganje se skupo plaća, ne zaboravite da većina pacijenata koji dođu na cijepljenje treba "još samo nešto" čime nas dodatno opterećuju, a nećete baš starijoj osobi koja je teže pokretna ili invalidu reći neka dođe opet za dva dana. Onda još slanje silnih izvješća ZZJZ-u vezano za provođenje cijepljenja, evidentiranje svega u kartone pacijenata... Također treba validirati vrijeme uloženo u provođenje raznih upitnika jer ih koristimo u svakodnevnom radu, od mini mental testa, CHADVASC scora, GAP i mnogih drugih jer nam i to oduzima vrijeme. Krajnje je vrijeme da se ažurira izračun KV rizika, smisao tog panela je da nam ubrza proces, a ne da ja moram otvarati posebnu aplikaciju i tražiti za svakog pacijenta posebni izračun (SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes) KV rizika o kojem onda ovisi daljnja obrada i titracija lijekova.	

		DTP za tens je smiješan kad se uzme u obzir trošenje elektroda i baterija te potreba za njegovim korištenjem kod sve starije populacije. Isto je i za DTP kod malih kirurških zahvata, dermatoskopije, proširenog pregleda, EKG-a, inhalacije lijeka, spirometrije, uzimanja uzoraka krvi. Nekada potrošimo 15 min na vađenje krvi kod samo jednog pacijenta jer ima loše vene; prije mjesec dana sam jednoj baki izvadila krv iz vene na nožnom palcu jer ju moja med. sr. nije imala gdje nabosti na rukama (probala je 3-4x), a dalje po tijelu se nije usudila bosti. I kako sam toj starici u invalidskim kolicima trebala reći nekad ide sutra u DZ na vađenje krvi? Treba povećati DTP za uvođenje inzulinske terapije jer ta edukacija traje i potrebno je posebno znanje i vještine, na takvog pacijenta potrošim minimalno pola sata. A da ne kažem koliko se još puta čujemo telefonom i mailom nakon toga. Na 7 razmijenjenih mailova bude upisan samo jedan DTP e-konzultacija, isto tako i kod onih pacijentata kojima se javimo telefonom 3-4x u jednoj smjeni. To bi trebalo kažnjavati. U drugim državama pacijenti ne mogu ni sanjati da će im se liječnik javiti na telefon ili da će im odgovoriti na mail, a ja se s pojedincima čujem 7x u smjeni. Smatram to maltretiranjem. Pacijent smatra da bih trebala biti dostupnija. Zaboli me želudac od toga. Treba povećati DTP za e-konzultaciju i tel. savjetovanje. Ubijaju me. Realno, cijena većine naših DTP-ova je sprdačina i na razini je propisivanja potvrde, treba ih značajano povisiti. I nema smisla to brisanje DTP-ova krajem godine, ajde da onda zatvorim ambulantu sredinom prosinca jer ostatak mjeseca više ne mogu ništa naplatiti što odradim. Da bih ostala raditi u ovom zdravstvenom sustavu treba me odteretiti hrpe administracije i platiti me kao pravog liječnika specijalistu, a ne kao nekog polupismenog šegrta koji je tu zapeo jer nema gdje dalje otići. Itekako imamo gdje dalje otići, ali imamo i vlasititu savjest, osjećaj odgovornosti prema onima koje godinama liječimo i pratimo. Isto imam osjećaj da ću se razboljeti u skoroj budućnosti ako ostanem na ovom poslu, a ništa se ne promijeni. Izgleda da ću uskoro saznati granice vlastitog mazohizma. Srdačno,	

67.	Marija Janjić medicinska sestra	Poštovani, obraćam se kao medicinska sestra s više od 15 godina radnog iskustva u obiteljskoj medicini s ciljem davanja konstruktivnog doprinosa ovom savjetovanju. Tijekom dugogodišnjeg rada u ordinaciji obiteljske medicine svakodnevno svjedočim sve većem opterećenju timova, složenosti zdravstvenih potreba pacijenata te nesrazmjeru između opsega posla i dostupnih financijskih i organizacijskih resursa. S tim u svezi podržavam najavljeno povećanje ulaganja u obiteljsku medicinu i povećanje prihoda ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. Ipak, temeljem dugogodišnjeg iskustva i rada u obiteljskoj medicini predlažem i sljedeće izmjene i dopune u Vašem prijedlogu, a u svrhu poboljšanja uvjeta rada, pravednije valorizacije našeg rada i mogućnosti prikazivanja svega onoga što u ordinacijama svakodnevno radimo. 1. Potrebno je povećati osnovnu vrijednost DTP-a s predloženih 12 na 18€, kako bi se realnije valorizirao rad obavljen u ordinacijama obiteljske medicine. Posebice kako bi se sav posao koji učinimo osiguranicima stranih zemalja realnije i pravednije honorirao. 2. Potrebno je koeficijente svih DTP-a podići za minimalno 30% (uvažavajući prvo i prethodni zahtjev podizanja osnovne vrijednosti DTP-a), kako bi u konačnici cijena DTP-ova bila realnija i pravednija, uvažavajući i valorizirajući ispravnije liječnička i sestrinska znanja, kompetencije, iskustvo, infrastrukturu, opremu, uloženo vrijeme i sredstva u izvršenje tih DTP-a. 3. Potrebno je povećati iznose glavarine za liječnike bez specijalizacije u dobnim skupinama +7 god, na iznose koji bi odgovarali iznosu glavarini specijalista obiteljske medicine pomnožene s koeficijentom 0,8. Isto predlažem jer mnogi liječnici obiteljske medicine bez specijalizacije rade 10 i više godina u obiteljskoj medicini i obiteljska medicina za njih nije usputna stanica i radno mjesto na kojemu samo čekaju bolničku specijalizaciju, nego je obiteljska medicina njihov trajni izbor, ali iz nekog razloga nisu završili specijalizaciju. Ipak i kao liječnici bez specijalizacije obavljaju jednak opseg posla kao i specijalisti, konstantno se educiraju i usavršavaju te snose punu ljudsku, stručnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Zbog toga bi trebalo njihov rad ispravnije	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		valorizirati, barem uzimajući u obzir one liječnike bez specijalizacije koji u obiteljskoj medicini rade više od 10 godina. 4. Uvrstiti veći broj DTP-a u skupinu DTP-a koji se plaćaju u određenom postotku izvan limita (sada je to 10 ili 15%, ovisno o DTP-u). U tu skupinu DTP-a trebalo bi svakako uvrstiti sve DTP-e koji podrazumijevaju ulaganja u nadstandardnu opremu, ali i ona koja zahtijevaju posebna znanja, veliko iskustvo, posebne kompetencije i kliničke vještine. To su DTP-i koji zahtijevaju inicijalno ulaganje u opremu i često konstantno ulaganje u potrošni materijal, održavanje i servisiranje kao i ulaganje u stjecanje znanja i vještina. Zbog toga ako je nakana da se liječnike obiteljske medicine potakne da rade te postupke u svojim ordinacijama treba im omogućiti da ih posebno naplate, a to je moguće samo kroz vanlimitne DTP. Jer mjesečne limite i ovako ne samo da dosežemo, nego premašujemo svaki mjesec (jer jako puno radimo!). U protivnom na tim DTP-ima ustanova / privatna ordinacija ima samo gubitak, jer ulaže u opremu, potrošne materijale i sve ostalo pobrojano, a nije u mogućnosti čak niti povratiti uloženo. Dakle jedini istinski poticaj da se ti DTP-i rade jest plaćati ih u postotku izvan limita. Predlažem u ovu skupinu DTP-a premjestiti barem sljedeće DTP-ove: TENS, dermoskopiju, DTP-e koji uključujući šivanje rane, odstranjivanje ili parcijalna resekcija nokta, uvođenje inzulinske terapije u ordinaciji obiteljske medicine. 5. U svezi s prethodnim prijedlogom, za DTP koji se plaćaju u postotku izvan limita, taj postotak povećati s 10%/15% na 25%/40% ili objedinjeno na 40%. Naime, kako sam i ranije objasnila, ako je nakana da obiteljska medicina radi više složenijih DTP-a kako bi se pacijent zbrinuo na primarnoj razini te kako bi se rasteretilo bolnice, onda ti učinjeni DTP-ovi moraju biti naplativi. A naplativi su samo ako se plaćaju izvan limita i ako se postotak tog vanlimitnog DTP-a poveća tako da se sve ono što je učinjeno može i naplatiti. 6. Potrebno je uvesti nove DTP-e kako bi se doista moglo bilježiti sve ono što se za pacijente u ordinaciji radi. S tim u svezi pohvaljujem predloženo uvođenje novih DTP-a, ali i dodatno predlažem uvođenje DTP-a za vođenje panela kroničnog bolesnika za kroničnu bubrežnu bolest, za ispunjavanje raznih dijagnostičko-terapijskih upitnika (npr. Dutch lipid score, mini mental score, SARC-F score i dr.), uklanjanje dobroćudnih promjena kože. Treba uvažiti i izvođenje svih drugih dijagnostičko terapijskih postupaka na razini obiteljske medicine koji budu predloženi i obrazloženi	

		kroz ovo savjetovanje te omogućiti njihovo bilježenje u ordinacijama obiteljske medicine kroz strukturirani DTP. 7. Sva preventivna cijepljenja u ordinacijama obiteljske medicine koja se vrše izvan kalendara cijepljenja moraju se plaćati potpuno izvan svih limita. Prvenstveno se to odnosi na cijepljenja protiv gripe, korone, pneukomoka i hpv. To su cijepljenja koja se rade oportunistički, oduzimaju vrijeme (ne samo za cijepljenje, nego i za motivaciju pacijenta) i u jednu ruku predstavljaju preuzimanje nadležnosti, uloge i posla zavoda za javno zdravstvo. A zašto ih onda uopće mi radimo? Jer ljudi nama vjeruju, kod nas dolaze i mi u tom oportunističkom cijepljenju imamo najbolje rezultate. Plaćanje ovog DTP-a izvan limita dovelo bi do veće motiviranosti primarne zdravstvene zaštite za provođenje svih ovih oportunističkih cijepljenja, a to bi pak dovelo do bolje procijepljenosti i manje bolesti i sveukupno manjeg troška za zdravstveni sustav. Koeficijent ovog DTP-a ne bi smio biti ispod 0.5 8. Standardni broj laboratorijskih pretraga (tzv. "limit" za laboratorijske pretrage) povećati za 100%! Kao medicinska sestra vadim krv već gotovo 20 godina. U tom periodu značajno je porastao broj vađenja krvi. Ali ne neopravdano! Značajno je porastao broj onkoloških i hematoloških bolesnika, udio starije populacije i kroničnih bolesnika, bolesnika na biološkim terapijama ili drugim lijekovima radi kojih je potrebno češće kontrolirati krvnu sliku. Trenutni limiti ne prate stvarno stanje i vrlo je teško do praktično nemoguće ispravno voditi i liječiti bolesnike i biti "unutar limita". Limiti se naprosto moraju usadašnjiti i pratiti suvremene trendove (demografske, epidemiološke, stručno-medicinske). 9. Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept povisiti za najmanje 50%! Kao i u prethodnom prijedlogu ovo je nužno napraviti jer sve je više novih i skupih skupina lijekova koji više ne predstavljaju 2. ili 3. liniju liječenja, već onu prvu i temeljnu. Liječiti pacijenta u skladu sa stručnim smjernicama i dobrom praksom znači propisivati skupe lijekove (samostalno ili na preporuku). Biti unutar limita potrošnje postaje sve teže. A liječnik ne bi smio biti doveden u situaciju da razmišlja hoće li propisivanjem skuplje skupine lijekova sebe neopravdano zakinuti za neki novčani iznos, a posebice HZZO sebi ne bi smio dozvoliti da se njega promatra kroz prizmu nekoga tko stimulira propisivanje manje dobrih lijekova. Jer ne govorimo tu više o propisivanju jeftinije paralele, već o skupim lijekovima koji čine veliku razliku u liječenju bolesnika, ishodima liječenja, produženju života i kvaliteti života bolesnika.	

		10. Plaćanje dijagnostičko terapijskih postupaka u limitu treba biti omogućeno u iznosu od 180% za sve timove obiteljske medicine, neovisno o broju pacijenata u timu. Ako su liječnici već prisiljeni upisivati pacijente i nemamo u svojim rukama mogućnost upravljanja veličinom tima, tada veći timovi ne bi smjeli biti financijski kažnjavani što imaju više pacijenata i rade više. Zato svima treba omogućiti naplatu DTP-a u istom postotku od glavarine, a to je 180%. 11. Liječnici obiteljske medicine ne bi smjeli prekršajno niti materijalno odgovarati za propisivanje recepata, doznaka za pomagala i/ili uputnica koje nisu samostalno indicirali, već su indicirani od strane skzz specijalista. Neka napokon svatko sam odgovara za ono što indicira! I zaključno sve ovo pišem kao medicinska sestra s bogatim radnim iskustvom, ali i kao pacijentica. Obiteljsku medicinu doista moramo ojačati kao temelj održivog zdravstvenog sustava. Svako ulaganje u obiteljsku medicinu vrati se sigurno najmanje duplo. Zato se nadam da ćete prihvatiti ove moje prijedloge. Lp,	
68.	Darja Nelken-Bestvina, dr.med.spec.obiteljske medicine.	Poštovani, pozdravljam prijedloge Ministarstva i HZZO-a proistekle nakon dugogodišnjih napora liječnika obiteljske medicine da nas se uključi u promjene koje su neophodne. Sudjelovanje liječnika obiteljske medicine u odlukama koje se tiču našeg svakodnevnog rada bi trebala postati obaveza bez koje se ne smiju donositi odluke i ugovaranja. Dosadašnja praksa jednostranog donošenja odluka i zakona dovodi nas u neravnopravan položaj. Mladi liječnici se vrlo teško odlučuju ostati u obiteljskoj medicini jer se osjećaju nesigurno zbog stalnih kazni koje im prijete u radu a da time nisu ugrozili pacijenta, nego ugovorne obveze. Pritisak sekundarne zdr.zaštite u pisanju recepata koji ne	Nije predmet ovog savjetovanja.

		zadovoljavaju smjernice, izdavanja uputnica, pretraga i ostalo za koje oni ne snos nikavu odgovornost. Pacijent koji izlazi sa hitnog prijema dobiva preporuke za terapiju. Zašto nemaju pravo odmah izdati recepte za lijek koji su preporučili? Laboratorijske pretrage koje se gomilaju na zahtjev sek. zaštite a broje se u našu potrošnju? Promjene koje ste najavili u prikazu DTP je bitan ali još uvijek ne vidim da je moguće kombiniranje postupaka koje smo tražili. Cijepljenja koja provodimo u ordinaciji nisu vrednovana kako bi trebalo (vanlimitno). Panel KBB bi trebalo priznati kao i dosadašnje panele. Plaćanje hladnog pogona ne smije biti vezan za veličinu tima. Manji tim jednako plaća režije, sestru, potrošni materijal.	
69.	Antonija Karlović	Poštovani, podržavam Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranj. Srdačan pozdrav,	Zahvaljujemo na komentaru.
70.	Igor Periša Specijalista obiteljske medicine	Poštovani, Pohvaljujem nove izmjene i dopune, ali imam nekoliko prijedloga. 1. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu. 2. PRIJEDLOG: Predlažem da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		3. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi 4. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". 5. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% 6. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100%. 7. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa.. 8. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. 9. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5. 10. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7. 11. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35. Hvala . Lp	

71.	Tina Grgić, SOM	Poštovani, molim kao prije omogućiti prilikom notiranja dtp-a kombinaciju pregleda i savjeta, to nam je kao liječnicima kruh svagdašnji, pregledamo i damo upute, zato ljudi i dolaze u ambulantu.	Nije predmet ovog savjetovanja.
72.	Dr Lazarušić Sesar,spec obiteljske med Požega	Poštovani! Želim se ukljuciti u raspravu povodom savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Prijdlozi su slijedeći: 1.ukidanje prakse jednostranog mijenjanja uvjeta ugovora od strane HZZO-a čime se mijenjaju opseg prava i obaveza ugovornih liječnika 2.ukidanje kažnjavanja lijecnika zbog preporuka drugih liječnika u sustavu 3.promjena ugovorne klauzole po kojoj hzzo ima pravo ustegnuti isplatu prihoda 4.smanje standardnog tima opće/obiteljske medicine na 1450 5.povišenje standardnog broja pretraga lab dg za 100% 6.up za lab obradu(po preporuci bolničkih spec) ne bi trebale ulaziti u "limite"koji se uzimaju 7.uvođenje novog DTP-a cijepljenje pojedinačna aplikacija vakcine izvan kalendara cijepljenja 8.dozvoliti kombiniranje pojedinih DTP-postupaka(napr pregled i savjetovanje) 9.povisiti koef pojed DTP postupaka(napr OM105 s koef 0,38 povisiti na 0,65,spirometrije sa 0,96 na 1,35 i EKG sa 0,72 na 1,5 10.omogućiti prijenos sredstava"u ladici"u narednu kalendarsku godinu Unaprijed zahvaljujem	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

73.	Diana Mužić	Zašto smo mi manje doktori od ostalih iz primarne pa nama manje para i manji bod za usluge Zašto nam brišu neke važne dtp ove kao Trepanacija apikalne trećine korijena bez koje nema ni pisanja AB a, iz DtP 1 prebačeno u nultu dosta preventive , zašto? Zašto i dalje nedostaju neki bitni postupci, čišćenje karijesa ,ako u općoj pišu posebno račune za pranje ušiju i skidanje šavova, npr Sulude cijene postupka ! Vađenje zuba manje od mjerenja tlaka!? Troškovi ordinacije su porasli su koliko posto od zadnje promjene prihodovanja od strane Fonda , šta kaže knjigovodstvo koliko je posto brutto bilanca porasla u zadnje tri godine?? Barem 30 posto . Koliko je porasla plaća po Kolektivnom u 3 godine ?,50%! Koliko je usklađen HP sa Kolektivnim ugovorom za plaću radnika obzirom na godine staža?? Na sve dodatke koje Vlada proslijedi, bolnicama i DZ ovima, dostavi namjenski na račun po izračunu ,a nama je sve pušalno . Nemamo ni za vlastite doprinose ,ono što im de facto vratimo od sredstava u proračun. Našim oibom odgovaramo za sve greške ,preko našeg imena i računa namiruju se tehničari koji nisu primarna, plaćamo županijama rupe od prostora u DZ ovima bez mogućnosti preseljenja na adresu po želji jer trojedino božanstvo: DZ -županija, HZZO , Ministarstvo... Odluke koje će ubuduće se donositi unisono potezom pera vijeća HZZO a , npr briše se iz Odluke visina iznosa DTP 1 od 165% do 180% !! Koliko će onda biti Dtp 1 i kome ?? Broj pacijenata po svim ordinacijama u Hr u prosjeku je 1700	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala. Zavod plaća troškove usluga dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i isti nisu dio DTP-a koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti

		Zašto nije standardni tim 1700?? Zašto nove metode liječenja sa skupom opremom se ne valoriziraju na način : ako Fond to ne može platiti onda naplatite nad standard od pacijenata koji su voljni? Strojna endodoncija, tople tehnike punjenja kanala, duljina punjenja bez endometra odakle?? Po duhu svetome?!! Protetika ,još jedna specijalistika koja nam je ubačena u krilo a bez specijalizacije po sistemu "samo "i po cijeni ispod specijalističke jer ipak smo samo zubari. Endodoncija lateralno i strojna kao i protetika van DTP 1! Ili plaćajte specijaliste	dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne).
74.	Anamarija Tokić	Poštovani, obraćam Vam se kao doktorica dentalne medicine zaposlena u privatnoj praksi. Ovim putem želim izraziti nezadovoljstvo trenutačnim stanjem i načinom na koji se tretira praksa doktora dentalne medicine. Naime, smatramo kako je nužno razmotriti povećanje iznosa hladnog pogona, uzimajući u obzir značajno više troškove poslovanja u odnosu na druge zdravstvene djelatnosti, poput opće prakse. Unatoč manjim operativnim troškovima, opća praksa ostvaruje viši iznos hladnog pogona, što dodatno naglašava potrebu za pravednijim usklađivanjem. Ljubazno molimo da se navedeno pitanje uzme u razmatranje te da se poduzmu odgovarajući koraci kako bi se osigurali ravnopravniji uvjeti poslovanja. S poštovanjem,	Nije predmet ovog savjetovanja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.
75.	Mladen Oršolić, specijalizant obiteljske medicine	Poštovani, obraćam Vam se povodom Nacrta odluke o izmjenama i dopunama odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja koji je objavljen 07.04.2026., ili je tada bar započelo savjetovanje.	Zahvaljujemo na komentaru.

		Dobio sam na uvid Kohom-ov prijedlog i maksimalno podržavam sve što su predložili, da njih nema obiteljska medicina u RH bi bila u puno lošijoj poziciji nego što je sada, oni su glas nas liječnika obiteljske medicine, a pogotovo nas mladih koji smo tek na početku karijere i drago mi je da su ove predložene promjene rezultat dogovora a ne jednostranog odlučivanja. Lp,	
76.	Lidija Turek Vitturi	Postovani, Molim da lijecnici opce i obiteljske medicine ne vode bolovanja po pedijatru. U tom slucaju mi ne utvrdjujemo radnu nesposobnost vec smo administratori bolovanja koje bi u cijelosti trebali voditi pedijatri. Roditelje se nepotrebno šeće od pedijatra do obiteljskog lijecnika zbog “papira”.	Nije predmet ovog savjetovanja.
77.	Zdenko Obelić dr.med.	Poštovani, 1.) predlažem da recepte i uputnice pišu liječnici koji indiciraju određenu pretragu odnosno lijekove. Dakle ako bolnički liječnik nešto indicira nek napiše za to uputnicu i recept. Na taj način će se smanjiti administracija u obiteljskoj ambulanti (obiteljski liječnici ne bi trebali biti pisari bolničkim liječnicima)i svatko će biti odgovoran za sebe kad nešto propisuje. 2.) Promijeniti sistem naručivanja na bolničke pretrage u smislu da se pojednostavi (ubrza) ispunjavanje podataka i da se ponudi više slobodnih datuma, a ne samo jedan (najčešće) 3.) prebaciti vođenje bolovanja duža od 42 dana na medicinu rada predložio bi da se participacija u obiteljskim ambulantama zaokruži na 1, 1,5 ili na 2 eura. Sadašnja vrijednost od 1.32 eura (što je nekad bilo 10 kuna) je jako nespretan iznos za vraćanje novca.	Nije predmet ovog savjetovanja.
78.	Petar Strinić dr.med.spec	Poštovani, javljam se kako bih podržao pozitivne promjene, za koje se nadam da nisu jednokratne ili prigodne, a odnose se na princip da ugovorne strane pregovaraju prije potpisa ugovora, te da se tijekom provođenja ugovora on ne može jednostrano mijenjati.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Podržavam prijedloge KoHOM-a, koji je osim što okuplja relevantan broj obiteljskih liječnika, koji su članovi udruge, dobio punomoći većine privatnih ugovornih liječnika za zastupanje u pregovorima vezano za ugovaranje. Smatram da je u svojim prijedlozima obuhvatio najznačajnije promjene koje se trebaju dogoditi ako želimo privući liječnike na dolazak i ostanak u obiteljskoj medicini, te ako želimo osiguranicima HZZO-a pružati bolju zdravstvenu zaštitu. U privlačenju liječnika na rad u obiteljskoj medicini predlažem sljedeće principe i promjene : • niti jedan liječnik ne može odgovarati za ono što ne može samostalno indicirati • niti jedan liječnik ne može biti odgovoran za ono za što nije bio predmet studija ili specijalizacije (npr. zdravstvena njega, putni troškovi...) • specijalistička razina edukacije je obaveza za nositelja tima obiteljske medicine • prije ugovaranja obavezno je pregovaranje /savjetovanje (između HZZO-a i zastupnika ponuđača, uz predstavnike ministarstva) • potpisani ugovor se ne može jednostrano mijenjati • za meritorno tumačenje svih pravnih akata HZZO-a, neophodno je osnovati tijelo na razini Direkcije HZZO-a kojem se mogu obraćati provoditelji zdravstvene zaštite S poštovanjem,	
79.	Goran Ristić, dr.med.	Poštovani, u nastavku šaljem prijedloge za unapređenje rada u ordinacijama LOM-a : 1. Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 2. Izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog	

		pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 3. Predlažem da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po t imu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZOa koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.	

		4. Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 5. Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 6. Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je	

		kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 7. Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 8. U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003	

		(konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na presskonferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 9. Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja f izikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti	

		zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 10. Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 11. Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTPima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s	

		tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 12. Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenі pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 13. Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenі pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 14. Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno	

		podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 15. Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 16. Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 17. Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je	

		do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 18. U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javnozdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine. 19. U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati	

		sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. 20. Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih	

		incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. Srdačan pozdrav,	
80.	Dr. Katarina Obućina	Liječnicki rad je uzasno potplacen i opterecen administracijom kao nikad prije unatoč napretku tehnologije i ljudskim resursima! Smaram da je nužno povećanje prihoda za ordinacije primarne zdravstvene zaštite i najavljeno ulaganja u obiteljsku medicinu. Trenutne vrijednosti DTP-a jako su niske i nerealne, podcjenjuje se liječnički rad i uz dizanje vrijednosti osnovnog koeficijenta na 12 eura trebalo bi svakako podići i koeficijente svih DTP-ova za 30-40 posto. I sve nadstandardne DTP koji zahtijevaju ulaganje u opremu i/ili specifična znanja/kompetencije trebalo platiti 40-50% izvan limita (umjesto sadašnjih 10-15%), jer ako to ne odradi LOM/SOM naplatit će se svakako na SKZZ razini (ali tada puno više!), a kada ode na SKZZ razinu onda svakako produžavamo i liste čekanja. I ostale složene i kompleksne DTP uvrstiti u one koji se plaćaju izvan limita. Treba dići limite za laboratorijske pretrage za 100%, treba dići limit za potrošnju lijekova za 100%. Treba maknuti odredbe koje omogućavaju kažnjavanje obiteljskih liječnika za ono što nisu sami indicirali (tj. što su indicirali drugi). Pa kako je moguce da u danasnje vrijeme za određena stanja i dijagnoze treba preporuka bolničkog specijaliste? Gdje su restrikcije i algoritmi o potrosnji bolničkih liječnika koji sami indiciraju hrpetinu ptretraga. Treba onemogućiti daljnje jednostrano mijenjanje ugovora! A da ne pričamo o užasu domskih obiteljskih liječnika, mladih liječnika koji su na margini društva. S poštovanjem	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Nije predmet ovog savjetovanja.
81.	Lina Kupsjak, dr. med.	Poštovani, kao doktorica medicine na specijalizaciji obiteljske medicine želim se uključiti u Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim

		Snažno podržavam sljedeće prijedloge Izvršnog odbora Koordinacije Hrvatske obiteljske medicine: 1. Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu. 2. Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% 3. Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% 4. Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 5. Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. 6. Ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) 7. Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 8. Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." 9. DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTPa" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5	brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38. . .

		10. Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." 11. Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. 12. Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 13. Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTPima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). 14. Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. 15. Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 16. Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 17. Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 18. Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. Također podržavam i ostale prijedloge Izvršnog odbora KoHOM-a. Slažem se sa svim obrazloženjima koje je za navedene prijedloge dao Izvršni odbor Koordinacije Hrvatske obiteljske medicine.	

		Moj dodatni prijedlog: 1. Uvesti DTP postupak "Mjerenje krvnog tlaka" - obzirom da se radi o jednoj od najučestalijih i nezaobilaznih dijagnostičkih alata koji se koriste u ambulantama obiteljske medicine smatram izuzetno važnim uvesti ovu vrstu DTP postupka te omogućiti kombiniranje s drugim DTP-ovima. U nadi pozitivnog rješenja te uzimanja u obzir svih prijedloga ovog Savjetovanja srdačno vas pozdravljam!	
82.	Ivana Bator Pavić, dr.med.	Poštovani, u potpunosti podržavam prijedloge KoHOM-a koji su Vam dostavljeni vezano za Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Dodatan naglasak stavljam na : 1. Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora od strane HZZO-a na način da se ugovori sklapaju na neodređeno vrijeme, a HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena i dopuna ugovornih prava i obveza. 2. Omogućiti sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosno bolničkim doktorima, pisanje recepata koji su po njihovoj preporuci i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. Time će liječnici u obiteljskoj medicini prestati biti prepisivači lijekova koje su bolnički doktori preporučili, a i neće više biti u poziciji kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga je potrebno da se u ugovor kao i sve propise implementira	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. Revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika po timu PZZ na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 4. Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi. 5. Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% Isto tako prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% 6. Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 7. Omogućiti kombiniranje DTP-a bez dosadašnjih ograničenja kako bi se adekvatno mogao bilježiti i valorizirati rad u ordinaciji 8. Uvođenje novih DTP postupaka sukladno prijedlozima KoHOM-a kao i korekcija koeficijenata postojećih i uvrštavanje pojedinih u skupinu vanlimitno U nadi da će naši prijedlozi biti uvaženi i implementirani, srdačno Vas pozdravljam	
83.	Kristina Radmanić, dr. med. dent.	Poštovani, Pišem kao doktorica dentalne medicine u privatnoj praksi. I molim objašnjenje, zašto se dentalnu diskrimira obzirom na opću?	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Molim da se izjednači hladni pogon za dr. med. i za dr. med. dent. Nadalje, Smatram da je nejednako podijeljen iz članka 61 stavka 1 i članka 82. Smatrate da je pregled djeteta od cca 4 godine kod opće medicine teži (najčešće pregled grla i askultacija pluća) nego li kod dentalne (sjedanje u stomatološku stolicu, otvaranje usta, suradnja djeteta prilikom sanacije karijesa i izrade ispuna) pa će na godišnjoj razini doktor medicine za osiguranu osobu dobiti 22,81 EUR a doktor dentalne medicine 8,27. S tim da se doktor dentalne medicine mora nositi od anksioznosti u djecjoj dobi do dentalnih fobija u odrasloj dobi. Molim da se revidiraju godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi u eurima po svim dobnim skupinama. Također se ne slažem sa iznosima dtp postupka za protetiku. Da ne govorim koliko nam vremena oduzme predaja proteza i njeno uštimavanje u usta pacijenata. Molim da se odlukom uzme u razmatranje i povećanje iznosa dtp postupka za protetiku za doktore dentalne medicine. U proteklih 3,4 godine često se povećavao iznos za dentalne tehničare dok bi za doktore ostajala ista cijena. Nadalje kroz godine se moramo boriti sa povećanim troškovima za dentalni materijal, povećanje cijena održavanja programskog rješenja, povećanje cijena servisa dentalne opreme, povećanje cijena odvoza i skladištenja infektivnog materijala, povećanje cijena režija i nadasve povećanje plaća i svih materijalnih izdataka koje moramo poštivati po kolektivnom ugovoru za medicinske sestre. Ovo povećanje prihoda koje ste planirali ovom odlukom ne pokrivaju sva navedena povećanja cijena. Molim reviziju odluke u korist dentalne zdravstvene zaštite.	Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod plaća troškove dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
84.	Martina Tasković Boltek	Poštovani, predložene izmjene Ugovora od strane HZZO a degradirajuće su za nas ugovorne doktore obzirom na manji iznos Hladnog pogona i manji bod od doktora obiteljske medicine, kao da mi nismo obveznici poštivanja istog Kolektivnog ugovora u obračunu plaća državnim službenicima koje zapošljavamo kao i Opća i kao da naša diploma nema isti stupanj obrazovanja kao i doktor medicine pa nas treba kazniti sa manjim bodom . Na stranu činjenica da moderna dentalna ordinacija bez ogromnog inicijalnog	Nije predmet ovog savjetovanja. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne

		ulaganja u opremu i konstantnog utroška materijala ne može niti otvoriti vrata hitnom pacijentu a kamoli normalno raditi posao u drugoj polovini druge dekade dvadeset i prvog stoljeća.	ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.
85.	Doc. prim. dr. sc. Zorana Ivanković Buljan, dr. med. dent., spec. ortodont	Poštovani, želim se kao doktor dentalne medicine i osoba koja radi ovaj posao 34 godine očitovati na prijedlog o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Država preko Zavoda za Zdravstveno osiguranje određuje cijene propisanih zdravstvenih usluga koje mi isporučujemo pacijentima. Propisana cijena usluge ne pokriva minimalne zakonske troškove pružanja te usluge. U dentalnoj medicini, osim troška materijala i instrumenata, sterilizacije instrumenata (autoklav, testovi, pakiranje) radiološka oprema, održavanje i servis dentalne opreme, plaćanje dentalnom laboratoriju i trošak zanavljanja opreme koja se troši a jako je skupa (30000-50000 eura svako deset godina). Imam nekoliko pitanja: **Zašto se strojna endodoncija ne tretira kao nadstandard?** Zašto nam za svaki određeni kanal zuba država plaća manje od 10 eura s kojim trebamo pokriti svoje radno vrijeme, anesteziju, koferdam, antiseptike, paper pointe, gutaperke i punila. Tu još treba uračunati trošak endomotora (košta 3120 eura, i komplet strojnih iglica NiTi koje najčešće puknu nakon jedne obrade kanala (nas koštaju 130 eura). Financiramo pacijentima nadstandard iz svog džepa i radimo u minusu jer radimo s tehnologijom koja košta višestruko više od onoga što HZZO uplati pacijentu. Treba izbaciti protetiku iz DTP i ostaviti iste bodove za dtp, ovako su povećali vrijednost boda a smanjili DTP pa povećanje nemamao. Zašto standardni tim nije 1700? Zašto se skupe nove metode liječenja sa skupom opremom ne valoriziraju na način: ako Fond to ne može platiti kao nadstandard onda neka plate pacijenti koji su voljni dobiti nadstandard i platiti ga.	Nije predmet ovog savjetovanja. Zavod ne plaća amortizaciju opreme. Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog **standarda** prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, Standardni broj osiguranih osoba po timu utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova. Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjenja standardnog broja osiguranih osoba po timu

		Strojna endodoncija, tehnike punjenja kanala, mjerenje duljina punjenja bez endometra, Kako? Protetiku i strojnu endodonciju treba izbaciti van DTP1. Kao što u općoj rade ekg kao nadstrandard da rasterete sekundarnu,tako i nama dati strojnu endodonciju jer za termin strojne se kod specijalista u Splitu čeka 6 mjeseci. **Zašto je novi koeficijent za opću medicinu 12 a za dentalnu 10**? **Troškovi hladnog pogona opće medicine i dentalne su jednaki a naš je manji**. To su troškovi struje, grijanja prostora, voda telefon, Internet, najam programa za Cezih, infektivni otpad, čišćenje prostora, obavezno osiguranje od krivične odgovornosti, zaštita na radu, kontrola sterilizacije, deratizacije, knjigovodstvo, plaće nas doktora i dentalnog asistenta (koja prati stalno povećanje Kolektivnog ugovora za dentalne asistente a naša primanja ne prate), s doprinosima. Tu spadaju i lijekovi i potrošni materijal potreban za osnovni rad (poskupljenje potrošnog materijala i opreme je oko 50% a nama su primanja ista) koe troškove nemaju kolege iz primarne. Niža vrijednost boda za dentalnu medicinu je dokaz da nismo u ravnopravnom položaju sa općom medicinom što je čista diskriminacija. Zašto su nama prihodi najmanji a jedini mi ugrađujemo u organizam pacijenata skupe materijale koje moramo kupiti. Trebalo bi uzeti u obzir cijenu materijala, cijenu laboratorija, vrijeme rada, te složenost zahvata u bodovanju i isplati DTP-a. Koliko radim u struci, meni se čini da bodove i cijene propisuje netko tko nije nikad radio u ordinaciji. Propisani standardi rada stvaraju određene troškove a vrijednost boda koju određuje HZZo ne omogućuje pokrivanje tih troškova. Zašto nam se brišu neki važni DTP-ovi kao npr. Trepanacija apikalne trećine korijena bez koje nema ni pisanja antibiotika, iz DTP-a je prebačeno u nultu dosta preventive, zašto? Zašto i dalje nedostaju neki bitni postupci, čišćenje karijesa a recimo u općoj pišu posebne račune za pranje ušiju i skidanje šavova.? Zašto? Zašto nam vađenje trokorijenog zuba, postupak koji nekad traje po dva sata a radimo ga kriveći leđa i na jednoj nozi, jer drugom pokrećemo turbinu, košta manje od mjerenja tlaka?	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine.

		Troškovi ordinacije su porasli koliko posto od zadnje promjene prihodovanja od strane Fonda. Naša je knjigovodstvena bruto bilanca porasla koliko? U zadnje tri godine. Barem 30-40%. Koliko je porasla plaća po Kolektivnom ugovoru u 3 godine? 50%. Koliko je usklađen HP sa Kolektivnim ugovorom za plaću radnika obzirom na godine staža?. Na sve dodatke koje Vlada proslijedi, bolnicama i Domovima zdravljka, dostavi namjenski račun po izračunu a nama je sve paušalno? Od prihoda HZZO-a nemamo ni za vlastite prihode, ono što im de facto vratimo u proračun. Molimo da ove prigovore uzmete u obzir jer ovako više nećemo moći raditi. Po ovim cijenama ne! lp	
86.	Tina Puljiz dr.med	Poštovani, Moji prijedlozi su slijedeći: 1.ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora 2.ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika PZZ zbog preporuke drugih liječnika u sustavu 3.smanjenje standardnog broja osiguranika po timu na 1300 osiguranika 4.u članku 3 prijedlog brojku 8.0 zamijeniti brojkom 20.0 5.omogućiti prijenos sredstava u "ladicu" u narednu kalendarsku godinu. Lp	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.
87.	Snježana Ovčariček Granatir, DDM	Poštovani, U odnosu na predložene izmjene Odluke dostavljam sljedeće prijedloge radi preciznijeg definiranja postupaka dentalne medicine te osiguravanja ravnopravnog položaja ove djelatnosti unutar sustava primarne zdravstvene zaštite. **1. Uvođenje nove šifre DTP postupka – preparacija kaviteta**	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Predlaže se u članku 17. uvođenje nove šifre DTP postupka za **pripremu odnosno preparaciju kaviteta** (kurativa – djeca do 18 godina te sve osigurane osobe), u skladu s točkom 1.3 Programa mjera zdravstvene zaštite za dentalnu medicinu iz Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023.–2026. (Narodne novine 127/2023). U postojećim DTP postupcima (DM 429–439, 465–468, 325–328 i 336–340) navedeni su ispuni i postupci njihove izrade, međutim svakom od tih postupaka prethodi preparacija kaviteta kao nužan terapijski korak koji trenutačno nije zasebno evidentiran, iako zahtijeva dodatno vrijeme rada i uporabu brusnih elemenata. **2. Preciziranje postupaka endodontskog liječenja** Predlaže se da se u DTP postupcima DM 310–317 te DM 413–425, koji se odnose na endodontsko liječenje korijenskog kanala (čišćenje, priprema i punjenje kanala), doda riječ **„ručno“**. Time bi se jasno razlikovalo ručno endodontsko liječenje koje se provodi u ordinacijama primarne dentalne medicine od strojne obrade korijenskih kanala, koja je prema Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2023.–2026. predviđena u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti. **3. Omogućavanje korištenja šifri DM 305–307 za sve osigurane osobe** Predlaže se omogućiti primjenu šifri DTP postupaka DM 305–307 za sve osigurane osobe. U praksi postoje odrasli pacijenti sa šifrom oslobođenja 70 (npr. osobe s autizmom ili intelektualnim teškoćama) kod kojih je dentalni zahvat jednako zahtjevan kao i kod djece, no navedene šifre trenutno nije moguće koristiti za odrasle pacijente. **4. Uvođenje šifre za obavezni preventivni pregled**	Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore, dostaviti Zavodu. Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge izmjena ili dopuna. Ne prihvaća se. Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		Predlaže se uvođenje šifre DTP postupka za **obavezni godišnji preventivni pregled**, čime bi se poticalo redovito praćenje oralnog zdravlja i ranije otkrivanje bolesti. Takav pristup u skladu je s ciljevima Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021.–2027., koji naglašava važnost prevencije radi smanjenja troškova liječenja i poboljšanja zdravstvenih ishoda. **5. Izmjena koeficijenta u članku 17., stavku 7.** Predlaže se da se u članku 17., stavku 7. broj "**8,00" zamijeni brojem "12,00"**, kako je uređeno i za druge djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Dentalna medicina je, sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, sastavni dio primarne zdravstvene zaštite te bi trebala biti ravnopravno tretirana u sustavu financiranja. Istodobno treba uzeti u obzir da ordinacije dentalne medicine imaju značajno veće materijalne i tehničke troškove (dentalni materijali, sterilizacija instrumenata, potrošni materijal, amortizacija i održavanje opreme), što je relevantno prilikom određivanja modela financiranja zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja kojim upravlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. **Zaključno**, predložene izmjene doprinijele bi preciznijem definiranju dentalnih postupaka, jačanju preventivne zdravstvene zaštite te dugoročno održivijem i racionalnijem korištenju sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja. S poštovanjem,	Za uvođenje novog DTP-a ili izmjenu postojećih potrebno je prijedlog/zahtjev za uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine.
88.	Snježana Zvonar dr.med.dent.	Pridružujem se grupi ugovornih doktora dentalne medicine u zahtjevu, za otvaranje dijaloga i revizije ugovornih uvjeta, s obzirom na nepovoljni i nezakonit, ugovorni	Nije predmet ovog savjetovanja.

		položaj doktora dentalne medicine, u sustavu HZZO-a, te sve posljedice, koje iz istog proizlaze.	
89.	Terezija Punos	Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.
90.	dr Dubravka Margaretić , spec obiteljske medicine	Poštovani s obzirom da imam 39 godina staža kao liječnik, od toga u mojoj ordinaciji obiteljske medicine 32 godine, imam puno iskustva i zb+nanja što bi trebalo promjeniti i popraviti. Najveći nam je problem što nam je populacija ostarila, imamo sve više gerijatrijskih pacijenata koji su višestruko zahtjevniji od mlađe populacije, pa tako kod njih imamo i višestruko povećanu potrošnjusvih resursa zdravstvene zaštite. Stiga su nam stari normativi postali neodrživi , jer svi ih višestruko probijamo.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Stoga bi trebalo povećati iznod svote koju smijemo potrošiti na lijekove- jer su sada na listi i skupi lijekovi za koje dobivano preporuke od bolničkih specijalista, te o nama uopće ne ovisi nihova potrošnja. A kojih ranije uopće nije ni bilo. Sve više je kroničnih i starijih pacijenata- gerijatrije - imamo povećanu potrošnju uputnica za laboratorij i daaljnja upućivanja na kontrole kod različitih specijalista. Stoga je neodrživo da se možemo uklopiti u mjesečnu potrošnju kalo lab analiza, tako i svih ostalih upućivanja. S obzirom na sve starije radno aktivno stanovništvo, povećana je i stopa bolovanja radi razno raznih kroničnih bolesti, pa više ni stopu bolovanja ne možemo držati pod kontrolom. U posljednjih nekoliko godina to je prava ekspanzija pacijenata koji su na dugim bolovanjima, koji žele obradu za IKu , a takva bolovanja onda traju minimalno 1-1,5 godina. Radi starenja populacije i produžetka životnog vijeka je sve više dugogodišnjih potreba za kućnim njegama, jer djeca više ne žive sa starim roditeljima, a smatraju da im država i zdravstvo treba riješavati brigu oko svojih starih , bolesnih i onemoćalih roditelja. Nju bi trebalo povećati za 3 x od ove dosadašnje, jer je veoma niska i potpuno nerealna u odnosu na potrebe populacije. Stoga treba mijenjati normative i povećati broj sestara u kućnim njegama. Potrošnja za ortopedska pomagala se također višestruko povećala, jer je jako puno pacijenata dugi nz godina sa stoma pomagala , nakon operacije karcinoma debelog crijeva, te pomagala - senzora i trakica za kontrolu šećerne bolesti.	
91.	Dubravka Pedić	Prijedlog Uvesti radno vrijeme od 8 h Ukinuti preraspodjelu radnog vremena subotom. Uvesti dežurstvo subotom ,kao nedjeljom i blagdanima.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Dopustiti zapošljavanje još jednog zdravstvenog radnika ,liječnika kao pomoć u obavljanju svakodnevnog posla zbog preopterećenosti .Ne samo pravo na zamjenu za godišnji odmor ili bolovanje ,neko svakodnevni rad. Omogućiti zapošljavanje na zamjenu medicinske sestre preko student servisa ,ne isključivo ugovorom o radu ,zbog nedostatka med.sestara. Omogućiti radno aktivnim.pacijentima prioritet kod obavljanja specijalističkih i dijagnostičkih pretraga vezanih uz dijagnozu zbog kojih su za bolovanju, s ciljem skraćivanja dana provedenih na bolovanju i što prije započinjanja liječenja i osposobljavanjem za povratak na posao.	
92.	dr Margaretić Dubravka	Poštovani, specijalist sam obiteljske medicine i iz osobnog iskustva sa 19 godina staža imam jedan praktičan prijedlog da se doktori iz bolnica nauče da kad pišu nalaze i otpusna pisma obavezno na nalazima pišu dijagnoze po MKB šiframa, da mi ne moramo onda iz njihovih lirskih dijagnoza izmišljati šifre po MKB, jer moja i njihova predodžba se ne moraju poklapati. Ne znam za druge bolnice u RH, ali naš KBC Osijek još uvijek piše nalaze i otpusna pisma bez MKB šifri	Nije predmet ovog savjetovanja.
93.	Zoran Maravić dr.med. spec	Poštovani -predlažem da se u kategoriji dodatne mogućnosti (DTP 3.razine) korigiraju iznosi sa dosadašnjih 10% + 5% **korigira na na 20%+5% .** Obrazloženje : naveden postupci vezani su uz skupu opremu i plaćenu edukaciju pa je potrebno više stimulirati izvedbu istih na primarnoj razini čime se u konačnici utječe na: 1. "Gate keeping" usluge na primarnoj razini zbog kolateralnih troškova su u konačnici jeftinije 2. Dostupnost usluga u optimalnom vremenu za koje postoji lista čekanja (smanjenje istih) 3. Možda najvažnije : povećava se atraktivnost obiteljske medicine i povećava se interes mladih liječnika za poziv specijaliste obiteljske medicine.	Nije predmet ovog savjetovanja. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.

		- kod valorizacije KPI -potrošnja lijekova na recept, potrebno je transparentno objavljivati prosječnu potrošnju po dobnim skupinama za prethodnu godinu. Prosjek potrošnje po dobnim skupinama za prethodnu godinu trebalo bi korigirati za službenu stopu inflacije. U stvarnosti većina liječnika ne "dohvati" navedeni KPI pa pod pritiskom osiguranika slabi motiv za racionalno propisivanje . -Potrebno je povećati unutar KPI broj laboratorijskih usluga PZZ razine kako bi se povećao interes za racionalnim korištenjem usluga lab. dijagnostike a time i dohvatom KPI . U situaciji kad većina probija limit gubi se interes već podliježe defanzivnoj medicini. Utjecaj na proračun HZZOa zbog predloženih promjena u konačnici je zanemariv jer motivira na aktivan racionalni odnos prema potrošnji zajedničkih sredstava i povećanje usluga na primarnoj razini. S štovanjem	Nije predmet ovog savjetovanja.
94.	Mr.sc Tatjana Funarić dr med. specijalist pedijatar	Poštovani , Kao ugovorni pedijatar na otoku Malom Lošinju i jedna od svega pet pedijatar na otocima RH podnosim sljedeće prijedloge. 1.Prijedlog-Nužnost fiksnog dodatka na glavarini za pedijatre na otoku. Obrazloženje zbog geografski ograničenog broja djece primjena općih koeficijenata bez uvažavanja otočne izoliranosti ugrožava opstojnost ordinacija pedijatrije na otocima, te molim da se jasno definira dodatak za otoke u glavarini. 2.Prijedlog -Grupna praksa dodati automatski svim pedijatrima na otoku Obrazloženje -Dodatak od pet posto objektivno je neostvariv na otocima jer smo jedini pružatelji skrbi na otocima .Udruženje s timovima obiteljske medicine nije stručno utemeljeno rješenje jer ne rješava problem pedijatrijske zamjene niti specifičnost struke.Naša izoliranost , povećana odgovornost , svakodnevne konzultacije svim	Nije predmet ovog savjetovanja. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

		kanalima s centrima na kopnu , velike udaljenosti do bolnica ,nemogućnost transporta u lošim vremenskim uvjetima su naša svakodnevna grupna praksa. 3.Prijedlog .Korekcija KPI pokazatelja Obrazloženje .Zbog nedostatka dijagnostike na otoku i povećanog broja turista i propisivanja recepata za migrirajuće osiguranike i eu kartice zahtijevaju korekciju KPI faktora u izračunu. 4.Prijedlog:Nemogućnost korištenja godišnjeg odmora i zamjene Pravilnik nalaže da zamjena za pedijatra mora biti specijalist pedijatar kojih nema jer sam jedina, korištenjem odmora prekida se skrb za djecu.To u praksi znači da kao pedijatri na otoku preuzimamo odgovornost cijelu godinu. Lijep pozdrav	
95.	Sandra Vukšić, pedijatar	Poštovani! Nije u redu da se isto plaćaju djeca do 7 g nama pedijatrima i obiteljskoj medicini, a djecu iznad 14g ako ostaje u našoj skrbi se ne plaća ništa. Razina edukacije i razina znanja o liječenju djece je neusporediva. Povećati udio DTP postupka u odnosu na glavarinu sa 110-130% na 180% Ako obiteljska medicna dobiva porast DTP do 170%, zašto pedijtrija ostaje do 130% plaćenog DTP-a. Jel su li oni bolji ? Vrijedniji od nas? Više radimo, a manje zaradimo od njih Spustite nam standardni broj pacjenata. Urediti da pacijent kad navrši 7g odlazi sa primarne pedijatrije, a ne se dugotrajno zavlači kod nas dokle je njima drago. po mogućnosti kakao meni kažu do vjenčanja Zašto obiteljska ima 3,5x veći broj dozvoljenih laboratorisjki pretraga- mi radimo više i dobivamo penale.?! Ne dozvoliti da vođenje bolovanja na osnovi djece pripadne pedijatriji jer roditelji su pacijenti obiteljske medicine i oni trebaju voditi bolovanja	Ne prihvaća se. Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge izmjena ili dopuna predmetnog akta na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj. Timovi ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine. Nije predmet ovoga savjetovanja.

		S pošovanjem	
96.	Dejan Momčilović, dr.med., spec.obit.med. Predsjednik Podružnice Koordinacije hrvatske obiteljske medicine - KoHOM za Brodsko-posavsku županiju	Poštovana/-i, Mjere najavljene u dokumentu, za koje se nadam da nisu zakašnjele, predstavljaju solidan početak prijeko potrebnih promjena koje bi za cilj trebale imati privlačenje i zadržavanje kadrova u deficitarnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. No financijska strana rada, iako vrlo bitna, nije jedino po čemu se mjeri zadovoljstvo radom. Veliku ulogu u tome imaju i uvjeti rada, koji je u PZZ preopterećen prekomjernim administriranjem, različitim tumačenjima raznoraznih pravnih akta, te strahom od kontrola HZZO u vezi nečega što je indicirao netko drugi unutar zdravstvenog sustava. Uz to, ne vrednuje se rad liječnika zaposlenih u domovima zdravlja koji su dodatno opterećeni dugotrajnim odlascima na zamjene na druga radilišta izvan vlastite ordinacije. Obzirom da je KoHOM poslao detaljno razrađeni dokument s vlastitim prijedlozima, ovdje ću samo dodati ili naglasiti ono što smatram najbitnijim. 1. Ukinuti postojeće vrste uputnica (trenutno ih ima 14) i ostaviti samo uputnice za a) **pregled liječnika u SKZZ uz SVU potrebnu obradu (**današnja A1, A2, D1, D2, **C1**), b) bolničko liječenje (današnja B1, B2) c) hitni pregled na OHBP (današnja C2), d) dijagnostičke pretrage na indikaciju liječnika u PZZ (današnje A3, A6) e) konzultaciju bez pacijenta (današnja A5) OBRAZLOŽENJE: Uloga liječnika u PZZ kao brane prema skupljem, bolničkom sustavu u ovakvim uvjetima rada više nije moguća. Uputnice kojima se pacijenti upućuju na bolničke preglede i pretrage pišu obiteljski liječnici, ali velika većina ih se piše na indikaciju bolničkih liječnika koji su obavili prethodni pregled. Na ovaj način liste čekanja se produljuju, a da se nema pravog uvida u uzroke. Postojećih 5 vrsta uputnica kojima se pacijenta upućuje na pregled i obradu (A1, A2, D1, D2, C1) su u svojoj biti iste, samo se razlikuju po tome koliko ograničavaju bolničkog liječnika u izvršenju daljnje planirane obrade. Pacijenti se stoga nepotrebno s preporukom o	Nije predmet ovog savjetovanja.

			daljnjoj obradi vraćaju obiteljskom liječniku koji time postaje administrator za obradu koju vodi bolnički liječnik. Ovim prijedlogom bi liječnik u PZZ, ukoliko dostupnom obradom na razini PZZ nije uspio postaviti dijagnozu ili pronaći optimalnu terapiju, uputio pacijenta bolničkom liječniku koji bi u slučaju da indicira daljnju obradu, na licu mjesta izdao interne uputnice i naručio pacijenta (ekvivalent današnje uputnice C1). Tek kad se nakon završetka obrade donese zaključno mišljenje, pacijent bi se vraćao natrag u skrb izabranom liječniku. Na taj način bi se ubrzalo kretanje pacijenata kroz zdravstveni sustav, pretrage bi se indicirale selektivnije jer bi sami bolnički specijalisti mogli u realnom vremenu ostvarivati uvid u rezultate i ovisno o vlastitoj procjeni zakazivali termine za kontrolne preglede, smanjile bi se liste čekanja i ukupna potrošnja u zdravstvenom sustavu, a administrativno bi se rasteretila PZZ. Praćenjem upućivanja prema liječnicima koji indiciraju pretrage, mogla bi se napraviti kvalitetnija analiza potrošnje koja bi postala transparentnija, bolničke ustanove bi dobile mogućnost dinamičkog upravljanja vlastitim listama čekanja, te intervencije prema svojim zaposlenicima (prije svega edukativno) u slučaju prekomjernog upućivanja, a voditelji odjela bi dobili dodatno na značaju. Pacijenti bi bili pošteđeni stalnog šetanja između izabranog liječnika u PZZ i bolnice, a njihova obrada i liječenje bi započinjali i završavali ranije. 2. Dokinuti štetnu praksu kažnjavanja liječnika u PZZ zbog preporuka liječnika iz SKZZ OBRAZLOŽENJE: Apsolutno je neprihvatljivo kažnjavanje od strane HZZO-a zbog propisivanja recepata, uputnica, ortopedskih pomagala i ostaloga što je preporučeno od strane bolničkog liječnika, ali se po HZZO-u ne smatra opravdanim. Takav pokušaj kontroliranja cjelokupnog sustava preko kontrole i kažnjavanja liječnika u PZZ ne samo da ne rješava problem na mjestu gdje je i nastao, već u velikoj mjeri tjera liječnike iz PZZ u neke druge grane medicine. Liječnici u PZZ su svakodnevno izloženi konfrontaciji s pacijentom oko nečega što bolnički liječnik smatra potrebnim, a HZZO ne želi pokriti trošak, a na što izabrani liječnik ne može utjecati. Ako se želi kontrolirati sustav, nužno je da, kao i u prijedlogu broj 1., svatko počne odgovarati za	Nije predmet ovog savjetovanja.

		ono što indicira, za što, obzirom na sveopću informatizaciju zdravstvenog sustava i obvezu slanja e-nalaza ne postoje stvarne zapreke. 3. Donijeti jasne i svima dostupne odredbe o sadržaju i namjeni liječničkih potvrda OBRAZLOŽENJE: Veliki dio administrativnog opterećenja u PZZ otpada na pisanje raznoraznih potvrda na zahtjev samog pacijenta ili trećih strana. Poseban problem predstavljaju zahtjevi Zavoda za socijalni rad, te u određenoj mjeri i HZMO-a, MUP-a, MORH-a, kojima se traži vještačenje o psihofizičkoj sposobnosti osiguranika, ispunjavanje obrazaca 1-IN, ili ručno ispunjavanje opsežnih vlastitih formulara koji se osiguranicima daju na ruke da ih ispuni izabrani liječnik. Na ponavljane zahtjeve liječničkih udruga i HLK za sazivanjem sastanaka na ovu temu, nadležna ministarstva već duže vrijeme šute. Potrebno je stoga jasno naglasiti da liječnici u PZZ mogu izdati liječničku potvrdu koja predstavlja sažetak zdravstvenog kartona, s popisom dijagnoza, terapije i napomenom o postojećim alergijama, ovisno o svrsi, dok se za sva vještačenja osiguranike treba uputiti na medicinu rada. Ispunjavanje posebnih obrazaca mora biti unaprijed definirano i uvršteno kao zasebni DTP. 4. Podići vrijednost sata provedenog na zamjeni u drugoj ordinaciji za liječnike zaposlene u domovima zdravlja za 100% OBRAZLOŽENJE: Liječnici koji pokrivaju više radilišta istovremeno najčešće to rade u jednoj smjeni, na način da dio radnog vremena provedu na jednoj, a dio na drugoj (ili čak trećoj) lokaciji. Obzirom da broj pacijenata na jednom radilištu nije moguće ograničiti proporcionalno radnim satima, to u praksi znači da se u pravilu u jednom danu prime svi ili velika većina pacijenta na jednom radilištu koji taj dan zatraže liječničku skrb, a potom se to isto ponovi na drugom radilištu. Time se radno opterećenje za liječnika uveća za gotovo 100%, često se radi bez pauze koja se provede u putovanju između dva radilišta, a više domova zdravlja takav rad uopće novčano ne vrednuje – ne vode ga kao prekovremeni rad obzirom da se odradi	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

			unutar redovne satnice i liječnici ovise o dobroj volji uprave DZ-a hoće li biti na bilo koji način stimulirani. Također je nelogično da domovi zdravlja za dvije ordinacije dobiju od HZZO-a i dvije vrijednosti hladnog pogona i glavarine namijenjene između ostalog i za plaće za dva liječnika, a u stvarnosti plaćaju samo jednog liječnika koji odrađuje posao za dvojicu. Time zapravo dom zdravlja financijski profitira u situacijama kada manjka liječnika i ne mora niti imati interes da žurnije pronađe stalnog liječnika za svaki ugovoreni tim. No za liječnike i pacijente, uz enormno velike brojke dnevnih posjeta velika je i mogućnost greške, kvaliteta pružene skrbi u takvim uvjetima je nužno slabija, i liječnici brzo izgaraju i odustaju od rada u obiteljskoj medicini. Stoga je neophodno da se unaprijed jasno definira naknada liječnika za takav rad. 5. Izmijeniti dosadašnju praksu po kojoj se timovi u privatnoj praksi u PZZ gase odlaskom liječnika u mirovinu ukoliko ih domovi zdravlja ne žele preuzeti i omogućiti da ih u tom slučaju preuzmu privatni zdravstveni djelatnici. OBRAZLOŽENJE: U slučaju odlaska liječnika koji je nositelj tima u privatnoj praksi u mirovinu, ukoliko dom zdravlja želi preuzeti ordinaciju, to je omogućeno na način da već od sljedećeg dana tim nastavi s radom, uz liječnika kojeg osigurava dom zdravlja, te se na taj način ne prekida kontinuitet skrbi za pacijente. No u slučaju kad dom zdravlja nema interes ili mogućnosti preuzeti tim nakon odlaska liječnika u mirovinu, taj tim se raspušta čak i u situacijama kad postoje zainteresirani liječnici koji žele u istom prostoru otvoriti svoje privatne prakse u ugovornom odnosu s HZZO-om, a pacijenti su prisiljeni upisivati se u druge timove. Ukoliko bi pacijenti ipak željeli ostati na istoj lokaciji i upisati se kao potencijalni pacijenti u novi tim, moraju čekati nekoliko mjeseci dok HZZO ne raspiše natječaj za popunjavanje mreže javne zdravstvene službe i dok tim ne sklopi ugovor o provođenju zdravstvene zaštite s HZZO-om. Ovo možda nije toliki problem u gradskim sredinama, gdje postoje okolne ambulante koje mogu primiti toliki broj pacijenata, ali je ogroman prostor u ruralnim sredinama gdje nakon gašenja jednog tima pacijenti nemaju drugu ordinaciju u krugu 15 ili više kilometara, te su prisiljeni čekati nekoliko mjeseci do nastavka rada novog	Nije predmet ovog savjetovanja.

		tima u starom prostoru. Ovakvo postupanje ne samo da je diskriminirajuće prema liječnicima u privatnoj praksi, već i narušava ustavno pravo građana na zdravstvenu zaštitu. Stoga je nužno i pravedno u slučajevima kad se dom zdravlja izjasni protiv preuzimanja tima u privatnoj praksi nakon odlaska liječnika u mirovinu, omogućiti privatnom zdravstvenom djelatniku da preuzme tim pod istim uvjetima kakvi vrijede i za domove zdravlja.	
97.	Bernarda Kovčo	Poštovani, kao zdravstveni djelatnik stomatolog i pružatelj usluga Hzzo-a molim Vas da uvažite prijedlog "košarica" stomatoloških usluga. Naime, odavno nam je po ovim postojećim uvjetima postalo nemoguće pružati sve usluge i pritom pozitivno poslovati otkako su cijene materijala postale dvostruke u odnosu na prije nekoliko godina a cijene usluga koje Vi pružate preniske. Kako bismo ovaj nesrazmjer malo popravili predlažem da se naprave "košarice" naših usluga za koje bi se pacijenti odlučili i uplaćivali po vlastitim potrebama. Sve iznad toga bi se naplaćivalo po cijenama iz cjenika Komore. Zaista je tragedija da u današnje vrijeme imamo toliko nesaniranih stanja i ljudi koje ne održavaju vlastitu higijenu usne šupljine. Upravo zbog tog nemara i vlastite lijenosti imamo toliku incidenciju karijesa pa i težih stanja koja nisu niti jednostavna niti jeftina za sanaciju a moglo se spriječiti jednostavnom redovitom i temeljitom upotrebom paste i četkice. Zbog toga mislim da bi i pacijenti trebali preuzeti odgovornost pa i plaćanje usluga koje prelaze "košaricu" jer bi se na taj način cijena raspodijelila na pacijente i na sustav jer je ovakvo stanje neizdrživo. Ako pacijent ne dolazi godinama na kontrole te se odjednom odluči konačno posanirati sve,tu treba od ekstrakcija i endodontskih zahvata pa do protetike...koliko je to novaca zbog vlastite odluke da se na redovite preglede ne ide? Ako dođe nakon godinu i pol sa 11 karijesa i samo slegnu ramenima ravnodušno jer im nije stalo...treba li se to nagraditi od države svim besplatnim zahvatima? Koliko ćemo još mi plaćati i raditi skoro pa besplatno zbog njihovog vlastitog nemara i neodgovornosti? Nešto se definitivno mora promijeniti stoga Vas molim da ovo sve uzmete u obzir. Srdačan pozdrav od jednog umornog stomatologa.	Nije predmet ovog savjetovanja. „Košarice“ dentalnih usluga utvrđene su drugim propisom.

98.	dr. med. Željko Maravić, SOM	Poštovani! Kao specijalist obiteljske medicine koji radi 37 godina, od toga 30 godina u svom prostoru kojeg sam samostalno izgradio i opremio podržavam sve prijedloge KoHom-a te osobito smatram da je potrebno omogućiti hladni pogon svim ordinacijama u punom opsegu jer je to temelj rada ordinacije kao što je bitan temelj za svaku kuću bez obzira na njenu veličinu. Broj pacijenata u ordinacijama koje imaju stariju populaciju se smanjuje prirodnim odljevom- smrću pacijenata te je apsolutno nelogično da se njima smanjuje hladni pogon zbog toga a tokom radnog vijeka su uredno vodili brigu o svojim pacijentima i o normalnoj funkciji svoje ambulante LP	Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
99.	**Zagrebačko dijabetičko društvo, Prim. Manja Prašek, predsjednica,** Antuna Bauera 20, 10 000 Zagreb, 01/4847-429, info@zadi.hr Temeljeno na	Poštovani HZZO, kao **Zagrebačko dijabetičko društvo**, najaktivnije dijabetičko društvo u Hrvatskoj snažno podržavamo prijedloge Koordinacije hrvatske obiteljske medicine koji su izravno važni za kvalitetniju, dostupniju i pravovremenu skrb za osobe s dijabetesom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Svako ograničenje koje otežava rad liječnika obiteljske medicine u skrbi za kronične bolesnike izravno se odražava na ishode liječenja osoba s dijabetesom.	Zahvaljujem na komentaru.

	KOHOM-ovim prijedlozima iz javnog savjetovanja	**Posebno podržavamo sljedeće prijedloge KOHOM-a posebno podržavamo i smatramo da je njihovo prihvaćanje od ekstremne važnosti za osobe s dijabetesom u Hrvatskoj:** 1. **Uvođenje i valorizaciju DTP-a za vođenje panela kroničnog bolesnika – kronična bubrežna bolest.** Kod osoba sa šećernom bolešću kronična bubrežna bolest jedna je od najvažnijih i najskupljih komplikacija. Sustavno praćenje bubrežne funkcije, uključujući eGFR i albumin/kreatinin omjer u urinu, mora biti dostupno i jasno organizirano u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rad liječnika obiteljske medicine na ranom otkrivanju i praćenju bubrežnog oštećenja treba biti odgovarajuće vrednovan. 2. **Bolju valorizaciju DTP-a za uvođenje inzulinske terapije.** Uvođenje inzulinske terapije nije administrativni postupak, nego složena medicinska odluka koja zahtijeva znanje, vrijeme, edukaciju pacijenta, procjenu rizika od hipoglikemije i daljnje praćenje. U okolnostima dugih lista čekanja za dijabetologe, liječnici obiteljske medicine mogu imati važnu ulogu u pravovremenom započinjanju inzulinske terapije, ali taj rad mora biti realno vrednovan. 3. **Povećanje limita za primarnu laboratorijsku dijagnostiku.** Kvalitetna skrb za osobe s dijabetesom nije moguća bez redovitog laboratorijskog praćenja. To uključuje HbA1c, kreatinin/eGFR, lipidogram, jetrene enzime, urin i albumin/kreatinin omjer. Premali laboratorijski limiti nisu stvarna ušteda, nego odgoda dijagnostike i veći rizik od kasnijih, težih i skupljih komplikacija. 4. **Povećanje limita za lijekove koji se propisuju na recept u obiteljskoj medicini.** Suvremeno liječenje šećerne bolesti sve se više temelji na lijekovima koji ne djeluju samo na regulaciju glukoze, nego i na smanjenje kardiovaskularnog i bubrežnog rizika. Ordinacije obiteljske medicine ne smiju biti financijski	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaoraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		penalizirane zbog propisivanja medicinski opravdane terapije u skladu sa stručnim smjernicama. 5. **Bolju valorizaciju zbrinjavanja rana, noktiju i manjih kirurških postupaka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.** Kod osoba s dijabetesom pravovremeno zbrinjavanje rana, promjena na stopalima i problema s noktima može biti presudno za sprječavanje infekcija, hospitalizacija i amputacija. Potrebno je poticati dostupno i brzo zbrinjavanje takvih stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito u sredinama u kojima je pristup specijalističkoj skrbi otežan. Zaključno, podržavamo navedene prijedloge jer jačaju stvarnu dostupnost skrbi za osobe sa šećernom bolešću. Kod dijabetesa zakašnjela dijagnostika, nedostatno praćenje, odgođeno liječenje i kasno zbrinjavanje komplikacija ne predstavljaju uštedu za zdravstveni sustav, nego povećavaju rizik od bubrežnih, kardiovaskularnih, neuroloških i drugih komplikacija, uključujući dijabetičko stopalo i amputacije. Predlažemo da HZZO uvaži navedene prijedloge i u konačni tekst Odluke ugradi rješenja koja omogućuju bolju, raniju i dostupniju skrb za osobe sa šećernom bolešću u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. S poštovanjem,	
100.	Davorka Došen Mrak	U potpunosti sam suglasna sa Kohomovim prijedlogom korekcije dijagnostičko terapeutskih postupaka .	Primjedbe i prijedlozi sadržajno su istovjetni s primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
OIB: 97862589093
IBAN: HR2423900011100368312
a: Međimurska 21, Zagreb
e: ured@kohom.hr

Zagreb, 04. veljače 2025. godine

Nastavno na dogovore na sastanku u Ministarstvu zdravstva održanom 01. veljače 2025. godine KoHOM Vam dostavljam svoje prijedloge koji se tiču korekcija dijagnostičko-terapijskih postupaka.

Tražimo dodavanje sljedećih dijagnostičko terapijskih postupaka:

1. **Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja**

Predlažemo kao DTP prve razine

Obrada pacijenta nakon povratka s bolničkog liječenja je vrlo kompleksa i često uz savjetovanje obitelji pacijenta ili samog pacijenta podrazumijeva i ispisivanje sijaseta novih lijekova, uputnica, prijedloga za fizikalnu terapiju u kući, stacionarnu rehabilitaciju, kućne njege, prijavu za obilazak patronažne službe i dr.

2. **Pregled akutnog neopredjeljenog pacijenta, neovisno o sjedištu izabranog liječnika**

Predlažemo kao potpuno vanlimitni DTP

Sada se vanlimitno plaća samo pregled pacijenta čiji izabrani liječnik nema sjedište u mjestu liječnika kod kojega pacijent traži pregled. To potpuno nema smisla, jer primjerice pacijent može pregled tražiti kod liječnika u susjednoj općini udaljenoj 2 km, a može tražiti pregled i unutar iste općine u kojoj je udaljenost između dvije ordinacije npr. 15 kilometara. I gdje je logika da se jednome liječniku takav pregled plati vanlimitno, a drugome ne!? Nema je. Ako se postave bilo kakvi slični uvjeti doći će do nelogičnih situacija, zato je jedino logično i pravedno da se potpuno ukinu ovakvi suludi uvjeti. Svaki pregled neopredjeljenog pacijenta mora se plaćati vanlimitno! To je jedino logično, razumno i pravedno. Pregled svakog neopredjeljenog pacijenta liječniku predstavlja dodatno opterećenje neovisno radi li se o pacijentu kolege koji radi vrata do njegovih, u istom ili susjednom kvartu, drugom gradu ili općini ili čak drugoj županiji. Ne samo da predstavlja dodatno opterećenje, nego i dodatni trošak. Stoga se i taj rad mora potpuno istovjetno valorizirati kada se radi o pregledu neopredjeljenog pacijenta.

3. **Odstranjivanje dobroćudnih kožnih promjena**

Predlažemo kao DTP prve razine

Trenutno niti jedan DTP postupak ne pokriva primjerice ekstirpaciju kurjeg oka. Za ovakve i slične postupke, koje se rade na razini PZZ, jednostavno je potrebno kreirati adekvatan DTP.

4. **Mjerenje krvnog tlaka**

Predlažemo kao DTP prve razine

Mjerenje krvnog tlaka je jedan o bazičnih dijagnostičkih postupaka u ordinaciji obiteljske medicine koji se trenutno nikako ne bilježe.

5. **Testiranje na influenzu, uključen trošak testa**

Predlažemo kao potpuno valimitni DTP

Ovaj DTP je potrebno uvesti po uzoru na BAT na COVID-19. Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz i pouzdan dijagnostički alat. I na OHBP-ima te u hitnim infektološkim ambulantama koriste se za dokazivanje ili isključenje influnze. Nema opravdanog razloga da se i u obiteljskoj ne omogući testiranje pacijenata i fakturiranje računa kroz kreiranje ovog DTP-a kako je preporučeno. Posebice skrećemo pozornost i na komponentu uštede za zdravstveni sustav, a budući da je BAT puno jeftiniji od PCR-a. Dodatnu uštedu predstavljat će i manje putnih naloga isplaćenih radi odlaska na PRC testiranja na influenzu (sva djeca i stariji koji su od testnog mjesta udaljeniji od 50 km). Dodatni benefit za cijeli zdravstveni sustav predstavljat će i racionalnije propisivanje antibiotika, budući da će obiteljski liječnici u svojim ordinacijama imati koristan dijagnostički alat kojima će moći jasno utvrditi gripu. Navedeni DTP jedino ima smisla ukoliko će se plaćati potpuno vanlimitno po istoj cijeni kao i testiranje na COVID-19 s uključenom cijenom nabave testa.

6. **Naručivanje pacijenta na specijalističko-konzilijarni pregled ili dijagnostičku pretragu**

Predlažemo kao DTP nulte razine

Naručivanje pacijenata na specijalističko-konzilijarni pregled ili dijagnostičku pretragu zahtjeva vrijeme. Nekada je to i jedini razlog dolaska u ordinaciju opće / obiteljske medicine. Ponekada se sastoji od slanja e-zahtjeva za terminom ili slanja e-mail zahtjeva za termin. Posao je to dakle koji se mora moći zabilježiti, prikazati i naplatiti.

7. **Pregled dva zasebna organska sustava**

Predlažemo kao DTP prve razine

Većina pacijenata koji dolaze u ordinacije opće / obiteljske medicine ima problem vezan za više od jednog organskog sustava. Trenutno postoji adekvatan DTP vezan za zbrinjavanje problema vezanih za 3 ili više organskih sustava, no većina pacijenata ipak dolazi s problemima vezanima za dva organska sustava. Takvi pregledi su kompleksniji i traju duže te bi bilo pravedno razdijeliti ih od običnog pregleda na način na koji je predloženo. Cijena DTP-a trebala bi biti između cijene prvog pregleda i pregleda 3 ili više organskih sustava, a DTP bi trebao biti u skupini DTP-a 1. razine

		8. Odlazak u ljekarnu po lijekove koji se izdaju na ruke liječnika **Predlažemo kao DTP prve razine** Sve je više lijekova koji su se prije davali u bolnici, a sada se daju u ordinacijama obiteljske medicine, na način da je režim izdavanja "ad manum medici", tj. liječnik ili sestra moraju otići u ljekarnu po njih. **9. Mjerenje gležanjskog indeksa** **Predlažemo kao vanlimitni DTP** U mnogim ordinacijama obiteljske medicine postoje aparati za mjerenje gležanjskog indeksa. Aparat je skup i nije u redu da se ne omogući obiteljskim liječnicima da ne naplate taj rad i ulaganje u višu razinu rada u svojim ordinacijama. **10. Odstranjenje urinarnog katetera** **Predlažemo kao DTP prve razine** Postoje situacije, a nisi niti rijetke, u kojima se urinarni kateter odstranjuje, bez promjene za novu. Takav postupak trenutno se nema kako ispravno bilježiti u sklopu DTP-a. **11. Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika** **Predlažemo kao DTP prve razine** Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a za njihovo ispunjavanje. **12. Administrativni postupci na zahtjev opredijeljenog pacijenta** **Predlažemo kao DTP nulte razine** Pacijenti često izabrane obiteljske liječnike kontaktiraju iz administrativnih razloga (provjeravaju da li im je neka uputnica puštena, jesmo li pustili lijekove koje su naručili preko sekretarice, da li im je stigao neki nalaz, ili trebaju printanje nekog ranijeg nalaza, otvaranje bolovanja po preporuci stomatologa ili pedijatra, itd.). U takvim situacijama trebali bismo imati adekvatan DTP za bilježenje svog rada.	

13. **Edukacija o pravilnom korištenju lijekova u obliku inhalera, sprejeva, injekcija ili peroralnih lijekova s posebnim režimom uzimanja**

Predlažemo kao DTP prve razine

Sve je više lijekova u obliku raznih kompliciranih aparata za primjenu i više nije dovoljno samo napisati na kutiju 1, 2 ili 3 puta dnevno, već je od izuzetne važnosti naručiti pacijenta sa lijekom da pred liječnikom primjeni lijek i da se tako provjeri uzima li ga pravilno ili ga odmah u startu prilikom inicijalnog propisivanja educirati o pravilnoj primjeni lijeka. Također, postoje i peroralni lijekovi s posebnim režimom uzimanja, poput oralnog semaglutida, a o čijem se uzimanju pacijente treba posebno educirati. Neadekvatna primjena lijekova dovodi do njihove smanjene učinkovitosti, pa bi bilježenje ovog DTP-a bilo od izuzetne važnosti.

<u>Dodatno tražimo:</u>

- **da se fakturna cijena dijagnostičko-terapijskih postupaka uveća za 150%**
  (na primjeru prvog pregleda to bi bilo povećanje s 8.00€ na 20.00€)

- **da se ukine onemogućavanje kombiniranja dijagnostičko-terapijskih postupaka**, jer ono onemogućava stvarni prikaz rada liječnika u općoj / obiteljskoj medicini te zapravo nema nikakvog smisla. DTP-i nulte i prve razine, kojima u pravilu pripadaju DTP-i koje nije moguće kombinirati, i tako spadaju u skupinu limitiranih DTP postupaka te ne postoji opasnost od „hiperprodukcije" DTP-a radi veće zarade liječnika opće / obiteljske medicine ili opasnost od gubitka sredstava za osiguravatelja, dok bi s druge strane bilježenje svih učinjenih dijagnostičko-terapijskih postupaka dalo ispravniju sliku o radu liječnika opće / obiteljske medicine.

- **podizanje limita vanlimitnih DTP-a sa sadašnjih 10% i 15% na 25% i 40%.**

- **da se TENS iz DTP-a prve razine prebaci u limitirani vanlimitni DTP,** a budući da primjena TENS-a zahtjeva dodatnu opremu i ulaganje. Posebno napominjemo kako je TENS koji se primijenjuje za horizontalno upućene pacijente unutar skupne prakse vanlimitni DTP, a TENS primijenjen svojim pacijentima DTP prve razine. Ovo nema smisla i treba mijenjati.

- **da se sva cijepljenja u ordinacijama opće / obiteljske medicine plaćaju vanlimitno** po uzoru na cijepljenje protiv gripe (prvenstveno cijepljenje protiv pneumokoka te cijepljenje protiv tetanusa ili difterije i tetanusa)

Izvršni odbor Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

	101 Tatjana Vuletic-Vuica,dr.med., spec Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Osijek .	Lijepo molim da se usvoje prijedlozi u Privitku, jer rad u obiteljskoj je izuzetno težak i mi sm pred kolapsom. Sve je manje mladih zainteresirano za obiteljsku medicinu, a mi koji nosimo sistem smo na izmaku snaga. Lp Zagrebu, 22. travnja 2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr** **PREDMET:** Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, drago nam je što je ovaj prijedlog Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (dalje: Prijedlog) proizašao kao rezultat tripartitnog pregovaranja kroz Radnu skupinu za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Međutim, žao nam je što su neki usuglašeni stavovi ispušteni iz ovog Prijedloga. Svakako pohvaljujemo financijsko ulaganje u primarnu zdravstvenu zaštitu, koje koliko god	

		skupo možda na početku izgledalo na kraju uvijek bude najisplativije i financijski najpovoljnije. Međutim, savjetovanje je proces zamišljen i predviđen da se prijedlozi dani na savjetovanje dodatno izbruse i poboljšanju. S tim ciljem, i povjerenjem da ćete iste uvažiti, iznosimo Vam redom svoje prijedloge kako slijedi: **1. PRIJEDLOG:** Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces *"sklapanja ugovora"* je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. **2. PRIJEDLOG:** Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaoraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **3. PRIJEDLOG:** Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: *“Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.”* Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je	

		propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. **4. PRIJEDLOG:** Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. **5. PRIJEDLOG:** Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te	

		maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. **6. PRIJEDLOG:** Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. **7. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. **8. PRIJEDLOG:** U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" *(umjesto predloženom brojkom "12,00")* OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi	

		rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. **9. PRIJEDLOG:** Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. **10. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" *(tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava)* za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. **11. PRIJEDLOG:** U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno	

		provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. **12. PRIJEDLOG:** U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. **13. PRIJEDLOG:** Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je*	

		kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. **14. PRIJEDLOG:** Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. **15. PRIJEDLOG:** U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja	

		učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. **16. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. **17. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj	

		s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. **18. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. **19. PRIJEDLOG:** Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. **20. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam	

		kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. **21. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. **22. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. **23. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno	

		dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. **24. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. **25. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%,	

		tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. **26. PRIJEDLOG:** Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. **27. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda,	

		dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **28. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **29. PRIJEDLOG:** Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. **30. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik	

		pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. **31. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. **32. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. **33. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo.	

		34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. **35. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. **36. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. **37. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo	

		tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. **38. PRIJEDLOG:** Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine *(umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.)*, tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine.	
102.	Nikolina Kuzmić Šelimber, dr.med.dent.ugovorni	Poštovani, izmjene i dopune osnova za sklapanje ugovora nisu sadržajno donijele najavljivana poboljšanja za pacijente, već su se u praksi svele na financijsku injekciju ordinacijama primarne zdravstvene zaštite – s izuzetkom ordinacija dentalne medicine. Unatoč činjenici da ordinacije dentalne medicine imaju daleko najveća kontinuirana ulaganja u opremu te snose izrazito visoke troškove materijala nužnih za svakodnevni rad, predloženim izmjenama dodatno se produbljuje financijski jaz u odnosu na druge djelatnosti. Naime, iznos hladnog pogona i glavarine: • manji je za približno 8.200 EUR godišnje u odnosu na ordinacije opće prakse bez specijalizacije • te za oko 20.000 EUR godišnje u odnosu na ordinacije sa specijalistima	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85. i 87. te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Riječ je o fiksnim prihodima iz kojih se podmiruju svi osnovni troškovi rada: materijal, lijekovi, energenti, održavanje, knjigovodstvo, kao i plaće i doprinosi doktora i zaposlenih asistenata. Stoga postavljam konkretno pitanje: na kojoj zakonskoj ili ekonomskoj osnovi se temelji ovakav nesrazmjer u financiranju, koji iznosi najmanje 8.200 EUR godišnje u odnosu na ordinacije bez specijalizacije, odnosno ukupno oko 12.000 EUR razlike u korist opće prakse? Dodatno zabrinjava i način vrednovanja pojedinih DTP postupaka. Cijene su u mnogim slučajevima toliko niske da ne pokrivaju ni osnovne troškove izvedbe zahvata. Posebno ističem primjer gdje je ekstrakcija zuba sa separacijom, kao ozbiljan kirurški zahvat, vrednovana s 7,60 EUR, što je manje od mjerenja krvnog tlaka u ordinaciji opće prakse (7,68 EUR). Takvo vrednovanje je stručno i profesionalno neobranjivo. Istovremeno, podaci jasno pokazuju da ordinacije dentalne medicine: • godišnje zbrinu oko 40% osiguranih osoba • ostvaruju prosječno 3 kontakta po pacijentu • pružaju oko 4,2 milijuna usluga godišnje u nešto više od 2000 ordinacija Uz to: • potrošnja lijekova po pacijentu je minimalna • prosječan broj uputnica iznosi oko 0,4 po pacijentu, od čega se više od 50% odnosi na RTG dijagnostiku • većina usluga rješava se unutar ordinacije, bez opterećenja sekundarne i tercijarne razine	

		Drugim riječima, dentalna medicina predstavlja jedan od najefikasnijih i najštedljivijih segmenata zdravstvenog sustava, što nažalost nije adekvatno prepoznato niti valorizirano. Činjenica je da smo po prvi put financijski degradirani za oko 12.000 EUR godišnje u odnosu na kolege iz opće prakse koji imaju puno manje mjesečne troškove vezano uz materijale, održavanje opreme i ostalo. Poseban problem predstavlja i način financiranja protetskih radova. Trenutni model u kojem se protetika financira unutar ukupnog DTP limita nije održiv, jer: uključuje visoke troškove dentalnog laboratorija (tehničara) koji nisu jasno izdvojeni, ne pokriva stvarne troškove materijala te uopće ne vrednuje vrijeme i stručni rad doktora dentalne medicine. Stoga je nužno: izdvojiti protetiku iz ukupnog DTP limita, jasno odvojiti troškove dentalnog laboratorija od prihoda ordinacije i značajno povećati cijene protetskih postupaka liječnika, koje u sadašnjem obliku ne pokrivaju niti osnovne materijalne troškove, a kamoli rad-naše vrijeme i naše znanje. Smatram da je jedino razumno i pravedno rješenje: • izjednačavanje godišnje vrijednosti standardnog tima doktora dentalne medicine i doktora opće medicine, kako je to bilo definirano u prethodnim ugovornim razdobljima • smanjenje standardnog broja osiguranika po timu na 1700, uzimajući u obzir demografski pad i realne uvjete rada • omogućavanje prijenosa i nasljeđivanja ugovora, radi očuvanja kontinuiteta zdravstvene skrbi i zaštite ulaganja u ordinacije U protivnom, ovakav model dugoročno vodi: • daljnjoj degradaciji struke • smanjenju kvalitete usluge	

		• smanjenju dostupnosti dentalne zdravstvene zaštite • te izlasku ordinacija iz sustava javnog zdravstva Molim da se navedene primjedbe ozbiljno razmotre te da se otvori dijalog sa strukom u cilju uspostave pravednijeg i održivog modela financiranja. S poštovanjem,	
103.	Doma zdravlja Čakovec	Poštovani, u privitku Vam dostavljamo prijedloge Doma zdravlja Čakovec vezano uz postupak internetskog savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Srdačno, Dom zdravlja Čakovec **Prijedlozi e-savjetovanje** **Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja** **1. PRIJEDLOG:** ***Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu***	

		OBRAZLOŽENJE: Budući da bolnički liječnici imaju svoje smart kartice i mogu biti povezani sa CEZIH-om, predlažemo da mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **2. PRIJEDLOG:** ***Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda*** OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: *"Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima."* Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. **3. PRIJEDLOG:** ***Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće.*** OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te je nužno uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika). U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. **4. PRIJEDLOG*****: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%"*** OBRAZLOŽENJE: Kako bi se rasteretila SKZ i na taj način skratile liste čekanja, potrebno je uvesti više dijagnostičko-terapijskih postupaka u obiteljsku medicinu. Uvođenje dodatnih DT postupaka zahtjeva i ulaganje u medicinsko-tehničku opremu (ne samo nabavu već i redovito servisiranje, popravak, osiguranje te edukaciju liječnika za navedene nove postupke) što predstavlja značajni trošak. Zbog toga je potrebno povećati „limit“ kako bi se to	

		moglo realizirati. Uvođenje novih dijagnostičko-terapijskih postupaka ne bi trebalo predstavljati trošak već dodatna sredstva timu koji ih odrađuje. **5. PRIJEDLOG:** ***Ukidanje ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka***. Potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. **6. PRIJEDLOG:** ***Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno***. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ordinacije obiteljske medicine, osim cijepljenja po kalendaru apliciraju i druga cjepiva mimo kalendara cijepljenja . Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s	

		gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. **7. PRIJEDLOG:** ***DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka***" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. **8. PRIJEDLOG:** ***DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa***. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019.	

		9. PRIJEDLOG: ***Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5***. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. **10. PRIJEDLOG:** ***Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće).*** OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano.	

		11. PRIJEDLOG*: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu* OBRAZLOŽENJE: Predlažemo da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine *(umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.)*, tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine. **12. PRIJEDLOG:** ***U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak:*** ***- Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika***, ***rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25*** OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon	

		30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. **13. PRIJEDLOG:** ***Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35*** OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem, popravke, osiguranje. Povišenje koeficijenta DTP-a stimuliralo bi ordinacije na nabavu KMAT uređaja. Liste čekanja na postupak kontinuiranog mjerenja arterijskog tlaka na razini SKZ su dugačke te bi se one posljedično skratile.	
104.	Magdalena Lovrić-Hajdin	U privitku dostavljam prijedloge e-savjetovanje, LP **1. PRIJEDLOG:** Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora **2. PRIJEDLOG:** Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu **3. PRIJEDLOG:** Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda **4. PRIJEDLOG:** Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. **5. PRIJEDLOG:** Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. **6. PRIJEDLOG:** Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". **8. PRIJEDLOG:** U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" *(umjesto predloženom brojkom "12,00")* **9. PRIJEDLOG:** Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% **10. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% **11. PRIJEDLOG:** U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" **12. PRIJEDLOG:** U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. **13. PRIJEDLOG:** Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. **14. PRIJEDLOG:** Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. **15. PRIJEDLOG:** U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom)	

		16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 **17. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." **18. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 **19. PRIJEDLOG:** Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." **20. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" **21. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. **22. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. **23. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 **24. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 **25. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je	

		utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." **26. PRIJEDLOG:** Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. **27. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 **28. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). **29. PRIJEDLOG:** Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). **30. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. **31. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 **32. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 **33. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 **34. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 **35. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. **36. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25	

		37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) **38. PRIJEDLOG:** Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu **39. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine. **40. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 **41. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D-dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. **42. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. **43. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. **44. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 **45. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u	

		skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). **46. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%).	
105.	dr. Daus, ambulanta Podvinje	Poštovani! Šaljem listu prijedloga za novo ugovaranje. Molim da se kojekakve potvrde za socijalnu skrb i školsku medicinu, medicinu rada i sudove izbace iz prakse obiteljske medicine. (javni bilježnici nas traže potvrde o ubrojivosti pacijenata!, i sl,potvrde za inklizive dodatke), Lp **1. PRIJEDLOG:** Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora **2. PRIJEDLOG:** Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu **3. PRIJEDLOG:** Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda **4. PRIJEDLOG:** Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. **5. PRIJEDLOG:** Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. **6. PRIJEDLOG:** Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi **7. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". **8. PRIJEDLOG:** U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" *(umjesto predloženom brojkom "12,00")*	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% **10. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% **11. PRIJEDLOG:** U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" **12. PRIJEDLOG:** U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. **13. PRIJEDLOG:** Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. **14. PRIJEDLOG:** Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. **15. PRIJEDLOG:** U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) **16. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 **17. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno.	

		OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." **18. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 **19. PRIJEDLOG:** Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." **20. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" **21. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. **22. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. **23. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 **24. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 **25. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." **26. PRIJEDLOG:** Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5.	

		27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 **28. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). **29. PRIJEDLOG:** Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). **30. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. **31. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 **32. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 **33. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 **34. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 **35. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. **36. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 **37. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) **38. PRIJEDLOG:** Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu **39. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi	

		koeficijent 0.25 obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine. **40. PRIJEDLOG:** U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 **41. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D-dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. **42. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. **43. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. **44. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 **45. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). **46. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni	

		iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%).	
106.	Martina Rikert, dr. med. spec.obit.med.	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) Margaretska 3 10000 Zagreb **Predmet:** Primjedbe i prijedlozi u postupku savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, pozdravljam donošenje predmetnog Prijedloga kao rezultat rada Radne skupine za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Međutim, smatram kako dio prethodno usuglašenih stavova nije uključen u tekst Prijedloga, što predstavlja značajan nedostatak. Pozitivnim ocjenjujem povećanje financijskih ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu, koja dugoročno predstavljaju isplativ i održiv model zdravstvenog sustava. Istodobno naglašavam kako je postupak savjetovanja prilika za dodatno unaprjeđenje predloženih rješenja. S tim ciljem iznosim sljedeće prijedloge: **1. PRIJEDLOG: Dodatna financijska valorizacija specijalista obiteljske medicine** OBRAZLOŽENJE: Specijalizacija iz obiteljske medicine predstavlja višegodišnje strukturirano stručno usavršavanje koje osigurava stjecanje specifičnih kompetencija nužnih za samostalno i kvalitetno obavljanje djelatnosti obiteljske medicine.	Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan

		Važno je naglasiti kako završetak medicinskog fakulteta sam po sebi ne osigurava dostatnu razinu znanja i vještina potrebnih za opseg i složenost poslova u obiteljskoj medicini. Čak ni obavljanje pripravničkog staža (sekundarijata) ne može u potpunosti nadomjestiti specijalističko usavršavanje, već predstavlja tek ograničenu pripremu za samostalan rad u ovom području. S obzirom na navedeno, oslanjanje sustava na liječnike bez završene specijalizacije iz obiteljske medicine predstavlja nužno prijelazno rješenje, ali dugoročno nosi rizik za kvalitetu zdravstvene zaštite i održivost sustava. Takva praksa nije posljedica individualnog izbora pojedinih liječnika, već sistemskih okolnosti, no upravo zato zahtijeva jasno postavljene standarde i poticaje za njihovo unaprjeđenje. Istodobno, nedovoljna financijska i profesionalna valorizacija specijalizacije iz obiteljske medicine značajno smanjuje interes mladih liječnika za ovaj oblik usavršavanja, što dodatno produbljuje postojeće kadrovske probleme. Bez jasne i vidljive razlike u vrednovanju specijalista, nije realno očekivati dugoročno stabilan i kvalitetan razvoj djelatnosti. Stoga predlažem: • povećanje glavarine za specijaliste obiteljske medicine i/ili • uvođenje dodatnog korektivnog koeficijenta i/ili • uvođenje posebnog dodatka za završenu specijalizaciju s ciljem jasne, održive i sustavno poticajne diferencijacije u odnosu na doktore medicine bez specijalizacije, kao preduvjeta za očuvanje kvalitete i buduće održivosti obiteljske medicine. **2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja liječnika PZZ zbog preporuka drugih liječnika** OBRAZLOŽENJE: Odgovornost mora biti individualna – svaki liječnik odgovara za vlastite indikacije.	i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje. Ostale primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje

		Predlažemo: • omogućavanje bolničkim liječnicima izdavanja recepata • potpunu integraciju u CEZIH sustav • isključenje odgovornosti liječnika PZZ za tuđe indikacije **3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorne klauzule o jednostranom umanjenju prihoda** OBRAZLOŽENJE: Postojeća odredba protivna je Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. HZZO eventualnu štetu može potraživati isključivo sudskim putem, a ne jednostranim umanjenjem prihoda. **4. PRIJEDLOG: Uvođenje trećeg člana tima (zdravstveni suradnik)** OBRAZLOŽENJE: Administrativno opterećenje kontinuirano raste. Predlažemo: • mogućnost (ne obvezu) uvođenja trećeg člana • povećanje hladnog pogona za timove s 3 člana **5. PRIJEDLOG: Smanjenje standardnog broja osiguranika po timu** OBRAZLOŽENJE: Predlažemo: • minimum 1000 • standard 1200	na odgovore dane pod rednim brojem 38. .

		• maksimum 1500 uz odgovarajuće prilagodbe glavarine. **6. PRIJEDLOG: Puni iznos hladnog pogona za sve timove** OBRAZLOŽENJE: Ovo je već komunicirano kao usuglašeno rješenje te ga je nužno implementirati. **7. PRIJEDLOG: Ujednačavanje glavarine na 180% za sve timove** OBRAZLOŽENJE: Ne postoji opravdanje za destimulaciju većih timova. **8. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta DTP-a na 15,00** OBRAZLOŽENJE: Trenutna vrijednost ne odražava realnu vrijednost rada. **9. PRIJEDLOG: Povećanje laboratorijskih limita za 100%** OBRAZLOŽENJE: Rast kroničnih bolesti zahtijeva veći opseg dijagnostike. **10. PRIJEDLOG: Povećanje limita za lijekove za 100%** OBRAZLOŽENJE: Napredak terapije ne smije dovoditi do financijske penalizacije liječnika.	

		11. PRIJEDLOG: Povećanje limita za DTP postupke (25% / 40%) OBRAZLOŽENJE: Bez toga nema stvarne motivacije za ulaganje u opremu i razvoj. **12. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora** OBRAZLOŽENJE: Ugovorni odnos podrazumijeva ravnopravno sudjelovanje svih strana. Dosadašnja praksa pokazuje da se ugovori mijenjaju jednostrano od strane HZZO-a, bez stvarnog pregovaračkog procesa. Predlažemo sklapanje ugovora na neodređeno vrijeme, uz izmjene koje se provode isključivo kroz pregovore s legitimnim predstavnicima ugovornih subjekata. **13. PRIJEDLOG: Izuzimanje određenih stavki iz QI i KPI parametara** OBRAZLOŽENJE: Smatram kako pokazatelji kvalitete i učinkovitosti (QI i KPI) ne bi smjeli uključivati postupke i propisivanje koje nije rezultat moje samostalne indikacije, već preporuke specijalista sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Predlažem da se iz QI i KPI parametara izuzmu: • uputnice i laboratorijske pretrage učinjene prema preporuci SKZZ specijalista • lijekovi propisani prema preporuci SKZZ specijalista • antibiotici propisani prema preporuci SKZZ specijalista • antibiotici propisani neopredijeljenim pacijentima Uključivanje navedenih stavki dovodi do iskrivljenog prikaza kvalitete rada i nepravedne penalizacije.	

		14. PRIJEDLOG: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu za 20% OBRAZLOŽENJE: Smatram kako je potrebno uskladiti cijenu rada s rastom troškova života, inflacijom i povećanim opterećenjem rada u dežurstvima. **15. PRIJEDLOG: Ukidanje ograničenja kombiniranja DTP postupaka** OBRAZLOŽENJE: Ograničenja u kombiniranju DTP postupaka ne odražavaju stvarni klinički rad. Predlažem omogućavanje kombiniranja pregleda s drugim dijagnostičko-terapijskim postupcima (otoskopija, rinoskopija, savjetovanje i dr.), kako bi se osigurala realna evidencija i valorizacija obavljenog rada. **16. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za vođenje panela kronične bubrežne bolesti (OM177)** OBRAZLOŽENJE: S obzirom na prevalenciju kronične bubrežne bolesti i već implementirane alate u praksi, smatram nužnim uvesti DTP koji valorizira sustavno praćenje ovih bolesnika. **17. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za cijepljenje izvan kalendara cijepljenja** OBRAZLOŽENJE: Predlažem uvođenje posebnog DTP-a za cijepljenje protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19, uz vanlimitno plaćanje. Time bi se dodatno potaknulo provođenje cijepljenja na razini primarne zdravstvene zaštite.	

		18. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika OBRAZLOŽENJE: Ispunjavanje validiranih upitnika zahtijeva vrijeme i stručnu procjenu te ga je potrebno adekvatno vrednovati. **19. PRIJEDLOG: Usklađivanje procjene kardiovaskularnog rizika s važećim smjernicama** OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritmi su zastarjeli i ne odražavaju suvremene smjernice (SCORE2). Predlažem njihovo usklađivanje radi točnije procjene rizika i sigurnijeg liječenja bolesnika. **20. PRIJEDLOG: Proširenje DTP-a BT019 na testiranje gripe i RSV-a** OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi imaju široku primjenu i omogućuju racionalnije liječenje te smanjenje nepotrebne primjene antibiotika. **21. PRIJEDLOG: Izmjena DTP-a BT020 (testovi s uključenim troškom)** OBRAZLOŽENJE: Isti razlozi kao kod prethodnog prijedloga – potrebno je uskladiti naziv i opseg s realnom praksom. **22. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM143 (kirurški zahvat)** OBRAZLOŽENJE: Riječ je o zahtjevnom postupku koji uključuje pregled i obradu te zahtijeva adekvatnu valorizaciju i stimulaciju izvođenja u PZZ.	

		23. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM222 (TENS terapija) OBRAZLOŽENJE: Postupak zahtijeva opremu i resurse te može značajno smanjiti opterećenje sekundarne razine zdravstvene zaštite. **24. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM202 (dermatoskopija)** OBRAZLOŽENJE: Rana dijagnostika melanoma ima ključnu ulogu u ishodu liječenja, stoga je potrebno potaknuti provođenje ovog postupka u PZZ. **25. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM140 (uvođenje inzulinske terapije)** OBRAZLOŽENJE: Radi se o složenom i odgovornom postupku koji zahtijeva visoku razinu stručnosti te ga je potrebno adekvatno valorizirati. **26. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta DTP-a OM404 (obrada nakon otpusta)** OBRAZLOŽENJE: Obrada bolesnika nakon otpusta uključuje kompleksne aktivnosti i značajno vremensko opterećenje. **27. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za telefonske i e-konzultacije** OBRAZLOŽENJE: Ovi oblici rada zahtijevaju vrijeme i odgovornost te ih je potrebno adekvatno vrednovati.	

		28. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za savjetovanje u ambulanti OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje predstavlja temeljni dio rada liječnika obiteljske medicine i često uključuje kompleksnu komunikaciju i donošenje odluka. **29. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM403 (neopredijeljeni pacijenti)** OBRAZLOŽENJE: Rad s neopredijeljenim pacijentima zahtijeva dodatno vrijeme i nosi povećanu odgovornost. **30. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za prošireni pregled** OBRAZLOŽENJE: Pregledi koji uključuju više organskih sustava zahtijevaju više vremena i kompleksniji pristup. **31. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za EKG** OBRAZLOŽENJE: Postupak zahtijeva opremu, znanje i interpretaciju nalaza te mora biti adekvatno vrednovan. **32. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za inhalacijsku terapiju** OBRAZLOŽENJE: Postupak uključuje trošak opreme i lijekova te zahtijeva adekvatnu valorizaciju.	

		33. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za spirometriju OBRAZLOŽENJE: Radi se o dijagnostičkom postupku koji zahtijeva opremu, edukaciju i iskustvo. **34. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za uzimanje krvi u ordinaciji** OBRAZLOŽENJE: Postupak je zahtjevniji od usporedivih administrativnih aktivnosti i mora biti adekvatno vrednovan. **35. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenata za osnovne dijagnostičke postupke (ORL, peak-flow)** OBRAZLOŽENJE: Za izvođenje ovih postupaka potrebna je oprema i stručnost te ih je potrebno bolje valorizirati. **36. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za vođenje panela kroničnih bolesnika** OBRAZLOŽENJE: Sustavno praćenje kroničnih bolesnika predstavlja ključan segment rada u obiteljskoj medicini. **37. PRIJEDLOG: Primjena izmjena od 1. svibnja 2026.** OBRAZLOŽENJE: Navedeni rok već je ranije komuniciran te ga je potrebno zadržati. **38. PRIJEDLOG: Omogućavanje prijenosa sredstava u narednu godinu** OBRAZLOŽENJE:	

		Predlažem omogućavanje prijenosa sredstava ostvarenih izvan limita kako bi se osigurala pravednija raspodjela i korištenje ostvarenog rada. Zaključno, smatramo da predložene izmjene predstavljaju pomak u pozitivnom smjeru, ali bez uvažavanja navedenih prijedloga neće biti dostatne za osiguranje dugoročne održivosti i kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Molimo da se izneseni prijedlozi razmotre i ugrade u konačni tekst Odluke. S poštovanjem, U Osijeku, 04. svibnja 2026.	
107.	SILVESTRA KOLEGA, dr.med.spec.obiteljske medicine	Poštovani , u privitku je moj prijedlog za specijalizacije u obiteljskoj medicini! Sa poštovanjem, **HZZO** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr**	

		PREDMET :Savjetovanje s javnošću o nacrtu odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja **TEMA : SPECIJALIZACIJE U OBITELJSKOJ MEDICINI** Ako nije prekasno za obiteljsku u Hrvata u 21 stoljeću , onda je od presudne važnosti urediti specijalizacije na način koji bi bio održiv tj. da domovi zdravlja koji trebaju biti nosioci ovog projekta nisu u velikim financijskim gubitcima ,te da specijalizanti nisu tih 4 godine za svoj DZ „izgubljeni“ kao što je to sada! Specijalizanti uz mentora trebaju ostati na svom radilištu kao i svi drugi specijalizanti , poštujući naravno vrijeme neophodno za postdiplomski studij . Moj prijedlog je : projekt A , B . C specijalizacije kakav je bio od 2003 godine (u vrijeme ministra Vlahušića). Plaćanje specijalizacije poslodavcu (Dom zdravlja ili ev. privatna ustanova mora biti mjesec za mjesec preko HZZOa , a ne preko Ministarstva! Ako projekt mora biti financiran preko EU , tada treba prilagoditi uvjete našoj sadašnjoj situaciji, tj. rokovi koji su nam bili predloženi u ponudi 2025 nisu održivi i apsolutno niti jedan normalan poslodavac ih nije mogao prihvatiti! Kali , 04.04.2026. **HZZO** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr**	Nije predmet ovog savjetovanja.

		PREDMET :Savjetovanje s javnošću o nacrtu odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja **TEMA : standardni tim ,odnosno koliko pacijenata u skrbi može pošteno odraditi liječnik obiteljske medicine ?** Sadašnje stanje je diljem Republike određeno na način te je standardni tim 1700 , a liječnici u pojedinim regijama su prisiljeni primiti do 2225 osiguranika . Sa tako velikim brojem pacijenata nije moguće pošteno raditi niti će liječnik sa toliko pacijenata stići odraditi ono što inače zna i može .Npr . za postavljanje KMATa (kontinuirano mjerenje tlaka) treba najmanje 20 minuta za postavljanje i potom skidanje aparata sutradan te se to mora odraditi u vremenu od 24 sata) , ako tog vremana jednostavno nema – tada niti ne radimo KMATove te se to preusmjerava na specijalističku zaštitu. Jednostavno imamo previše posla kojeg moramo obaviti tako da nam liječenje i dijagnostika koju znamo , možemo i imamo tehničke mogućnosti nije prioritet! **PRIJEDLOG 1-** STANDARNI TIM 1450-1500 PACIJENATA **PRIJEDLOG 2-** OMOGUĆAVANJE TREĆEG ĆLANA TIMA – administratora Silvestra Kolega , dr med U Kalima 04.04.2026.	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja.
108	Brigita Coha Blašković	Poštovani,	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju

		ovim putem podnosim službeno očitovanje i apel vezan uz novi prijedlog ugovornih obveza za primarnu dentalnu zdravstvenu zaštitu. Kao nositelj tima s dugogodišnjim iskustvom, smatram da predloženi uvjeti izravno ugrožavaju financijsku održivost ordinacija, onemogućuju tehnološki napredak te, posljedično, smanjuju razinu kvalitete skrbi za naše pacijente. Suvremena dentalna medicina zahtijeva stalna ulaganja u opremu i materijale, što uz trenutne (i predložene) cijene glavarina i DTP-a postaje ekonomski neodrživo. Kako bismo osigurali standarde rada 21. stoljeća, iznosimo sljedeće zahtjeve: **1. Uvođenje strojne endodoncije kao izvanstandardne usluge** Trenutni model ne pokriva troškove suvremene endodontske terapije. Predlažemo da se **strojna endodoncija**klasificira kao **izvanstandardna usluga**, po uzoru na model kompozitnih ispuna u stražnjem segmentu. Time bi se pacijentima omogućio pristup vrhunskoj tehnologiji uz potpisivanje izjave o pristanku na nadstandard, čime se štiti pravo pacijenta na izbor, a ordinaciji omogućuje pokrivanje realnih troškova materijala i amortizacije uređaja. **2. Razdvajanje plaćanja DTP-a i protetike** Dosadašnji model u kojem se primjenjuje skupni dopušteni iznos za DTP i protetske radove smatramo duboko nepravednim i neodrživim. U takvom sustavu, nakon izvršenog protetskog rada, rad liječnika (DTP) ostaje praktički neplaćen. Zahtijevamo da se **fiksna i mobilna protetika tretiraju kao izvanstandardni radovi** u smislu financiranja, gdje se rad liječnika i laboratorijski troškovi fakturiraju neovisno o limitima DTP-a, osiguravajući da svaka pružena usluga bude adekvatno valorizirana. **Zaključno** Ulaganje u modernu opremu nije luksuz, već nužnost za pružanje sigurne i učinkovite terapije. Inzistiranjem na zastarjelim financijskim modelima, sustav prisiljava stomatologe na rad s gubicima ili na stagnaciju, što dugoročno dovodi do pada zbrinutosti populacije. Vjerujemo da je u zajedničkom interesu pronaći model koji će omogućiti održivo poslovanje ordinacija uz istovremeno zadržavanje dostupnosti osnovne skrbi.	primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85. i 87. te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		S poštovanjem,	
109	Antonija Šimunović dr.med.dent.	Poštovani, Ovim putem želim iznijeti svoje mišljenje vezano za osiguravanje zdravstvene zaštite. U svojoj privatnoj ordinaciji, koja ima ugovor s HZZO-om, skrbim za veliki broj pacijenata dugi niz godina. Postojećim pravilnikom nije moguća preregistracija u zdravstvenu ustanovu s prijenosom postojećeg ugovora. Kad bi se to omogućilo postigli bi : -nastavak kontinuiteta zdravstvene zaštite pacijenata za koje se već skrbi od prije -zubni asistent ostaje raditi u zdravstvenoj ustanovi (nekad privatnoj ordinaciji) -otvara se radno mjesto za mladog stomatologa. Svakodnevno dobivam upite od pacijenata što će s nama biti kad vi odete u mirovinu. Status (pravo) mojih pacijenata nije izjednačen sa statusom (pravom) pacijenata privatnih ordinacija ugovornih doktor koji se nalaze u prostoru doma zdravlja. Odlaskom tih doktora u mirovinu dom zdravlja preuzima te pacijente, zapošljava novog doktora, a sestre imaju time dalji kontinuitet rada. Pacijenti privatnih ordinacija koje se nalaze u svom prostoru ili u nekom iznajmljenom prostoru, a koji nije dom zdravlja , dobiju obavijest da moraju tražiti drugog doktora. Sestre ostaju bez posla. A privatni doktori su zainteresirani nastaviti kontinuitet rada s ugovornim pacijentima u svom prostoru u svojstvu zdravstvene ustanove. Time ne bi došlo do gore navedene situacije.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Znači pacijenti bi bili zbrinuti, sestri se zadržalo radno mjesto, zaposlio novi doktor i iskoristili postojeći kapaciteti jako dobro opremljenih ordinacija za mrežu javne zdravstvene službe. Prema postojećem stanju se neopravdano, nepotrebno i nerazmjerno ograničavaju poduzetničke i tržišne slobode, a povrh svega i najvažnije pravo pacijenata na izbor oblika i načina pružanja zdravstvene zaštite. S poštovanjem	
110	dr. Danijela Vučković	Poštovani, obzirom na niz poteškoća s kojima se kao liječnik obiteljske medicine svakodnevno nosim, u nastavku želim naglasiti nužnost u donošenju odluka i promjena koje je važno razmotriti prilikom novog ugovaranja s nama, vašim "suborcima na prvoj liniji fronte". 1. Nužno je HITNO rasterećenje administracije u vidu dopuštanja zaposlenja dodatnog zdravstvenog radnika uz naknadu iznosa bruto plaće. 2. Smanjivanje maksimalno broja pacijenata u skrbi na 1700 (umjesto dosadašnjih 2125), a standardnog tima na 1450 pacijenata 3. Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu i općenito ukidanje kažnjavanja liječnika PZZa zbog ne funkcioniranja informatičkog sustava koji registrira da je pacijent na hospitalizaciji i ne smijemo mu u tom slučaju propisati pomagalo ili lijek	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja.

		4. obzirom da veliki timovi često zbog većeg opsega posla prekoračuju maksimalne standarde za broj laboratorijskih pretraga kao i propisivanje recepata i uputnica na mjesečnoj razini, nužno je povisiti limite za 100% 5. Također je potrebno omogućiti timu da na kraju godine fakturira SVE zarađene račune iz tzv"ladice" koji su zbog obujma posla bili premašeni svakog mjeseca. Unaprijed zahvaljujem i nadam se dobrom ishodu pregovora !	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.
111	Željka Fruk, univ.spec.oec. Ravnateljica Dom zdravlja Koprivničko-križevačke županije	Poštovani, molim Vas da se Domu zdravlaj Koprivničko-križevačke županije omogući sudjelovanje u savjetovanju vezanom uz ugovaranje zdravstvene zaštite. Lp Poštovani, Ovim putem dostavljam prijedloge na Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, koji se trenutno nalazi u postupku savjetovanja sa zainteresiranom javnošću. Smatram da je nužno povećati postotak dodatnog prihoda na 10 % vrijednosti iznosa glavarine, kako bi se osigurala veća financijska stabilnost ordinacija i omogućilo kvalitetnije pružanje zdravstvene zaštite, osobito u područjima s nepovoljnim demografskim i organizacijskim uvjetima.	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%.

		Nadalje, važno je istaknuti da su ordinacije koje djeluju u okviru domova zdravlja često one s manjim brojem osiguranih osoba, jer se nalaze u ruralnim i dislociranim područjima, manje su atraktivne za poslovanje u odnosu na privatne ordinacije, a nerijetko funkcioniraju i kao timovi bez nositelja. Zbog navedenog, takve ordinacije ostvaruju znatno niže prihode, ne svojom krivnjom, već zbog objektivnih, strukturalnih okolnosti. Stoga predlažem da se razmotri mogućnost korekcije kriterija za minimalni i standardni tim, prema kojima se izračunavaju financijski prihodi ordinacija, na način da se smanje pragovi broja osiguranih osoba. Time bi se sustav financiranja uskladio sa stvarnim stanjem na terenu, odnosno sa smanjenjem broja pacijenata uzrokovanim depopulacijom i smanjenjem ukupnog broja stanovništva, osobito u ruralnim područjima. Smatram da bi navedene izmjene doprinijele pravednijem financiranju, očuvanju dostupnosti zdravstvene zaštite te dugoročnoj održivosti primarne zdravstvene skrbi u svim dijelovima Republike Hrvatske. Također predlažem da se u Odluku uključi ugovaranje mobilnih ambulanti, uz jasno definirane uvjete financiranja i rada. Smatram nužnim da ugovaranje mobilnih ambulanti obuhvati pokriće troškova goriva (naftnih derivata), plaća zaposlenih (doktor, medicinska sestra/tehničar i vozač), redovitog održavanja vozila te ostalih nužnih operativnih troškova. Jednako je važno regulirati način pristupa mobilnih ambulanti podacima o pacijentima, opseg administrativnih i medicinskih postupaka koje će moći provoditi (otvaranje i vođenje bolovanja, propisivanje terapije, uključujući antibiotike, izdavanje recepata i uputnica), kao i postupanje u situacijama kada se u mobilnoj ambulanti javi pacijent koji pripada drugoj ordinaciji, bilo privatnoj ili u okviru doma zdravlja. U tom kontekstu potrebno je jasno definirati kojem se timu pripisuju administrativne obveze, uključujući i odgovornost za vođenje bolovanja. Smatram da bi jasno normiranje rada mobilnih ambulanti značajno unaprijedilo	Nije predmet ovog savjetovanja. Ordinacije na takvim području u skladu s posebnom odlukom ostvaruju pravno na poseban standard. Nije predmet ovog savjetovanja.

		dostupnost zdravstvene zaštite u nedovoljno pokrivenim područjima te rasteretilo postojeće timove primarne zdravstvene skrbi. S poštovanjem,	
112	UDRUGA DENTALNIH DOKTORA HRVATSKE, Novakova 21, Split	**Poštovani,** Obraćamo Vam u ime članova UDRUGE DENTALNIH DOKTORA HRVATSKE, Novakova 21, Split, OIB: 21806224185 (UDDaH) nastavno na otvoreni postupak internetskog savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Nacrt Odluke). Dužni smo Vam kao nositelji prakse i izvršitelji usluga odnosno kao doktori dentalne medicine koji svojom vlastitom imovinom neograničeno odgovaraju za poslovanje svojih ordinacija i održivost funkcioniranja primarne zdravstvene zaštite, ukazati na argumente koje bismo željeli da implementirate u svoje odluke. **1/ U odnosu na osnovnu vrijednost za obračun DTP-ova i iznos hladnog pogona**	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih

		Predložene izmjene za djelatnost dentalne medicine u Nacrtu Odluke koje predviđaju značajno nižu vrijednost osnovnog koeficijenta DTP-a i iznos hladnog pogona u odnosu na djelatnost obiteljske medicine i ostalih grana primarne zdravstvene zaštite je legitimno podcjenjivanje struke dentalne medicine i važnosti oralnog zdravlja. Iz procjene financijskog poslovanja ugovornih dentalnih ordinacija koju smo već ranije predočili Zavodu, jasno proizlazi da je postojeća situacija po pitanju financijskih sredstava nezadovoljavajuća. Troškovi dentalnih materijala te režijskih i ostalih troškova poslovanja ordinacija već sada značajno premašuju iznose koje ugovorne ordinacije zaprimaju od Zavoda na ime pokrivanja navedenih troškova. U tom smislu ponovno skrećemo pozornost na specifičnost dentalne medicine koja uključuje: - visoku cijenu inicijalnog opremanja dentalne ordinacije stomatološkom jedinicom te drugom opremom i instrumentarijem, - učestalu potrebu obnavljanja i visoke cijene servisa opreme, - povećanu potrebu za zamjenskim liječnikom s obzirom na izraziti fizički napor liječnika dentalne medicine u svakodnevnoj praksi, koji kumulativno rezultira potrebom za češćim bolovanjima, - potrebe pokrivanja troškova za dentalnog asistenta zagarantiranih kolektivnim ugovorom (bolovanje, zamjena za asistenta koji je na bolovanju, jubilarne nagrade, otpremnina, božićnica, uskrsnica…)	zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

		- osnovnu cijenu i poskupljenja dentalne opreme nužne u kurativi i preventivi, npr. na rok od deset godina koliko traje uobičajena amortizacija opreme (mjesečno putem kredita ili leasinga treba odvojiti barem 500,00 EUR). Dodatno skrećemo pozornost na činjenicu da za razliku od ostalih grana primarne zdravstvene zaštite, naši pacijenti terapiju ne dobivaju "na recept" već je doktori dentalne medicine plaćaju iz vlastitih sredstava. Uz sve navedeno, napominjemo da smo obveznici istog Kolektivnog ugovora kao i ostatak primarne zdravstvene zaštite, a osim toga, obavljamo i veliki dio specijalističkih postupaka što smanjuje pritisak na sekundarnu zdravstvenu zaštitu i to po nižim cijenama nego u SKZZ što je značajna ušteda po proračun. Drugim riječima, umjesto da predviđena sredstva za djelatnost dentalne medicine budu veća od ostalih djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, u Nacrtu Odluke je predviđeno da iz nekog razloga ta sredstva budu manja od ostatka primarne zdravstvene zaštite što smatramo apsolutno neprihvatljivim. Radi svega navedenog, predlažemo: - da se godišnji iznos sredstava za hladni pogon poveća barem na iznos od 73.564,87 EUR (koliko je trenutno predviđeno za djelatnost zdravstvene zaštite žena) - da se vrijednost osnovnog koeficijenta za obračun DTP-a za dentalnu medicinu poveća na 12,00 kako je predviđeno i za sve ostale djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. **2/ U odnosu na premještanje i izmjene koeficijenata DTP-ova**	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite

		Prema Pravilniku o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja i Ugovoru o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, svi DTP-ovi koje pružamo ugovorenim pacijentima raspoređeni su prema složenosti u postupke „nulte“ i 1.razine čime su DTP postupci „nulte“ razine klasificirani kao najosnovniji zahvati koji služe za praćenje rada ordinacije dentalne medicine uključujući preventivne i kurativne postupke koji ne zahtijevaju dodatnu opremu, materijal ili specijaliziranu edukaciju. <u>a) Neopravdanost premještanja postupaka iz 1. u „nultu“ razinu</u> Smatramo potpuno neutemeljenim pokušaj rješavanja problema „nepopunjenosti“ nulte razine administrativnim prebacivanjem složenijih postupaka. Uzrok *nepopunjenosti* leži u činjenici što postoji ogroman broj postupaka koje radimo u svakodnevnoj praksi, a ne možemo evidentirati budući da nisu u postojećoj listi DTP postupaka. U tom smislu, podsjećamo na naš prijedlog od 20.siječnja 2020.g. godine za uvrštavanje bazičnih postupaka kao što su: ● priprema i dezinfekcija radnog mjesta nakon svakog pacijenta; ● priprema pacijenta za rad; ● ispunjavanje zubne putovnice; ● kontrola kaviteta karijesa detektorom; ● skidanje starog ispuna ● kiretaža sluznice jezika itd. Posebno ističemo da postupci poput **DM300, DM412 i DM426** iziskuju specifične vještine, kontinuirano usavršavanje i materijalne troškove, zbog čega njihovo degradiranje u nultu razinu smatramo stručno neprihvatljivim.	potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.. Ne prihvaća se. Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge izmjena ili dopuna predmetnog akta na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj.

		b) Korekcija koeficijenata i usklađivanje s realnim troškovima ● **DTP DM204:** Oštro se protivimo snižavanju koeficijenta sa 0,72 na 0,6. Ovaj je postupak temelj prevencije i motivacije pacijenata. Postojeća je cijena ionako podcijenjena u odnosu na preporuke Hrvatske komore dentalne medicine, stoga je daljnje devalviranje neprihvatljivo. Također, smatramo da je trenutno ograničenje na samo četiri kvadranta godišnje po pacijentu administrativno neutemeljeno i klinički ograničavajuće. Stoga zahtijevamo korekciju normativa na četiri kvadranta po postupku i dva puta godišnje, čime bi se sustav uskladio sa stvarnim potrebama pacijenata i pravilima struke. ● **Nedostatno povećanje za kurativu (DM311, DM312, DM313 kurative djece do 18 godina te postupke DM414, DM415, DM416, DM418, DM419, DM420, DM423, DM424 i DM425 za sve osigurane osobe):** Predloženo povećanje ne prati drastičan porast cijena materijala i moderne opreme. Tehnologije poput strojnog liječenja kanala, ultrazvučnog čišćenja i punjenja kanala vrućom gutaperkom danas su europski standard (*conditio sine qua non*), a njihova je primjena nužna za uspjeh liječenja stoga za navedene DTP-ove smatramo da cijena treba povećati za još barem 30 posto. c) prijedlog nadopune liste DTP-ova 1. razine Radi osiguravanja kvalitete i priznavanja stvarnog opsega rada u ordinacijama, predlažemo i žurno uvrštavanje sljedećih postupaka: 1. postavljanje matrice; 2. postavljanje interdentalnog kolčića; 3. postavljanje retrakcijskog konca ; 4. postavljanje adstringentne tekućine ili paste; 5. termokauterizacija; 6. ubrušavanje ranijih kontakata zubi radi prevencije ortodontskih anomalija; 7. podizanje zagriza;	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno

		8. intraligamentalna anestezija; 9. elektroničko određivanje radne duljine korijenskog kanala (apeks lokator). 3/ U odnosu na dentalnu protetiku Pitanje dentalne protetike smatramo jednim od najkritičnijih dijelova Nacrta Odluke. Naš je čvrsti stav da protetika mora biti isplaćivana **izvan limita**, uz uvažavanje sljedećih argumenata: ● Cijene u rasponu od 72,88 € do 92,88 € su apsolutno preniske s obzirom na visoku profesionalnu odgovornost doktora, složenost laboratorijskog rada i zakonsku obvezu pokrivanja garancije za dentalna pomagala. ● Ograničavanje limita protetike na 30% za sve timove izravno će pogoditi ordinacije sa starijom populacijom. To će neminovno dovesti do stvaranja listi čekanja, ugrožavanja zdravlja pacijenata te povećanja pritiska na sekundarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ), gdje će Zavod u konačnici te iste postupke plaćati po znatno višim cijenama. ● Ovakav model ugrožava i održivost dentalnih tehničara čiji prihodi izravno ovise o radu ugovornih ordinacija. S poštovanjem,	mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.. Nije predmet ovog savjetovanja. Zavod plaća troškove usluga dentalnog tehničara za izradu dentalnih pomagala na koje osigurane osobe imaju pravo u okviru standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja i isti nisu dio DTP-a koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne).
113	dr.med.dent. Sandra Pavluk	Poštovani, nezadovoljstvo dr. dentalne medicine je veliko i ja ću nabrojati samo par stavki koje su nam trn u oku i omalovažavaju nas kao struku. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje određuje	Nije predmet ovog savjetovanja. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva

		broj bodova za pojedinu uslugu Vrijednost boda-10€ Time zapravo administrativno određuje cijenu zdravstvene usluge. Ako je vrijednost boda postavljena tako da ne pokriva realne troškove pružanja usluge ili onemogućuje rad prema stručnim standardima, onda bi se moglo tvrditi da država: formalno omogućuje pružanje usluge ali financijski onemogućuje njezino zakonito obavljanje ili da cijena ne omogućuje rad prema zakonskim standardima. Onemogućena je preregistacija naših ordinacija u zdravstvene ustanove sa postojećim ugovorom odlaskom u mirovinu. 1. naši pacijenti ostaju zdravstveno nezbrinuti tj.sami se moraju pobrinuti tražeći novog doktora 2. Naši asistenti ostaju bez posla 3. Onemogućava se zapošljavanje mlađeg kolege na naše radno mjesto U ruralnim sredinama gdje je odljev stanovništva u zemlje Europe priličan, smanjuje se broj pacijenata i ugrožava sam opstanak ordinacije sa smanjenjem hladnog pogona za pola. Trebao bi se smanjiti minimalni broj pacijenata da bude barem 1200 Lp	osnovom hladnog pogona, glavarine QI, KPI te skupne prakse. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s modelom financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

114	Dr Matkovic	Postovani, Osobno smatram da je ovaj prijedlog sramotan za struku i doktore dentalne medicine iz sljedevlcih razloga: Inflacija koja je rastuca zadnjih nekoliko godina, iznimno poskupljenje dentalnih materijala kao i rezija te uskladivanje placa asistentima sa kolektivnim ugovorom dovodi do situacije da doktoru dentalne medicine ne ostaje za isplatu minimalne mjesecne place, a da ne pisem o uvecanju osnovice za godine radnoga staza, smjenski rad, rad subotom- svaka druga i ostalim dodacima na placu. Dentalnim tehnicarima je rastao bod vise puta u posljednje dvije godine, asistentima se uvecavala placa po 3% nekoliko puta u zadnje dvihe godine, a sada doktore dentalne medicine treba dodatno opteretiti smanjenjem vrijednosti boda, smanjenim financiranja osnovnih sredstava u odnosu na druge djelatnosti primarne zdr.zastite. Trenutacni iznos prihodovanja je neodrziv za funkcioniranje jednog tima dentalne medicine, a vas prijedlog je tragican. Evo nudim svoje radno mjesto sa 24 god.radnig staza u zamijenu za vase, koje god, sa visokom strucnom spremom i vasom odgovornosti spram tog posla, odnosno mojom. Srdacno	Nije predmet ovog savjetovanja. Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge izmjena ili dopuna predmetnog akta na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj

115	Dunja Ljubičić Škorak, specijalist obiteljske medicine	Poštovani, šaljem svoje prijedloge kao liječnik iz obiteljske medicine koji radi na terenu i uočava nepravde s kojom se obiteljska medicina svakodnevno nosi i podnosi. Treba uvesti promjene i više cijeniti prvu liniju zdravstvene zaštite jer će inače nekolicina ostati jer nemaju izbora, dok mladi neće htjeti ni doći u obiteljsku medicinu obzirom na sadašnje stanje. Moji prijedlozi se slažu i s KOHOM-ovim prijedlozima: 1. Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora- svaki dionik ugovaranja treba imati svoje pravo na davanje prijedloga oko ugovora jer ovako ispada da je ugovor nametnut bez da se pita obiteljske liječnike kakvo imaju mišljenje o tome obzirom da rade na terenu s pacijentima. 2. Ukidanje kažnjavanja obiteljskih liječnika zbog preporuka drugih liječnika u sustavu - neka SVAKI liječnik u sustavu što indicira, propisuje i iza toga stoji svojim žigom i potpisom, a ne da LOM prepisuje preporučene lijekove, uputnice i naručuje pacijente na pretrage koje je bolnički liječnik indicirao. Nerijetko se događa da bolnički liječnici ne drže do propisa HZZO-a te rade po pravilima struke, dok LOM ispadaju policajci koji svoje kolege prijavljuju HZZO - u jer se ne drže njihovih akata, a također žele raditi po pravilima struke. Bolnički liječnici kao i svi ostali liječnici moraju imati na umu da svi moramo raditi po preporukama HZZO-a kao jedinog osiguravatelja zdravstvene zaštite u našoj državi. Dozvolite i omogućite SVAKOM liječniku u sustavu da piše ono što indicira i naručuje na pretrage pacijente ako smatra da su mu te pretrage neophodne.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		3. Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda - Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. Izmjena članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. – dnevno radno opterećenje svakodnevno raste I potreban je treći član tima kako bi se rasporedio posao I pacijenti dobili adekvatniju I kvalitetniju zdravstvenu skrb. 5. Predlažem da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. 6. Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi	

		7. Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI – vraćamo se na početak, a to je da svaki bolnički liječnik treba pisati ono što indicira I za to neka snosi odgovornost 8. Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. Treba pratiti inflaciju u državi. 9. Potrebno je omogućiti kombiniranje DTP postupaka jer u svojoj ambulanti više toga napravimo nego što možemo zabilježiti jer nisu moguće kombinacije. 10. Sve panele za kronične bolesnike treba provesti kroz dtp postupak- među novijim panelima su KBB panel, panel dojke, panel astme 11. Uvođenje DTP postupka za sva cijepljenja koja pacijenti mogu primiti u ambulanti obiteljske medicine, a ne samo za pojedina 12. Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" obzirom da ih upotrebljavamo u svakodnevnom radu	

		13. Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu , a ne da se brišu svakim početkom iduće godine , ispada da to nikad nismo odradili I ne vrednuje se , a trebalo bi. 14. Uvođenje DTP postupka za akupunkturu obzirom da je ista dokazano učinkovita I komplementarna metoda liječenja zapadnoj medicini. 15. Povisiti cijene postojećih DTP postupaka jer nema razlike u izvođenju istih kod LOM, liječnika HMP ili bolničkih liječnika. 16. Veća valorizacija specijalizacije obiteljske medicine kako bi postala primamljiva za mlade liječnike koji bi bili motiviraniji za ostanak u obiteljskoj medicini I njezinom usavršavanju. 17. Svakako se slažem I s ostalim prijedlozima koje Vam je poslao IO KOHOM-a S poštovanjem,	

116	dr.sc. Lucija Petrač, dr. med. dent.	Poštovani, vezano za predložene izmjene ugovora. S obzirom na to da se broj stanovnika u RH smanjio, standardni tim dentalne medicine trebao bi imati 1700 pacijenata. Također, zašto je prihod hladnog pogona i glavarine za ordinacije dentalne medicine manji za oko 8200 eura u odnosu na ordinacije opće/obiteljske prakse? Ordinacije dentalne medicine imaju najveći trošak s obzirom na ulaganje u opremu i materijale. Također vrednovanje pojedinih DTP postupka ne pokriva troškove istih. A postoji i nesrazmjer vrednovanja pojedinih DTP postupaka. Primjera radi, skidanje šavova u dentalnoj medicini ima vrijednost 1,04 eura, a skidanje šavova u ordinaciji opće/obiteljske prakse 5,36 eura. Zašto je manji bod predložen za doktore dentalne medicine u odnosu na doktore opće/obiteljske prakse? Ovakve predložene izmjene ugovora degradirajuće su za doktore/ice dentalne medicine. S nadom da ćete uvažiti primjedbe.	Nije predmet ovog savjetovanja. Standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, je pitanje šire rasprave. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

		Lp	
117	dr. sc. Juraj Jug, dr. med. spec. obiteljske medicine	Poštovani, nastavno na predloženi nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznosim svoje komentare i prijedloge: 1. U trenutnoj Odluci ostavljen je DTP OM160 "e-konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji". Nakon COVID pandemije velika većina ordinacija opće/obiteljske medicine koristi e-mail u komunikaciji s pacijentima, no ovaj oblik komunikacije i dalje nije definiran kao ugovorna obveza. Također, e-konzultacije mogu biti vrlo različite od kratke poruke u kojoj pacijent naručuje jedan ili više lijekova do tekstova od 500-1000 riječi s nekoliko privitaka. Trenutni DTP ne razlikuje kratke i duge e-mail konzultacije te mu je cijena izrazito niska. Također, provođenje istraživanja na temu komunikacije je otežano jer se sve komunikacije putem e-maila bilježe na identičan način. **Prijedlog:** promijeniti postojeći i uvesti novi DTP npr. "kratka e-konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji", te posebno "proširena e-konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji" s različitom cijenom. Definirati vrijeme za e-mail konzultacije u radnom vremenu ordinacije! 2. Medicinske sestre važan su sastavni dio tima obiteljske medicine, no vrlo malo DTP-a se odnosi na njihov rad. Gotovo svakodnevno medicinske sestre savjetuju pacijente i provode edukaciju, no to se također nigdje ne može bilježiti. Postojeći DTP OM022 Telefonska konzultacija s medicinskom sestrom uglavnom se koristi prilikom naručivanja lijekova, dok je OM105 jednakovrijedan ostvaruje li ga medicinska sestra ili liječnik. **Prijedlog:** uvesti novi DTP naziva "savjet medicinske sestre pacijentu ili	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		rođaku u ambulanti". Promijeniti postojeći DTP OM105 tako da se odnosi na savjet s liječnikom, npr. "liječnički savjet pacijentu ili rođaku u ambulanti".	
		3. Izračun mjesečnog limita za laboratorijske pretrage temelji se isključivo na ukupnom broju opredjeljenih osoba u timu. Takav izračun izrazito je nepovoljan u ordinacijama koje većinski skrbe za stariju populaciju koja češće obolijeva od kroničnih bolesti i zahtijeva češće izvođenje laboratorijskih pretraga. Ukoliko broj zatraženih laboratorijskih pretraga definiramo indikatorom kvalitete (QI) tada treba pronaći pošteniji način njegovog obračuna kako bi zaista odražavao rad liječnika, a ne potrebu pacijenata ovisno o strukturi populacije u ordinaciji. **Prijedlog:** izračun mjesečnog limita za laboratorijske pretrage može se provoditi množenjem broja pacijenata po dobnim skupinama s koeficijentom njihovog opterećenja te ga nakon toga podijeliti s 2.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		4. Nastavno na prethodni komentar, osim ukupnog broja pacijenata, standardni broj osiguranika u timu bi se također trebao računati prema koeficijentima optećerenja po dobnim skupinama budući da je lakše raditi ordinaciju s 2500 pacijenata većinom mlađih od 65 godina nego ordinaciju s 1500 pacijenata većinom starijih od 65 godina. Također, ordinacije koje skrbe za štićenike domova umirovljenika bi tada lakše dosezale minimalni broj osiguranika te bi se time olakšalo ugovaranje timova (s manjim apsolutnim brojem pacijenata, no velikim korigiranim brojem prema koeficijentima opterećenja). Osim toga, maksimalni broj pacijenata po timu treba ograničiti prema korigiranom broju (stvarnom opterećenju) na 2000.	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu broja osiguranih osoba po timu.
		5. Panel za kroničnu bubrežnu bolest, dojku i KOPB bi trebali također biti priznati i uračunati u ukupan broj kroničnih panela. Također je potreban i poseban DTP za ispunjavanje svakog pojedinog panela. Paneli su izrazito koristan alat praćenja i prepoznavanja rizičnih pacijenata te ih treba kontinuirano razvijati kako bi pokrili što veći broj čestih kroničnih bolesti.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je

		Pozdravljam sve promjene koje čine posao tima obiteljske medicine kvalitetnijim i pravednijim. Srdačan pozdrav!	prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u
118	Marijeta Jerkin dr.med.dent	Poštovani, kao ugovorni djelatnik ovom prilikom navodim jedan dio svakodnevne problematike. Nakon 20 godina rada u ugovornoj ordinaciji (bilo kao zaposlenik ili nositelj tima) navodim da se postupci/usluge nisu mijenjale odnosno prilagođavale razvoju i napretku same dentalne struke prvenstveno po pitanju uvođenja novih materijala i novih usluga. Cijene samih usluga tek neznatno izmijenjene ali i dalje premale obzirom na cijene materijala, potrošnog materijala, troškova ordinacije j kompletnog tima. Pacijenti u ordinaciji opće medicine i pacijenti u ordinaciji dentalne medicine se ne mogu uspoređivati. Svaki pacijent u ordinaciji dentalne medicine: -mora sjesti na stomatološki stolac (najskuplja investicija i osnovno sredstvo rada); -trebate mu osigurati jednokratnu čašu, sisaljku, pregaču; - instrumente za pregled, svrdla za rad, materijal, instrumentarij, lampu... - i naravno znanje i vještinu za napraviti zahvat i dovoljno vremena. Obzirom na navedeno, apsolutno je neprihvatljivo da ordinacije dentalne medicine trebaju i mogu skrbiti o većem broju pacijenata od ordinacija opće medicine.	Nije predmet ovog savjetovanja. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine.

		Obavezno smanjiti broj pacijenata za ordinacije dentalne medicine. Obzirom na trošak za pružanje usluga, uskladiti odnosno povećati cijene usluga. Upisivanje pacijenata preko e-građana nije donijelo nikakve koristi, naprotiv za liječnika i planiranje rada i za dinamiku ordinacije apsolutno nepraktično i prekomplicirano te nepotrebno. Kao ugovorni partneri pružamo usluge u skladu sa propisanom količinom/normom usluga. Ali najveći problem je akumuliranje odrađenog viška usluga koji se odbija i ne plaća. Mi smo pod pritiskom pacijenata koji traže uslugu, ne razumiju da je mjesečna količina usluga ugovorom definirana/ograničena i tako se generira velika količina posla. Osmisliti model da se na kraju godine bar dio odrađenog viška plati ako ne i sve. Na dobrobit zdravlja, pacijenata, struke i profesionalne suradnje ovo je samo mali dio problematike u našem radu ali sam sigurna i da je rješiva uz obostrano razumijevanje. Hvala na razumijevanju. Sa štovanjem,	Nije predmet ovog savjetovanja.
119	Matea Kučera, dr.med., DZBPŽ	Poštovani, šaljem Vam mail sa prijedlozima izmjene primarne zdravstvene zaštite: 1. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju pojedinim primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore

		2. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". 3. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") 4. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% 5. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% 6. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" 7. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. 8. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te	dane pod rednim brojem 38. .

		antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 9. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku 10. PRIJEDLOG: Ograničenje veličine tima na maksimalno 1800 osiguranika Unaprijed zahvaljujem, LP,	
120	dr. Nataša Dančulović Škalamera 0183083 pedijatar	ovim putem daje podršku prijedlogu kolegice Mirjane Kolarek Karakaš vezano za predmet: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja srdačan pozdrav	Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge izmjena ili dopuna predmetnog akta na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj.
121	Ivan Milas	Poštovani, Moji prijedlozi su slijedeći:	Nije predmet ovog savjetovanja.

		1.ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora 2.ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika PZZ zbog preporuke drugih liječnika u sustavu 3.smanjenje standardnog broja osiguranika po timu 1300 osiguranik 4.u članku 3 prijedlog brojku 8.0 zamijeniti brojkom 20.0 5.omogućiti prijenos sredstava u "ladicu" u narednu kalendarsku godinu.	
122	doc. prim. dr. sc. Alen Šelović, dr. med.	Poštovani, U Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnosti za Zdravstvenu zaštitu žena naveden je godišnji iznos po osiguranoj osobi u jednakom iznosu neovisno o dobi. Smatram da to nije najbolje rješenje. Naime postoje ordinacije koje na popisu osiguranih osoba imaju većinom žene generativne dobi, mlađe osobe, koje su aktivne u dolaženju liječniku zbog akutnih, dobi primjerenih tegoba, liječenja neplodnosti i vođenja trudnoća što zahtjeva puno više rada liječnika u odnosu na ordinacije koje imaju u puno većem postotku osigurane osobe životne dobi veće od 60, pa i 70 i 80 godina, koje značajno manje dolaze ginekologu i nemaju zahtjeve poput mlađih osoba i kod takvih pacijentica je često terapija samo „lijepa riječ“. Ordinacije sa starijom populacijom, često imaju veći priljev sredstava, jer se plaća po osiguranoj osobi, a ne po angažmanu liječnika, u odnosu na ordinacije s „mlađim“ pacijenticama, odnosno nositelj takvog tima „manje radi, a više sredstava dobiva“. Smatram da treba predložiti godišnje iznose prema dobnim skupinama; primjerice dobna skupina do 50, do 70 i iznad 70 godina, što bi bilo pravednije. S poštovanjem	Nije predmet ovog savjetovanja.
123	Nevenka Busija Jertec	Poštovani!	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Stanje u dentalnoj stomatologiji je neodrživo, pogotovo u malim ruralnim sredinama.Odljev pacijenata je svakodnevan,broj pacijenata pada,a s njim je povezana cijela financijska održivost ordinacijie. K tome,mogućnosti samih pacijenata da si plate neki zahvat u domeni privatnih naplata je zanemariv,s obzirom na to da se radi o starijoj populaciji s niskim mirovinama i svim ostalim socio-ekonomskim nepovoljnim uvjetima. Nemam neki konkretni prijedlog jer je sve uglavnom opširno obrazloženo u dopisu kojeg Vam šaljem. Hvala na razumjevanju!	Standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, je pitanje šire rasprave. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
124	Šime Paparić, dr.med. specijalist pedijatrije	Poštovani, Ugovorni sam pedijatar na otoku Rabu. Podnosim sljedeće prijedloge: 1.Prijedlog - Osigurati dodatak do pune glavarine za pedijatre na otocima Obrazloženje: Otoci su geografski ograničeni, a time je ograničen i broj djece koja se mogu opredjeliti za pedijatra na otoku. Primjena općih koeficijenata bez uvažavanja otočne izoliranosti ugrožava opstojnost ordinacija pedijatrije na otocima, te molim da se jasno definira dodatak za otoke u glavarini kao što je to bilo i do sada. 2.Prijedlog - Grupnu praksu dodati automatski svim pedijatrima na otoku	Nije predmet ovog savjetovanja. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u

		Obrazloženje: Dodatak od pet posto objektivno je neostvariv na otocima jer smo jedini pružatelji pedijatrijske skrbi na otocima. Naša izoliranost, povećana odgovornost, svakodnevne konzultacije svim kanalima s centrima na kopnu, velike udaljenosti do bolnica, nemogućnost transporta u lošim vremenskim uvjetima, gotovo svakodnevne intervencije izvan radnog vremena su naša svakodnevna grupna praksa.	provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
		3.Prijedlog - Korekcija KPI pokazatelja Obrazloženje: Zbog nemogućnosti sve dijagnostike na otoku i povećanog broja turista i propisivanja recepata i uputnica za migrirajuće osiguranike i turiste, potrebna korekcija KPI faktora u izračunu, recepte i uputnice koji se za njih koriste obračunavati zasebno.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		4.Prijedlog: Nemogućnost korištenja godišnjeg odmora i zamjene Obrazloženje: Pravilnik nalaže da zamjena za pedijatra mora biti specijalist pedijatar. Jedini sam pedijatar na otoku, ne postoji mogućnost da me mijenja pedijatar, do sada su me mijenjali liječnici obiteljske medicine (godišnji odmor, edukacija, specijalistički pregledi i bolovanja - kronični sam bolesnik s 80% invaliditeta...). Potrebno omogućiti da pedijatra na otoku i nadalje može mijenjati liječnik obiteljske medicine. U suprotnom pedijatar ne može napustiti otok ili će djeca biti bez liječničke skrbi kada pedijatar mora biti izvan otoka ili iz drugog razloga ne može biti u ordinaciji.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		S poštovanjem,	
125	Josip Đermić, dr .med	Poštovani, šaljem vam slijedeće prijedloge u sklopu savjetovanja s javnosću koje se odonosi na gore navedeni "Nacrt Odluke o izmjenama..." 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine".	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118	

		(rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." 18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. 22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2.	

		23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće).	

		30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenipregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu 39. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine.	

		40. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 41. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D-dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. 42. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. 43. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. 44. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 45. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%).	

		46. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). 47.PRIJEDLOG: Kupovina novog računala za ambulantu OM Dr. Josip Đermić, Sibinj. S poštovanjem,	
126	Matej Polinčić, dr. med. dent.	Poštovani, ovim putem želim iznijeti nekoliko primjedbi i prijedloga vezanih uz Nacrt Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. 1. Potrebno je značajno povećati iznose glavarine i hladnog pogona u dentalnoj medicini te ih uskladiti barem s razinom obiteljske medicine. Ordinacije dentalne medicine imaju jednake ili veće troškove poslovanja u odnosu na ordinacije obiteljske medicine (plaće djelatnika, režijski troškovi, rast cijena materijala i opreme), dok su davanja HZZO-a i dalje osjetno manja. 2. Potrebno je smanjiti maksimalan broj pacijenata po timu dentalne medicine. Smatram da je sadašnji broj pacijenata po ordinaciji previsok te negativno utječe na kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite. Broj osiguranika po timu trebalo bi ograničiti na maksimalno 2000 pacijenata po doktoru dentalne medicine kako bi se mogla pružiti kvalitetna i pravovremena usluga.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na

		3. Uvođenje kompozitnih ispuna kao standarda u ovom trenutku nije financijski ni organizacijski održivo. Kompozitni ispuni zahtijevaju znatno više vremena rada, skuplje materijale i veću kompleksnost postupka u odnosu na amalgamske ispune. Bez istovremenog značajnog povećanja financiranja dentalne medicine takva promjena dodatno bi opteretila ordinacije i dugoročno ugrozila održivost sustava. U slučaju prelaska na kompozitne ispune kao standard, nužno je osigurati adekvatnu financijsku kompenzaciju koja odgovara stvarnim troškovima i vremenu potrebnom za izradu takvih ispuna. S poštovanjem,	potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja.
127	Dr. Med.dent. Mirta Šakić Losert	Poštovani, 1.cijena ispuna staklenim ionomerom je preniska u odnosu na nabavne cijene te vrste materijala ako ćemo zaista koristiti materijale koji se mogu nazvati " trajni". U suprotnom- pacijentu nanosimo veću štetu nego koristi stavljanjem nekvalitetno ispuna.	Ne prihvaća se. Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj.

		2.kao i ranije - kad pacijent dođe na čišćenje i otklanjanje zubnih naslaga i kamenca, lakse je i nama kao terapeutima a i pacijentima , obaviti zahvat na obje čeljusti. Vi insistirati na barem 2, a i više posjeta. Ako pacijet nije u stanju, naravno da se postupak moze rasporediti na 2-3 , po potrebi i više posjeta. Nadam se kako ćete uvažiti komentare. Srdačan pozdrav!	
128	Martina Kablarević, Ordinacija dentalne medicine	Poštovani, obraćamo Vam se s ciljem ukazivanja na niz problema u sustavu dentalne zdravstvene zaštite koji dugoročno ugrožavaju kvalitetu usluge, održivost ordinacija i dostupnost suvremenih terapijskih postupaka pacijentima. Ključni problemi koje ističemo: 1. Nejasnoće i smanjenje vrijednosti DTP-a - Uočeno je uklanjanje raspona DTP 1 (165% – 180%) bez jasnog objašnjenja budućeg modela. - Nije definirano kolika će biti nova vrijednost niti kriteriji raspodjele. - Prosječan broj pacijenata po ordinaciji (~1700) nije standardiziran niti adekvatno valoriziran. 2. Neadekvatna valorizacija suvremenih metoda rada	Nije predmet ovog savjetovanja. Nove vrijednosti utvrđuju se posebnom odlukom Upravnog vijeća.

		- Napredne metode poput strojne endodoncije, toplih tehnika punjenja i rada uz endometar nisu adekvatno prepoznate u sustavu. 3. Nelogičnosti u popisu i vrednovanju postupaka - Uklonjeni su ili degradirani ključni postupci (npr. trepanacija apikalne trećine). - Nedostaju osnovni postupci poput čišćenja karijesa. - Cijene pojedinih zahvata su nelogične i neusklađene s kompleksnošću (npr. vađenje zuba vs. jednostavne medicinske usluge u drugim granama). 4. Nejednak položaj dentalne medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - Dentalni liječnici imaju manju vrijednost boda i manje financiranje u odnosu na druge djelatnosti u primarnoj a imaju jednake ili veće troškove materijala i režija. - Protetika i kompleksni zahvati nisu adekvatno priznati kao specijalistički rad. 5. Rast troškova bez praćenja prihoda - Troškovi ordinacija porasli su minimalno 30% u posljednje tri godine. - Plaće su porasle oko 50% prema kolektivnim ugovorima. - Naknade iz HZZO-a nisu pratile taj rast. 6. Neusklađenost financiranja i obveza - Ordinacije snose financijski teret (doprinosi, tehničari, prostor) bez adekvatne kompenzacije. Bez uzimanja u obzir rastuću inflaciju, rast cijena dentalnog materijala i režija. 7. Organizacijski i sustavni problemi - Ograničena mogućnost promjene lokacije rada.	Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje.

		- Centralizirano donošenje odluka bez uključenja struke. - Nedostatak jasne strategije razvoja dentalne medicine. Zaključno, smatramo da je nužno: - redefinirati DTP sustav i jasno komunicirati promjene, - omogućiti naplatu nadstandarda za suvremene metode, - revidirati popis i cijene postupaka, - uskladiti financiranje s realnim troškovima, - osigurati ravnopravan položaj dentalne medicine unutar primarne zdravstvene zaštite. Molimo Vas za očitovanje i pokretanje konstruktivnog dijaloga sa strukom kako bi se osigurala održivost sustava i kvaliteta zdravstvene skrbi za pacijente.	
129			
130	Saša Slijepčević	Poštovani, Kao doktor dentalne medicine nisam zadovoljan Vašim prijedlogom zakona. Od naših stručnih tijela koji su pregovarali sa Vama shvatio sam kako su dogovorene stavke koje se tiču naše struke medjutim u postojećem prijedlogu je nešto potpuno drugo !! Lp	Primjedba ne sadrži konkretne prijedloge na temelju kojih bi bilo moguće postupiti po istoj.
131	Slavenka Milas	Poštovani, prilažem osobni osvrt na neke od stavaka predložene izmjene modela ugovaranja. **1. Nužnost smanjenja standardnog broja osiguranika za pedijatrijski tim** <u>Obrazloženje</u>:	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po

		Mlade generacije liječnika vrlo dobro znaju svoja prava i opasnosti koje pruža profesija. U sudskim procesima uslijed liječničke pogreške glavno pitanje jest je li pacijent temeljito obrađen i je li mu posvećeno prikladno vrijeme. Vremenski normativi definirani su Odlukom o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite (NN 123/2023). Primarni liječnik je sam, izložen i nema s kim podijeliti svoju odgovornost (to je jedan od ključnih razloga zašto je zainteresiranost mladih liječnika za cjelokupnu primarnu zdravstvenu zaštitu toliko niska). Primarni pedijatar raspolaže s otprilike polovicom radnog vremena za preventivni dio rada, a s polovicom za kurativni dio rada. Preventivni dio u praksi obuhvaća većinom sistematske preglede i cijepljenja. Samo u prvoj godini života djeteta.predviđeno je 6 sistematskih pregleda i 4 cijepljenja. Glavni nositelj procijepljenosti populaicje i zaštite pučanstva od zaraznih bolesti jest populacija do sedme godine života, a tim primarne pedijatrije je jedini cijepitelj u praksi (HZJZ načelno ne cijepi dobnu skupinu 0-14 fakultativnim cijepljenjima niti provodi naknadna BCG-iranja). Podrške sustava u borbi protiv necjepitelja gotovo i nema, strah od cijepljenja široko je prisutan i među liječnicima koji se ne bave usko dječjom populacijom. Tempo cijepljenja nalaže Provedbeni program obveznog cijepljenja, a u velikim gradovima većina djece u pedijatrijskoj skrbi kreće u dječje vrtiće između prve i treće godine života (moraju biti redovno procjepljena). Liste čekanja su dakle, u preventivi primarne pedijatrije nemoguće. Tim s trenutnim standardnim brojem pacijenata u prosjeku godišnje upisuje 135-140 novorođenčadi, maksimalno popunjeni tim više od 170. Ako uzmemo u obzir nametnuti tempo sistematskih pregleda i cijepljenja, odgode cijepljenja zbog bolesti djeteta ili odsutnosti liječnika, potrebe za cijepljenjem rizičnih skupina dodatnim cjepivima, fakultativnim cjepivima, naknadnim BCG-iranjima, potrebe za drugim preventivnim mjerama kao što su namjenski pregledi i individualna savjetovanja, preoperativni pregledi, godišjnje odmore djelatnika i sl - nametnuti dnevni broj takvih pregleda za standardni tim iznosi i do 10, a za maksimalni znatno više. Ako uzmemo	timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja.

		u obzir vremenske normative koji u prosjeku iznose 20-30 min (od 7-40 min) - gotovo cjelokupno radno vrijeme primarnog pedijatra bi moglo biti ispunjeno samo radom u preventivi. Što se tiče kurativnog dijela rada primarnog pedijatra, ovdje se rad odnosi većim dijelom na akutno bolesnu djecu. Riječ je o ranjivoj dobnoj skupini kod koje je vrlo teško pregled odgoditi i do 3 dana, a kamo li duže. U velikim gradovima gotovo većina djece u dobi između 1-3 godine pohađa dječje vrtiće, zbog čega je pobolijevanje učestalo, a brojna stanja kao npr opstruktivni bronhitisi zahtijevaju kontrole i više puta u tjednu. Rad u kurativnom dijelu polovice našeg radnog vremena nalikuje radu u hitnoj službi. Liste čekanja i odgode su gotovo neizvedive, a bolnički hitni prijemi već su sada na rubu pregorijevanja, kao i mi. Rad u skladu s vremenskim normativima s trenutnim standardnim brojem osiguranika je gotovo nemoguć, rizik liječničke pogreške raste s popunjenošću tima dobnom skupinom 0-7 godina. Rasterećenje prelijevanjem dijela osiguranika u privatni sektor i iz preventivnog i iz kurativnog dijela našeg rada je nerealno očekivati. Usmjeravanje zdravstvene politike prema radu s nižim brojem osiguranika dobne skupine 0-7 godina je nužnost, a ostavlja prostor za veći obuhvat školske djece u kurativnom dijelu. **2. Preraspodjela vanlimitnih DTP-a, veći postotak DTP-a** <u>Obrazloženje</u>: Primarnoj pedijatriji nanesena je nepravda u odnosu na ostale djelatnosti iz domene primarne zdravstvene zaštite. Pedijatrijski timovi sa standardnim brojem osiguranika prisiljeni su dnevno obraditi do 3x više pacijenata nego što je predviđeno normativima, maksimalno popunjeni do 5x. Kao što je gore navedeno, opterećeni smo osobito velikim brojem pregleda, To je višak u radu koji se odrađuje uslijed manjka pedijatara (timova primarne pedijatrije) a ne vrednuje se. Trenutna financijska konstrukcija, prvenstveno ponuda vanlimitnih DTP-a otežava i dosezanje ukupnih godišnjih financijskih sredstava ponuđenih ovim modelom. Prema novom modelu predviđeni postotak DTP-a najmanji je među svim	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Postotak za DTP utvrđuje se posebnom odlukom Upravnog vijeća Zavoda.

		djelantostima primarne zdravstvene zaštite. Na javnoj presici objavljeno je da će povećanje za DTP postupke iznositi između 160-180%. Na razini RH u prosjeku 4% osiguranika u pedijatrijjskoj skrbi je neplaćeno, a 30-35% nevidljivo u našem radu. Mi smo jedina djelatnost u domeni primarne zdravstvene zaštite za koju ne postoji gornja granica broja osiguranika (Pravilnik o načinu izbora doktora primarne zdravstvene zaštite (NN 8/2024)). Unaprijed zahvaljujem na razumijevanju i suradnji,	
132	Dr Grgić Tina	Poštovani, molim da se podigne limit za laboratorijske pretrage, postojeći je nesovoljan u praćenju kroničnih bolesnika, lp	Nije predmet ovog savjetovanja.
133	Lj. Slaviček, dr.med.spec.obiteljske medicine	Poštovani! Predlažem: -povećati mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%, obzirom na rast broja kroničnih bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze. - povećati mjesečne limite za potrošnju lijekova za 100%. - omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled) i OM104 (prošireni pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) - Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 Srdačno,	Nije predmet ovog savjetovanja.

134	Irena Pavličić, dr.med.dent	Poštovani, obraćamo vam se s ciljem ukazivanja na niz ozbiljnih problema u sustavu ugovaranja, vrednovanja i financiranja dentalne zdravstvene zaštite u okviru primarne zdravstvene zaštite, koji značajno utječu na kvalitetu pružanja usluga, održivost ordinacija te položaj doktora dentalne medicine. Prije svega, postavljamo pitanje neujednačenog vrednovanja rada u odnosu na druge djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Smatramo neprihvatljivim da su bodovi i financijska naknada za usporedive ili složenije dentalne postupke niži, čime se dentalna medicina dovodi u neravnopravan položaj. Nadalje, ukazujemo na nelogičnosti i nedostatke u popisu dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP), uključujući: - uklanjanje pojedinih ključnih postupaka (npr. trepanacija apikalne trećine korijena), bez kojih nije moguće provoditi standardne terapijske protokole, - premještanje preventivnih postupaka iz DTP-1 u niže kategorije bez jasnog obrazloženja, - izostanak osnovnih postupaka poput čišćenja karijesa, unatoč činjenici da se u drugim granama medicine naplaćuju i jednostavniji zahvati. Posebno ističemo nelogičnosti u cijenama postupaka, gdje je primjerice vađenje zuba vrednovano niže od pojedinih osnovnih dijagnostičkih radnji u drugim djelatnostima. Troškovi poslovanja ordinacija u posljednje tri godine značajno su porasli (procjene ukazuju na porast od najmanje 30%), dok su istovremeno plaće sukladno Kolektivnom ugovoru rasle i do 50%. Unatoč tome, sustav financiranja kroz ugovore s HZZO-om nije adekvatno usklađen s tim promjenama, osobito u dijelu koji se odnosi na pokrivanje doprinosa i dodataka na plaću. Dodatno naglašavamo: - neusklađenost paušalnog modela financiranja s realnim troškovima rada, - činjenicu da nositelji ordinacija osobno odgovaraju (OIB-om) za sve obveze, uključujući i troškove koji nisu izravno pod njihovom kontrolom,	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima. .

		- financijsko opterećenje vezano uz prostore domova zdravlja bez mogućnosti slobodnog izbora lokacije rada, - nedostatak transparentnosti u donošenju odluka, osobito u pogledu izmjena koeficijenata i vrijednosti DTP postupaka. Također postavljamo sljedeća pitanja: - Koji će biti budući raspon i vrijednost DTP-1 nakon najavljenih izmjena? - Na temelju kojih kriterija se određuje standardni broj pacijenata, s obzirom da prosjek iznosi oko 1700 po ordinaciji? - Zašto nove, suvremene metode liječenja (strojna endodoncija, tople tehnike punjenja kanala i dr.) nisu adekvatno vrednovane? - Postoji li mogućnost uvođenja modela u kojem bi se nadstandardne usluge mogle dodatno naplatiti pacijentima koji to žele? Posebno ističemo problem proširenja opsega rada (npr. protetika) bez odgovarajuće specijalističke valorizacije, čime se dodatno opterećuju doktori dentalne medicine bez adekvatne naknade. Smatramo nužnim hitno pokretanje dijaloga sa strukom te reviziju postojećeg sustava kako bi se osigurali pravedni uvjeti rada, održivost ordinacija i kvaliteta zdravstvene zaštite za pacijente. Molimo vaše očitovanje na navedene probleme i prijedloge za njihovo rješavanje. S poštovanjem,	
135	Sanja Marin Čajo, dr. med.dent.	Poštovani, obraćam se kao vlasnik privatne prakse dentalne medicine sa ugovorom sa HZZO. Kao i većina moji kolega radim svoj posao profesionalno sa savješću poštujući ugovor koji nikako nije zadovoljavajući. Smatram da uvjeti definirani postojećim ugovorom ne odražavaju stvarne potrebe i izazove u svakodnevnom radu u dentalnoj praksi te su degradirajući. Nedostatna financijska valorizacija usluga u odnosu na stvarane troškove materijala i rada, neusklađenost odredbi ugovora s realnim stanjem na terenu. Smatram da ovakvi uvjeti dugoročno nisu održivi i vode prema smanjenju kvalitete zdravstvene zaštite. Molim naslov da preispita mogućnost postavljanja strojne endodonciju u nadstandardnu uslugu, da se napravi nešto po pitanju protetike za koju smo ispod svake razine plaćeni, preispita standardni tim od 1700, a ne 1900	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		pacijenata. Također molim naslov da nam da razuman odgovor zašto smo najdegradiranija struka u zdravstvenoj zaštiti s najmanjim iznosom glavarina, a stvarni troškovi su nam najveći. Izgleda da se našim leđima bogati opus zdravstvene zaštite, našom stalnom izobrazbom i sve kvalitetnijim tretmanima koje nudimo unutar postojećeg ugovora. Gotovo svi kolege imaju problem sa neuromotornim sustavom nastalim radom, plaćamo privatne fizikalne terapije, a gdje je naš povlašteni mirovinski staž. Stoga Vas molim da razmotrite mogućnost izmjene spornih odredbi ugovora, uz uključenje predstavnika struke u procesu pregovora, kako bi se pronašlo rješenje koje će biti pravedno i održivo za sve uključene strane.	
136	Ornela Erak Glodić DR dent med Split	Poštovani Ovim putem ulažem prigovor na još jednu "malu" , ali evo i danas u praksi veliku u problematičnu stavku prijedloga iznesenog u Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (Nacrt Odluke). Naime ,predlaže se potpuno ukidanje Dtp postupka DM 402 iz Kurative Nulte razine koji glasi ; Trepanacija apikalnog djela (ispiranje i drenaža nisu uključeni) a koji momentalno nosi 26,96 eura Iako Nulta ,dakle ,bez dodatnog plaćanja doktorima , ovaj postupak podrazumijeva i medikaciju antibiotikom . Zanima me , kako će se tretirati pisanje AB terapije bez ove šifre ili se smatra da za ovaj postupak šaljemo pacijenta oralnom kirurgu ili u bolnicu ,što prije bude izvedivo i obzirom na razvoj Abscessusa u kojoj fazi zatečeno. Molim pojašnjenje postupanja Malo više struku konzultirati ne bi bilo naodmet. Lijep pozdrav	Ne prihvaća se. Napominjemo kako Zavod dostavlja odluku kojom se uređuje ugovaranje zdravstvene zaštite na mišljenje nadležnoj komori

137	Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine	Poštovani, U ime Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, u prilogu dostavljam prijedloge za uvođenje dvaju novih DTP postupaka. Srdačan pozdrav,	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

DNOOM

DRUŠTVO
NASTAVNIKA OPĆE /
OBITELJSKE MEDICINE

ATGP / FM

ASSOCIATION OF
TEACHERS IN GENERAL
PRACTICE / FAMILY MEDICINE

Kosirnikova ul. 20, 10000 Zagreb, Croatia • OIB 93024067664
Predsjednica doc.dr.sc Jasna Vučak • MOB: +385 (0) 98 272 787

PRIJEDLOG:

Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno.

OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA:

"Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine."

OBRAZLOŽENJE:

Ovaj novi DTP je neophodno uvesti jer, osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja, imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog.

DNOOM

DRUŠTVO
NASTAVNIKA OPĆE /
OBITELJSKE MEDICINE

ATGP / FM

ASSOCIATION OF
TEACHERS IN GENERAL
PRACTICE / FAMILY MEDICINE

Kosirnikova ul. 20, 10000 Zagreb, Croatia • OIB 93024067664
Predsjednica doc.dr.sc Jasna Vučak • MOB: +385 (0) 98 272 787

PRIJEDLOG:

U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati dodatni DTP postupak:

- Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – **Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje** (npr. nova šifra DTP: OM178), predloženi koeficijent 0.5

OBRAZLOŽENJE:

Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju.

Panel za rak dojke predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine, uključujući:

- rano prepoznavanje sumnje na malignu bolest dojke uz jasno definiran dijagnostički postupnik,
- procjenu individualnog rizika (prosječni, umjereni i visoki rizik),
- planiranje i praćenje probirnih i dijagnostičkih postupaka (mamografija, ultrazvuk, klinički pregled, biopsija i patohistološki nalaz) uz sustav podsjetnika na predstojeći/propušteni pregled,
- bilježenje ključnih promjenjivih i nepromjenjivih čimbenika rizika (uključujući reproduktivnu anamnezu),
- praćenje odaziva na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke (NPP) i identifikaciju osoba koje nisu obuhvaćene ili se nisu odazvale,
- pravovremeno upućivanje na genetsko savjetovanje prema jasno definiranim kriterijima,
- evidenciju novootkrivenih slučajeva (tip tumora i proširenost bolesti).

Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora.

		DNOOM DRUŠTVO NASTAVNIKA OPĆE / OBITELJSKE MEDICINE **ATGP / FM** ASSOCIATION OF TEACHERS IN GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE Kosirnikova ul. 20, 10000 Zagreb, Croatia • OIB 93024067664 Predsjednica doc.dr.sc Jasna Vučak • MOB: +385 (0) 98 272 787 Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om (žene mlađe i starije od dobi uključivanja u program), čime se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Provedba ovih aktivnosti zahtijeva dodatno vrijeme, kontinuirano praćenje i aktivno upravljanje populacijom. Učestalost primjene DTP postupka:	
138	Ana Birtić, dr med, specij. obit. med.	1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

			zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne	.

			zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira	

			eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora	

			potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je	

			4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz	

			ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo.	

		8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za	

			100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati	

			obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda	

			neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 13. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 14. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106	

			(prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press- konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 15 PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su	

			Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. 16. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je	

			koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 18. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja	

			te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 19. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne	

			nabavlja sama test. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 21. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 22 PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a	

			"vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 23 PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u	

			"Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 24. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se	

			isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 25. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti	

			zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 26. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP- ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti	

			njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 29. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih	

			sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka.	

			Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja	

			uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 34. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 35 PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg	

			valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 36. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 37. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine.	

		38. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javno- zdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine.	

		39. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. 40. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u	

		liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D- dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. OBRAZLOŽENJE: Brzi dijagnostički postupci u ordinaciji obiteljske medicine (CRP, D-dimeri i troponini) učinjeni na POCT uređajima (eng. point od care testing) od iznimnog su značaja i pomoći u radu liječnicima obiteljske medicine, posebice onima koji se nalaze u dislociranim sredinama, ali i svim drugim liječnicima obiteljske medicine kao orijentir za postavljanje dijagnoze, liječenje i eventualno upućivanje pacijenata na SKZZ razinu ili ispravno upućivanje hitnim službama. Važno je napomenuti i da korištenje POCT uređaja dovodi do značajnih ušteda za zdravstveni sustav (smanjeno upućivanje pacijenata na laboratorijsku obradu i na OHBP, ušteda na putnim nalozima u slučaju djece i putnih naloga za njihovu pratnju, racionalnije propisivanje antibiotika i sl.). Obzirom na cijenu samog uređaja, kao i cijenu reagensa, potrebno je ovaj DTP uvrstiti među potpuno vanlimitne DTP s predloženim koeficijentom. 41. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent	

		0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. OBRAZLOŽENJE: Trenutno liječnicima obiteljske medicine nije omogućeno bilježenje ovog DTP-a, a isto je omogućeno liječnicima na drugim razinama zdravstvene zaštite, a radi se o kompetenciji koju na istovjetan način stječu i prakticiraju i liječnici obiteljske medicine i SKZZ specijalisti (npr. anesteziolozi, fizijatri, neurolozi). Isto tako, liste čekanja za akupunkturu na višim razinama zdravstvene zaštite su dugačke. S ciljem konačnog omogućavanja bilježenja ovog terapijskog postupka koji se može obavljati i već se i obavlja na razini obiteljske medicine te njegovog ispravnog honoriranja potrebno je uvesti ovaj DTP postupak na način kako je predloženo. 42. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz.	

		OBRAZLOŽENJE: Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja. 43 PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. 44. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do	

		maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. 45 PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na	

		koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Kao i u obrazloženju za 45. prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja.	

139	Ivan Lovro Tomac dr.med.	Poštovani, Predlažem ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove	Primjedbe nisu predmet ovog savjetovanja .

		koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu.	
140	Stella Hoblaj, dr. med.	Poštovani, kontrola rada liječnika od strane Hzzo-a se mora provoditi na svim razinama zdravstvenog sustava, a ne samo primarne zdravstvene zaštite. Svakako ukidanje kažnjavanja liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu. Srdačno!	Nije predmet ovog savjetovanja.

141	Ivana Bobek , dr.med.spec.obiteljske medicine	Poštovani , javljam se s nekoliko prijedloga za poboljšanje ugovaranja PZZ . Obiteljska medicina je temelj , predstavlja vrata za ulaz u bolnički sustav te kao takva mora biti osnažena kako bi se rasteretio bolnički sustav . Mi najbolje poznajemo svoje pacijente te smo itekako kompetentni liječiti ih . No u ovakvom sustavu u kojem imamo minimalno 100 kontakata svaki dan a za vrijeme godišnjih odmora prelazimo i 200 kontakta to nije dobro niti za pacijente niti za liječnike . Potrebno je maknuti nepotrebnu administraciju iz ambulanti ,omogućiti zapošljavanje mladih kolega u tim , inzistirati na slanju nalaza Cezih sustavom kako ne bismo dragocjeno vrijeme koristili na skeniranje nalaza već na preglede pacijenata . U DTP uvrstiti sve brze testove (gripa , RSV , Streptokok i sl) kako bi nam se olakšalo postavljanje dijagnoze . Omogućiti hitni lab u poslijepodnevnim satima , omogućiti slanje na hitne radiološke pretrage u Domovima zdravlja jer time smanjujemo slanje u bolnicu . Omogućiti nabavku opreme kroz vece prihode , platiti sve ono sto smo odradili , stimulirati edukacije , u hladni pogon uvrstiti i prigodne nagrade koje smo po kolektivnom ugovoru dužni isplatiti sestrama , u iznos koji se refundira za rad pod mentorstvom dodati , putne troškove, prigodne nagrade koje smo dužni po kolektivnom ugovoru plaćati . Omogućiti kombiniranje DTP - a . U nadi da ćete uvažiti moje prijedloge , srdačan pozdrav !	Nije predmet ovog savjetovanja.
142	Nevena Valić-Marjanac	Postovani, prijedlozi Kohoma su u biti skupljeni s “ terena” i problema obiteljskih lijecnika. Optereceni, stari, bolesni, dostupni stalno, kaznjavani, uskraceni za mnogo stvari koje su uradili. Svi prijedlozi su u redu pogotovo sto “ mali” tim moze ostati bez pola glavarine, a ima pacijente i posjete kao da je veliki. “Ladica”, ponistavanje 1.1., a nemamo pomoc za vrijeme godisnjih, nego umiremo u dvije ordinacije cesto i u duple smjene. Omoguciti isplatu i prijenos na godinu. Dtp povecati cijene usluga a i samim tim limita…Specijalizacije omoguciti sukladno obecanju EU… itd itd da se ne ponavljamo . Srdacan pozdrav i radujem se partnerskoj suradnji i razumijevanju s stovanjem dr Nevena Valic Marjanac.	Nije predmet ovog savjetovanja. Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.
143	Mirjana Petrić	Poštovani ovo su moji prijedlozi: 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja	

		jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Cezihe), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi.	

		5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome	

		najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više	

		razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on	

		taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za	

		unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. 17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja.	

		19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj.	

		za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja	

		melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160	

		(e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog	

		vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i	

		ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine.	

		43. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. OBRAZLOŽENJE: Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja. 44. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. 45. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.)	

		smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. 46. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Kao i u obrazloženju za 45. prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. S poštovanjem,	
144	Boris Medić	**PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35** **OBRAZLOŽENJE**: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. --- **PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog** **preporuka drugih liječnika u sustavu** **OBRAZLOŽENJE**: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove	

		koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. ---------- **PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće.** **OBRAZLOŽENJE:** Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u	

		svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. ---------- **PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika.** **OBRAZLOŽENJE:** Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO- a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. ---------- **PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske** **medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi** **OBRAZLOŽENJE:** Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na	

		kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati.	
145	Ivana Herak,dr.med.dent	Poštovani,ovim putem podnosim službeno očitovanje i apel vezan uz novi prijedlog ugovornih obveza za primarnu dentalnu zdravstvenu zaštitu. Kao nositelj tima s dugogodišnjim iskustvom, smatram da predloženi uvjeti izravno ugrožavaju financijsku održivost ordinacija, onemogućuju tehnološki napredak te, posljedično, smanjuju razinu kvalitete skrbi za naše pacijente.Suvremena dentalna medicina zahtijeva stalna ulaganja u opremu i materijale, što uz trenutne (i predložene) cijene glavarina i DTP-a postaje ekonomski neodrživo. Kako bismo osigurali standarde rada 21. stoljeća, iznosimo sljedeće zahtjeve:1. Uvođenje strojne endodoncije kao izvanstandardne uslugeTrenutni model ne pokriva troškove suvremene endodontske terapije. Predlažemo da se strojna endodoncija klasificira kao izvanstandardna usluga, po uzoru na model kompozitnih ispuna u stražnjem segmentu. Time bi se pacijentima omogućio pristup vrhunskoj tehnologiji uz potpisivanje izjave o pristanku na nadstandard, čime se štiti pravo pacijenta na izbor, a ordinaciji omogućuje pokrivanje realnih troškova materijala i amortizacije uređaja.2. Razdvajanje plaćanja DTP-a i protetikeDosadašnji model u kojem se primjenjuje skupni dopušteni iznos za DTP i protetske radove smatramo duboko nepravednim i neodrživim. U takvom sustavu, nakon izvršenog protetskog rada, rad liječnika (DTP) ostaje praktički neplaćen. Zahtijevamo da se fiksna i mobilna protetika tretiraju kao izvanstandardni radovi u smislu financiranja, gdje se rad liječnika i laboratorijski troškovi fakturiraju neovisno o limitima DTP-a, osiguravajući da svaka pružena usluga bude adekvatno valorizirana.ZaključnoUlaganje u modernu opremu nije luksuz, već nužnost za pružanje sigurne i učinkovite terapije. Inzistiranjem na zastarjelim financijskim	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima. .

		modelima, sustav prisiljava stomatologe na rad s gubicima ili na stagnaciju, što dugoročno dovodi do pada zbrinutosti populacije. Vjerujemo da je u zajedničkom interesu pronaći model koji će omogućiti održivo poslovanje ordinacija uz istovremeno zadržavanje dostupnosti osnovne skrbi.	
146	Valentin Žagar, dr.med.	Poštovani, Podržavam sve prijedloge koje je iznio Kohom. Lijep pozdrav!	Zahvaljujemo na komentaru.
147	Helena Maršić Jogun, dr.med.dent.	Poštovani, kao nositelj tima s dugogodišnjim iskustvom, smatram da predloženi uvjeti izravno ugrožavaju financijsku održivost ordinacije te posljedično smanjuju razinu kvalitete skrbi za naše pacijente. Naša struka zahtijeva stalna ulaganja u opremu i materijale, što uz trenutne (i predložene) cijene glavarina i DTP-a postaje ekonomski neodrživo. Uz kontinuirani dugogodišnji porast cijena materijala, energenata i svih ostalih troškova rada ordinacije, koji istovremeno ni na koji način ne prati financiranje glavarine, hladnog pogona i DTP-a od strane HZZO-a , može se poslovati jedino s gubicima. Kao supotpisnik punomoći dr.Ježini, ponavljam Zahtjev ugovornih doktora dentalne medicine. Prijedlozi izmjene Ugovora od strane HZZO-a su degradirajuće, s obzirom na manji bod i iznos hladnog pogona u odnosu na ordinacije dr. opće medicine. Osim što smo istog stupnja obrazovanja, u istoj primarnoj razini zdravstvene zaštite, imamo i drastično veće izdatke (materijal, oprema i održavanje opreme), pa bi eventualno financiranje ordinacija trebalo biti obrnuto, odnosno ići u naši korist.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		S poštovanjem,	
148	Dr. FANILDA <pedijatarfani@gmail.com>	Poštovani htjela bih uložit prigovor na prijedlog novog ugovaranja sa HZZO.-om PRIJEDLOG BR. 1: molim da se kod ugovaranja ukine praksa jednostranog mijenjanja ugovora jer bi pojam ugovaranja trebao podrazumjevati sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno što do sada nike bio slučaj nego bi se samo samovoljno slao ugovor ili anek ugovora bez da se pita pedijatre da li se sa tim slažu ili ne pedijatri PRIJEDLOG br 2: predlažemo izmjenu ćlanka 17 na način da se uz zapošljavenja liječnika. i medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnst (ne i obaveza) zapošljavanje i 1 zdrav.suradnik a sve kako b se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U timovima s ugovorenim 3.članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. Razlog radi kojeg mislim da je potrebna mogućnost dodatnog člana tima je to što je iz dana u dan sve više admin, dijela posla pa bi taj dodatni član rasteretio pedijatra i med, sestru da se to vrijeme uloži na pružanje kompleksnije zdrav.skrbi umijesto na administriranje. PRIJEDLOG BR.3: članak 8 u članku stavka 1 riječi 110 -130 %glavarine zamijenjuju sa riječima ovisno o broju opredjeljenih osiguranih osobs u skladu sa Odlukom Upravnog vijeća zavoda. Mislim da bi DTP trebao biti 180 % glavarine a ako se gleda da bi DTP bio ovisan o broju pacijenata onda bi svakako trebao bit veci za timove sa više pacijenata jer vrlo često radi obima posla rade i vise od 7 5 sati jer imaju jako puno posla.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38., 188 i 191. te se upućuje na dane pod tim rednim brojevima.

		PRIJEDLOG BR.4; prijedlog da se pedijatrima place veci iznos za djecu do 7 godina jer se novim prijedlog to izjednačava pedijatrima i obitelj.liječnicima. Mislim da je odluka o jednakom plaćanju degradacija i poniženje spec.pedijatara jer se oni pet godina spec za rad sa djecom a spec.obiteljske med imaju tijekom specijalizacije tek 3 mj pedijatrije pa ispada po ovom da imamo isto znanje i kompetencije i da je spec.iz pedijatrije nepotrebna jer se po Hzzo posao pedijatra može naučit za 3 mjeseca! Vi znate da ulaganje u zdravlje djece je ulaganje u budućnost pa ako nam se bude djecu loše liječilo onda nam se ne piše dobro. PRIJEDLOG BR.5 Buduci da se naglasak stavlja na sve vecu obradu pacijenata na nivou primarne a sa ciljem rasterečenja sek i ter .zdrav skrbi što zahtjela ulaganje u opremu i edukaciju smatram da bi se DTP postupci III kategorije (uz , ekg i spirometija, krioterapija) trebali platiti u cijelosti koliko god se napravi jer su ulaganja u opremu i edukaciju preko 50000 e. PRIJEDOLG BR 6. Prijedlog da se u ordinacijama primar. pedijatrija omoguci primjena POC - određivanje CRP-a..uz cijenu usluge 10 e. Naime na taj način ce pedijatri moci imati brzu informaciju na osnovu koje ce moci racionalnije primjenjivati antibiotik . PRIJEDLOG BR.7.	

		Molim da se HZZO uskrati mogucnost da se u tim primi novorođenče mimo volje pedijatra ako pedijatar vec ima maksimalan broj djece do 7 godina PRIJEDLOG BR.8 Ali sve kompeksnijeg i zahtjevnijeg rada sa djecom molim da se smanji broj djece u ped.skrbi i da maksimal.broj bude 1050 djece. PRIJEDLOG BR.9 Molim da ss pedijatrima placaju svi pacijenti koji su u skrbi pa i oni iznad 14 godine za koje se sad ne placa ništa. Naime vecinom se tu radi o djeci sa kriničnim bolestima ili djeci sa poseb.potrebama koji i te kako koriste zdrav skrb a za koju ped..koji skr pruža nije uopce placen a ako to ne želite onda molim da se svako tako djete od strane hzzo automatizmom prebaci kod obiteljskog liječnika. PRIJEDLOG BR.10 Molim da se omoguci zamjena pedijatra za vrijeme god.odmora ili bolovanje od strane doktora medicine a ne kao do sad od strane spec.pedijatra. Naime kako znate da se deficit pedijatara nemoguce je naci slobodnog pedijatra za zamjenu sto rezultita tim da veliki broj ped.nije godinams bio na godišnjem odmoru. PRIJEDLOG BR.11 Predlažem da se omoguci prijenos DTP na kraju godine u novu kalendarsku godinu a ne da bude kao do sad da sve što se odradili a nije se platilo ide u 0 eura ili da ss dio toga na kraju godine plati.	

149	Martina Pejnovic	-DTP vanlimitni na probir na autizam i uvođenje novog panela na razvojna odstupanja predškolskog djeteta; probir na metabolicke bolesti; probir na slabovidnost -porast DTP-a na 160-180%	Nije predmet ovog savjetovanja. Povećanje mogućeg limita DTP u odnosu na dosadašnji limit smatramo realnim.
150	Dr.med.dent. Ivana Zubić	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili	

		pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi. Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
151	Mia Jolić dr.med.dent.	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi.	

		6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi. Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga. S poštovanjem,	

152	Dr Polgar Pavošević	Poštovani podržavam povećanje prihoda za ordinacije primarne zdravstvene zaštite i najavljeno ulaganja u obiteljsku medicinu. No naglasila bih jednu nepravdu naime liječnici obiteljske medicine bez specijalizacije rade jednako odgovorno i snose punu profesionalnu, etičku i pravnu odgovornost za svoj rad, te smatram da bi i njihov rad trebalo malo više i pravednije vrednovati kroz "glavarinu" . Također trebalo bi povećati glavarine za sve dobne skupine za liječnike bez specijalizacije za 10% kako bi se malo ublažila razlika u odnosu na liječnike specijaliste na realniju i pravedniju razinu. Također trenutne vrijednosti DTP-a su jako niske i nerealne, i imam dojam da tako podcjenjuju liječnički rad te bi uz dizanje vrijednosti osnovnog koeficijenta na 12 eura trebalo svakako podići i koeficijente svih DTP-ova za 35-40%. Sve nadstandardne DTP koji zahtijevaju ulaganje u opremu i/ili specifična znanja/kompetencije trebalo platiti 40% izvan limita (umjesto sadašnjih 10/15%), jer ako to ne odradi LOM/SOM naplatit će se svakako na SKZZ razini (ali tada puno više!), a kada ode na SKZZ razinu onda svakako produžavamo i liste čekanja. Smatram da sve polazi od obiteljske medicine i ako se napravi administrativno odterećenje i potiču dodatne vještine kvaliteta i kontinuirana skrb za kronične bolesnike će biti još bolja a opterećenje bolnica i hitnih prijema manja. U nadi i iščekivanju boljeg sutra. Sa štovanjem	Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje
153	Indira Kalač-Pahljina	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade.	

		4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu,	

		a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
154	dr.Marina Galović	Poštovani, Nadamo se da će skorašnje promjene Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja zaista biti plod međusobne suradnje i uvažavanja (a ne samo jednostrana odluka) te zaista donijeti dobrobit zaposlenicima i korisnicima zdravstvene skrbi te da će privući mlade liječnike i medicinske sestre u primarnu zdravstvenu zaštitu budući da se lokalna uprava nikako ili premalo angažira za nju. Podržavam sve prijedloge Upravnog odbora Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 188. i 191. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Sa trenutačnim standardnim brojem djece u skrbi (950) i sve većim zahtjevima pedijatrijske populacije i njihovim roditelja, nemoguće je pružiti odgovarajuću zdravstvenu skrb svakom djetetu koje to itekako zaslužuje. S ovim standardnim brojem pacijenata nemoguće je sve akutne potrebe djece ograničiti u 30-tak pregleda dnevno te ih odgoditi za neki drugi dan kada može biti prekasno. Rad u sadašnjim okolnostima nužno nosi i veći rizik za liječničku pogrešku koja nikako ne može biti samo njegova, već posljedica neadekvatno postavljenog sustava na koju liječnici duže vrijeme upozoravaju. Stoga je nužno smanjenje standardnog broja djece u skrbi s 950 na davno obećanih i potpisanih 850 (minimalni broj 637, maksimalni broj 1063). U tom slučaju, uz podršku HZZO-a pacijenti se mogu usmjeriti prema manjim ambulantama, tako rasteretiti veće ambulante, čime bi se svakom djetetu omogućila dostupnija i kvalitetnija skrb. Pedijatrija zbog svojih specifičnosti (veći prostor i režijski troškovi zbog potrebe za izolacijom, plaćanja zamjenskog liječnika specijalista pedijatrije...) ima veće rashode pa se nadamo da će skorašnje promjene i to poštivati. Ako se tome pridoda i inflacija, smatram nužnim da se poveća udio DTP postupaka u odnosu na glavarinu, sa sadašnjih 110 -130% na nedavno javno obećanih 160-180%. Predlažem i da se na kraju godine plati barem 10 % viška DTP postupaka iz ladica. Kako je moguće da je godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi u dobi 0-7 g. jednak timu specijaliste obiteljske medicine (koji se tijekom svoje specijalizacije samo 2-3 mjeseca educira o pedijatriji) i timu specijaliste pedijatrije koji pedijatriju specijalizira 5 godina? Smatram da bi tim specijaliste pedijatrije godišnje trebao po djetetu u dobi 0-7 g. trebao dobiti barem 29 eura. Zašto u našim ugovorima s HZZO-om ne postoje, ne ulaze u standardni broj pacijenata i financijski se ne vrednuju djeca u dobi od 14 do 18 g.? Njihovi roditelji ih ne žele iz	

		pedijatrijske skrbi upisati u tim obiteljske medicine, a mi nemamo tu mogućnost. To su često kronični bolesnici koji prema HZZO uputama mogu ostati u pedijatrijskoj skrbi, ali nisu financijski praćena od strana HZZO-a. Kako je to moguće? Kome onda idu ta sredstva koja su namijenjena toj djeci? U djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece treba priznati djecu dobne skupine od 14 do 18 g. uz godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi za glavarinu od 10,18 eura. U nadi da ćete uvažiti naše prijedloge i vratiti nama zaposlenicima i svim korisnicima zdravstvene skrbi vjeru da se sustav skrbi o svima nama, s poštovanjem,	
155	dr Slavica Stojadinović-Grgurević spec. opće – obiteljske medicine.	Poštovani , šaljem svoje prijedloge : 1.Prijedlog.ukidanje kažnjavanja izabranog liječnika PZZ zbog preporuka drugih liječnika u sustavu. 2.Prijedlog-ukidanje kažnjavanja izabranog liječnika PZZ zbog propisivanja kronične terapije dok je pacijent u bolnici. 3.Prijedlog-prijedlog da su članku 17. i 21.Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće / obiteljske medicine propiše standardni broj 1450 osiguranika. 4.Prijedlog-Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20 % i za doktora i za medicinsku sestru. 5.Prijedlog-u članku 3. Prijedlog brojku “8” zamijeniti brojkom “15” , umjesto predloženom brojkom “12”.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		6. Prijedlog-isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovornim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi. 7. Prijedlog-omogućiti prijenos sredstava u " ladici " u narednu kalendarsku godinu. 8.Prijedlog-Za DTP pod šifromOM104(Prošireni pregled –3 i više organskih sustava) koeficijent 1,5 povisiti na 2,25. 9. Prijedlog-za predloženi DTP pod šifrom OM404(Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. Zahvaljujem ,	
156	Martina Primorac Mileta	Poštovani, Citiram kolegicu, potpisujuci svaku rijec; iz grupe od par stotinjak doktora dentalne medicine koji revoltitani mjesecima vodimo rasprave, spremni na protest : "Zašto smo mi manje doktori od ostalih iz primarne pa nama manje para i manji bod za usluge Zašto nam brišu neke važne dtp ove kao Trepanacija apikalne trećine korijena bez koje nema ni pisanja AB a, iz DtP 1 prebačeno u nultu dosta preventive , zašto? Zašto i dalje nedostaju neki bitni postupci, čišćenje karijesa ,ako u općoj pišu posebno račune za pranje ušiju i skidanje šavova, npr Sulude cijene postupka ! Vađenje zuba manje od mjerenja tlaka!?	Nije predmet ovog savjetovanja. Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Troškovi ordinacije su porasli su koliko posto od zadnje promjene prihodovanja od strane Fonda , šta kaže knjigovodstvo koliko je posto brutto bilanca porasla u zadnje tri godine?? Barem 30 posto . Koliko je porasla plaća po Kolektivnom u 3 godine ? 50%! Koliko je usklađen HP sa Kolektivnim ugovorom za plaću radnika obzirom na godine staža?? Na sve dodatke koje Vlada proslijedi, bolnicama i DZ ovima, dostavi namjenski na račun po izračunu ,a nama je sve pušalno . Nemamo ni za vlastite doprinose ,ono što im de facto vratimo od sredstava u proračun. Našim oibom odgovaramo za sve greške ,preko našeg imena i računa namiruju se tehničari koji nisu primarna. Odluke koje će ubuduće se donositi unisono potezom pera vijeća HZZO a , npr briše se iz Odluke visina iznosa DTP 1 od 165% do 180% !! Koliko će onda biti Dtp 1 i kome ?? Broj pacijenata po svim ordinacijama u Hr u prosjeku je 1700 Zašto nije standardni tim 1700?? Zašto nove metode liječenja sa skupom opremom se ne valoriziraju na način : ako Fond to ne može platiti onda naplatite nad standard od pacijenata koji su voljni? Strojna endodoncija, tople tehnike punjenja kanala, duljina punjenja bez endometra odakle?? Po duhu svetome?!! Protetika ,još jedna specijalistika koja nam je ubačena u krilo a bez specijalizacije po sistemu "samo "i po cijeni ispod specijalističke jer ipak smo samo zubari. Endodoncija lateralno i strojna kao i protetika van DTP 1!	

		Ili plaćajte specijaliste" .... Dajte naše žalbe procitati nekom tko je uistinu radio u praksi, ugovornoj ordinaciji, tko razumije problematiku, ne profesorima sa Stomatološkog fakulteta koji nikada nisu sišli s Olimpa ni mladim kolegama bez iskustva rada u polivalentnoj ambulanti, da ne spominjem sukob interesa- kolege vlasnike privatnih poliklinika. S poštovanjem,	
157	Zdravka Vučković,dr.med.dent.	Poštovani, S obzirom na predložene izmjene Ugovora od strane HZZO-a, zaista sam ogorčena s obzirom na degradaciju svih doktora dentalne medicine od strane HZZO- a u odnosu na sve ostale kolege iz primarne zdrav.zaštite. Radim preko 30 godina i stanje nikada nije bilo lošije. Koji su razlozi da mi imamo najmanji iznos hladnog pogona, ako nam je sve što plaćamo iz tog iznosa isto kao i ostalim kolegama iz primarne? Dalje, iz kojeg bi razloga naš koeficijent trebao biti 10, a npr. kod kolega iz opće nespecijalistima (izjednačen sa njihovim specijalistima) 12? Da li je to naša diploma sa nekakvom greškom da smo manje vrijedni?	Nije predmet ovog savjetovanja. Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Dosadašnja povećanja glavarina nisu ni izbliza pratila inflaciju i enorman porast troškova u našim ordinacijama dentalne medicine. S obzirom da normalan rad u našim ordinacijama zahtjeva održavanje izuzetno skupe opreme i ulaganje u novu , skupe materijale kao i sve skuplje stručno usavršavanje da bismo ostali u skladu s trendovima i sa sve većim zahtjevima pacijenata, sredstva koja sada dobivamo ili koja trebamo dobiti novim prijedlogom Ugovora, nisu ni približno dostatna za opstanak istog. Po novom prijedlogu, samo jedan primjer smiješne cijene koju nam i dalje nudite- vađenje jednokorjenskog zuba HZZO po cijeni od 3.70 eura, a višekorijenskog 5,50 eura- radi se o preniskoj i sramotnoj cijeni za taj postupak i stupanj školovanja koji imamo. Zašto ste nam ukinuli bitan DTP- toxavit i priv.ispun ? Zašto ste ukinuli dosta preventivnih postupaka i ubacili ih u nultu? Smatram da se strojna endodoncija treba ubaciti u nadstandard, ako ne- endodoncije lateralnih zuba samo slati specijalistima. Ručna endo.tih zubi je uzasan gubitak vremena,a osim toga nudite nam po novom da ju radimo bez apeklokatora. Kako da objasnimo pacijentu da cemo mu puniti korijen odoka jer taj dio ne plaćate, ali mu ipak nudite uslugu- ručnu endodonciju bez mjerenja?? Standardni tim bi trebao biti 1700 pacijenata kad znamo koliko se ljudi iselilo. Smatram da se pod hitno treba odvojiti plaćanje tehničara preko nas, a o tome da za proteze dobijemo više nego duplo manje od njih- ne treba ni raspravljati. Omogućite nam osnivanje zdravstvene ustanove samo preregistracijom, a ne kompletnim prekidanjem Ugovora da na taj način omogućimo mladim kolegama ostanak na poslu i rad sa tim istim pacijentima(a ne da pacijenti okolo traže sami gdje se mogu upisati) , kao i to da asistentice ostanu i dalje zaposlene u toj ustanovi nakon odlaska jednog od ugovornih liječnika u mirovinu.	

		Nadam se da ćete ipak naći veće razumijevanje za sve doktore dentalne medicine i na bolji način riješiti našu daljnju suradnju. Srdačan pozdrav,	
158	Ordinacija dentalne medicine Tena Manjarić Pavić, dr. med. dent.	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja	

		evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.	

		 Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga. S poštovanjem,	
159	D. Filko, spec. pedijatar	Poštovani, mi koji radimo velike ambulante svaki mjesec odradimo 200-300 % DTP-a koji svatko može transparetno vidjeti da je tako, a i u ladici krajem godine ostane velika suma novaca koju nam HZZO-o izbriše (uzme) s 1.1. iduće kalendarske godine. Stoga predlažem da nam se plati ono što smo odradili, jer tako se cijeni rad nas još malo pedijatara koji smo ostali, a i privući će mlađe liječnike u DZ-a. Ovako su brojne ambulante prazne, TBN, u kojem rade penzioneri, koji istovremeno primaju penziju, te su fiksno plaćeni po danu svoga rada. To nije rješenje, jer roditelji nerado upisuju pacijente u te ambulante, te je ponovo pritisak na naše, velike timove. Molim da se vrednuje sav naš dodatni rad, makar kroz vanlimitni dtp- poput uzimanja briseva (za sada je to samo COVID), dodatnog cijepljenja djece neobaveznim cjepivima, pisanja dokumentacija povjerenstvima i sl., jer sve to nama oduzima vrijeme, kojeg ionako imamo premalo za naše male pacijente. Omogućiti naplatu pacijenata koji nisu u timu, jer pacijenti šeću posvuda, a mi nemamo mogućnost odbiti istog, ali niti naplatiti svoj rad, osim kroz dtp od 8 €, koji	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Nije predmet ovog savjetovanja.

		pobija sve druge postupke koji se mogu vezati uz pregled. Vrijedi li rad jednog specijaliste toliko malo?! Omogućiti zamijene i liječnicima koncesionarima (privatnim ordinacijama) prilikom oboljenja ili u izvanrednim situacijama (smrt u obitelji ili sl), jer i mi smo ljudi, ali prepušteni sami sebi, tražeći ponekad bezuspješno zamijene jer nas nema dovoljno pa smo prisiljeni plačati ljude da nam odrade dan, dva odsustva s posla. U nadi da ćete uvažiti i mišljenja nas radnika na terenu… Lp,	Nije predmet ovog savjetovanja.
160	Andreja Brlić, dr.med.dent.	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće:	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima. .

		1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se	

		može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi. Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga. S poštovanjem,	
161	Bračić Divna spec .OM , amb Vodice	Slažem se sa KOHOM-ovim prijedlozima . Dodala bih : DA SE UVEDE POSEBNA ŠIFRA DTP -a za H OSIGURANIKE .OVO SADA JE ISPOD SVAKOG NIVOA .	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne

		Pregled je oko 7 E, a prije 10 godina je bio oko 10 E.Predlažem da se cijene korigiraju i višestruko povećaju ,te uvede novi DTP kao za hrvatske osiguranjike koji su tzv.prolazni. Ove se cijene odnose i na sekundarnu ,kao i tercijarnu zaštitu. Naše bolnice gube na svakom INO pacijentu.Radi se o jako velikim iznosima . Obzirom na HZZO sve refundira od ino osiguranja ,ne vidim nikakavog razlog da se to ne promjeni. Podvukla bih i nekorektnosu HZZO da nam smanjuju DTP kod velikog broja upisanih pacijenata . Nismo mi krivi što se timovi ukidaju pa pacijenti prepunjavaju timove.	zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.
162	Diana Mužić	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada	

		Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.	

		 Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
163	Zrinka Didak, dr.med.dent	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada	

		Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.	

		9. Za mene vrlo bitna stavka - želim postati, u skorije vrijeme, majka. Ne znam jeste li svjesni da uz sve troškove koji su nam nametnuti ja u minus moram ulaziti ne bih li pokrila kolegu kao zamjenu. Svi vrlo dobro znamo da posao stomatologa nije pogodan za razvoj djeteta u smislu neergonomskog položaja u kojem radimo, mikroorganizama u aerosolu kojem smo svakodnevno izloženi, velike količine krvi i da ne izostavimo stres što predmnijeva barem godinu i pol odsutnosti sa posla. Zaista ne znam odakle pokriti sve troškove? Zašto kolegice iz domova zdravlja, a i drugih zanimanja unutar primarne zdravstvene zaštite, nemaju takve brige? Vrlo demotivirajuće i financijski neodrživo.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
164	Spomenka Huis	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije	

		Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava	

		Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su "nagrađeni" sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
165	Maja Krakar dr. dent. med.	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici,	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora.	

		5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni	

		doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga. Sa štovanjem,	
166	Sergej Kuštera	U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike	

		i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
167	Petra Kertez	Poštovani, ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti. 2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije	

		Zabrana amalgama koja je bila planirala dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora. 5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7.Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava	

		Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranje zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj. 8.Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi.  Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
168	Suzana Posavčević, spec. obiteljske medicine	Pozdravljam promjene koje se uvode i u potpunostipodržavam prijedloge KOHOM-a i predlažem vraćanje postupaka fiz. th koje smo radli prije nekoliko godina i koji su nam ukinuti kao i akupunkturu s cijenama HLK.	Nije predmet ovog savjetovanja.

169	Antonela Majicvidovic	Poštovanje, Ne znam što su stomatolozi toliko skrivili da ih stavljate u ovakav položaj. Kao prvo, u Slavoniji(npr.), mi nemamo ni priliku zaraditi toliko nadstandarda bez obzira na znanje i iskustvo....Hvala Vam, nastavite krasti!	Nije predmet ovog savjetovanja.
170	Eleonora Mandžukić, dr.med.dent. Koleta Dogan Perak, dr.med.dent., Karmen Trogrlić Agata Nowak Bjelić dr.med.dent. Josip Krešo Ana Didović Jakopović Silvija Kovačević Lovrić dr.dent.med. Danijela Benkus, dr.med.dent. Natasa Mahic Ivan Šarić Davorka Mrkšić dr.dent.med	Poštovani, Ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, no u stvarnosti su vezani ugovornim odnosom u kojem HZZO jednostrano određuje ključne elemente poslovanja – opseg usluga, cijene, standarde rada i financijske limite – bez ikakvog stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja (prostor, oprema, materijal, zaposlenici, održavanje) u cijelosti su prebačeni na ugovorne doktore. Takav model predstavlja neravnotežu ugovornih strana i odstupa od temeljnih načela obveznog prava, uključujući načelo ravnopravnosti. U tom kontekstu posebno ističem sljedeće: 1. Sustavno financijsko podcjenjivanje rada Naknade koje HZZO isplaćuje za dentalne usluge u pravilu su višestruko niže od stvarnih troškova njihova izvršenja. U odnosu na minimalne cijene koje definira Hrvatska komora dentalne medicine, razlike dosežu 300–400 %, čime se rad doktora dentalne medicine institucionalno obezvrjeđuje. Posljedica je nemogućnost pokrića osnovnih troškova rada, izostanak ulaganja i postupna degradacija djelatnosti.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

	Dubravka Skenderović Marija Bunjevac Sobol,dr med.dent. Marijana Damjanović, univ.mag.med.dent. Dr.med.dent. Anja Zukanović Božo Lovrić, dr.med.dent Elizabeta Dukanović, dr. med. dent.	2. Neusklađenost financiranja s realnim troškovima Model financiranja (hladni pogon, glavarina i DTP) ne prati rast troškova rada, inflaciju niti tržišne cijene materijala i opreme, te kontinuirano povećanje plaća ugovornih dentalnih asistenata propisano od strane Ministarstva. Hladni pogon ne pokriva ni minimalne fiksne troškove poslovanja, dok glavarina i DTP ne reflektiraju stvarni opseg i složenost pruženih usluga. 3. Posljedice planirane zabrane amalgama bez financijske kompenzacije Zabrana amalgama koja je planirana dovela bi do obveznog korištenja skupljih i tehnički zahtjevnijih materijala, uz znatno dulje trajanje postupaka i povećane operativne troškove. Unatoč tome, nije bilo planirano da financijski model bude prilagođen novim standardima, čime se dodatno produbljuje nesrazmjer između obveza i naknade. 4. Nametanje materijalnih i tehničkih standarda bez pokrića HZZO propisuje obvezne materijale i postupke, dok istovremeno ne osigurava sredstva za njihovu nabavu. Time se sav trošak provođenja javno financirane zdravstvene zaštite prebacuje na privatne ugovorne partnere, što predstavlja očito odstupanje od načela pravične naknade i ravnoteže ugovora.	

		5. Sustav limita i “ladica” kao mehanizam neplaćenog rada Postojeći sustav obračuna usluga putem limita rezultira time da se dio stvarno izvršenih usluga ne priznaje niti plaća. Posebno problematična je praksa brisanja evidentiranih postupaka po isteku obračunskog razdoblja, čime se faktično poništava već obavljeni rad i briše evidencija o pruženoj zdravstvenoj usluzi. 6. Administrativno ograničavanje opsega rada DTP limiti i povezani obračunski modeli ne prate stvarne potrebe pacijenata, već umjetno ograničavaju opseg rada koji se može naplatiti. Time se sustavno potiče kvantitativni, a ne kvalitativni pristup zdravstvenoj zaštiti, uz istovremeno prebacivanje financijskog rizika na doktore. 7. Nejednak tretman unutar zdravstvenog sustava Ugovorni doktori dentalne medicine nalaze se u bitno nepovoljnijem položaju u odnosu na druge pružatelje zdravstvenih usluga (domove zdravlja, privatne poliklinike i dijagnostičke centre), osobito u pogledu financiranja, ugovorne fleksibilnosti i pristupa javnim sredstvima i investicijama. Nejednakost ugovornih doktora dentalne medicine posebno se ističe u odnosu na ugovorne doktore opće medicine, gdje uz jednako vrednovanu fakultetsku izobrazbu, a često i neusporedivo kompliciranije zahvate koje u svojim ordinacijama obavljaju, doktori dentalne medicine su “nagrađeni” sa manjim koeficijentom za obračun cijene usluga. Što, osim financijski, ima i moralno degradirajući utjecaj.	

		8. Pravna nesigurnost poslovanja i kontinuiteta djelatnosti Postojeći model ne prepoznaje kontinuitet djelatnosti u slučajevima promjene nositelja ordinacije ili pravnog oblika poslovanja, čime se ugrožava stabilnost rada, vrijednost ulaganja i kontinuitet zdravstvene skrbi. Ukupno gledano, postojeći ugovorni model dovodi do situacije u kojoj su ugovorni doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po uvjetima koji su ekonomski neodrživi i pravno upitni, pri čemu se teret funkcioniranja sustava u značajnoj mjeri prebacuje na same pružatelje usluga.	
171	Spec.ordinacija obiteljske med. dr Nensi Bilanović	Imam nekoliko sugestija ju svezi rada u obiteljskoj medicini PZZ .Svakako bi trebalo smanjiti broj osiguranika po timu lijecnika.	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.

		Patronažna služba bi mogla preuzeti neka administrativna opterećenja liječnika kao pisanje ortopedskih pomagala (trakica,pelena) jer je apsurdno da lijecnik specijalist obiteljske medicine umjesto da se posveti preventivi i liječenju broji pelene. DTP postupak bi svakako trebalo dodati ABI -mjerenje gležanjskog indexa za procjenu cirkulacije ,pretragu koju već popriličan broj lijecnika radi a ne može se prikazati. Predlažem da se ponovno oforme komisije HZZO za kontrolu bolovanja.	Nije predmet ovog savjetovanja Navedeni postupak uključen je u prijedlog Odluke. Nije predmet ovog savjetovanja.
172	Zvjezdana Goretić, spec.obiteljske medicine	Poštovani, Specijalista sam obiteljske medicine i imam ordinaciju u zakupu u Domu zdravlja Osijek. Osim mene, u zgradi još ima 8 ordinacija obiteljske medicine. Imam ugovoreno 1092 pacijenta, tako da ne ispunjavam minimum koji je potreban za ostvarivanje prava na isplatu novčanih sredstva za puni hladni pogon. Troškovi zakupa,režija i plaću sestre moram isplatiti u cijelosti, zato mi sredstva koja dobijem ne mogu zadovoljiti te troškove. Sve to isplacujem odricanjem od ostalih troškova tj.ulaganja u opremu ambulante i od vlastitog prihoda, koji bi mi po kolektivnom ugovoru za zdravstvo pripadao . Naime, u zadnje 2 godine mi osobni dohodak iznosi oko 1000 eura. Mislim da bi napokon trebalo promijeniti i ispraviti tu nepravilnost, jer su troškovi ordinacije koji bi trebali biti pokriveni hladnim pogonom jednaki za sve, bez obzira na broj pacijenata. Ja sam do sada radila u ordinaciji uz ovakve uvjete uz puno osobnog odricanja, ali mislim da mladi kolege koji ulaze u obiteljsku medicinu sigurno neće pristati na takve uvjete rada.	Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene

		Hvala na pažnji.	zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.
173	Nikica Marinić, dr.med.dent.	Predlažem da se u okviru primarne dentalne zdravstvene zaštite prepozna posebnost rada s osobama s poteškoćama, koje zahtijevaju znatno više vremena, prilagodbe pristupa, dodatni angažman tima te često i povećane materijalne troškove. Trenutno za ovu skupinu pacijenata ne postoji odvojeni DTP niti adekvatno financijsko vrednovanje, zbog čega trošak nadstandarda i složenijih terapijskih rješenja u najvećoj mjeri snose same dentalne ambulante. Kod osoba s poteškoćama često je otežano ili gotovo nemoguće provoditi učestale i kompleksne zahvate te je svaka uspješno ostvarena mogućnost za dugotrajnije i kvalitetnije terapijsko rješenje od iznimne važnosti. Ukoliko su ostvareni uvjeti za postavljanje trajnijeg i funkcionalno kvalitetnijeg rada, velika je šteta ne omogućiti takvo rješenje isključivo zbog administrativnih ili financijskih ograničenja, osobito imajući u vidu zahtjevnost ponavljanja zahvata kod ove skupine pacijenata. Stoga predlažemo uvođenje posebnog DTP-a odnosno dodatnog financijskog modela za osobe s poteškoćama u primarnoj dentalnoj zdravstvenoj zaštiti, kako bi se omogućila kvalitetna, dugotrajna i ravnopravna dentalna skrb bez prebacivanja tereta troškova na ordinacije. Predlažemo da se u zakonski prijedlog uvrsti ranije najavljeno smanjenje maksimalnog broja osiguranih osoba po timu dentalne medicine na 2090 pacijenata, budući da isto nije uneseno u aktualni tekst prijedloga zakona.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje navedenog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.

		Dentalna medicina predstavlja specifičan dio primarne zdravstvene zaštite u kojem kvaliteta rada izravno ovisi o vremenu koje doktor dentalne medicine može posvetiti svakom pacijentu. Trenutni broj pacijenata po timu značajno opterećuje ordinacije, otežava dostupnost termina, smanjuje mogućnost kvalitetnog preventivnog rada te povećava administrativno i organizacijsko opterećenje timova. Posebno treba istaknuti da se opseg i složenost rada u dentalnoj medicini kontinuirano povećavaju – od sve većih očekivanja pacijenata i administrativnih zahtjeva do rada s vulnerabilnim skupinama i provođenja kompleksnijih terapijskih postupaka unutar primarne zdravstvene zaštite. U takvim okolnostima zadržavanje previsokog broja pacijenata po timu dugoročno negativno utječe i na kvalitetu zdravstvene skrbi i na održivost sustava. Smanjenje broja pacijenata na 2090 po timu predstavljalo bi važan korak prema kvalitetnijoj, dostupnijoj i sigurnijoj dentalnoj zdravstvenoj zaštiti te bi doprinijelo ravnopravnijem položaju dentalne medicine unutar primarne zdravstvene zaštite.	
174	Dragan Soldo, spec. obiteljske medicine	Poštovana, Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora (HDOD HLZ) želi podržati prijedlog uvođenja dijagnostičko terapijskog postupka (DTP) ispunjavanja novog panela u obiteljskoj medicini pod nazivom: „Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje“ (u daljnjem tekstu „Panel“). HDOD-HLZ smatra da svakodnevni rad s panelom omogućuje sustavnu i strukturiranu skrb, upravljanje čimbenicima rizika za nastanak raka dojke, pouzdanu procjenu rizika te pravodobno prepoznavanje pacijentica s povišenim (umjerenim i	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

		visokim) rizikom kao i ranih simptoma raka dojke. Panel omogućuje pravovremeno i učinkovito usmjeravanje pacijentica kroz dijagnostički postupak do postavljanja dijagnoze i započinjanja liječenja, uz organizirano praćenje u okviru kontinuirane skrbi u ordinacijama obiteljske medicine. Panel je zamišljen kao sastavni dio zdravstvenog kartona pacijentica koji na jednom mjestu objedinjuje ključne elemente skrbi: rano prepoznavanje simptoma raka dojke uz jasno definiran hodogram postupanja, procjenu cjeloživotnog rizika obolijevanja od raka dojke, indikacije i algoritam za genetsko savjetovanje, reproduktivnu anamnezu, strukturirani pregled učinjenih probirnih i dijagnostičkih postupaka uz podsjetnike na predstojeće ili propuštene pretrage (mamografija, ultrazvuk, klinički pregled, biopsija/PHD), podatke o dijagnosticiranom raku (tip i proširenost bolesti) te edukativne materijale za liječnike. Posebno je važno da panel omogućuje praćenje odaziva na Nacionalni program ranog otkrivanja raka dojke i aktivnu komunikaciju s nadležnim koordinatorima za pacijentice koje se nisu odazvale programu. Panel je u cijelosti usklađen s hrvatskim smjernicama za radiološko dijagnosticiranje i praćenje bolesnica s rakom dojke, smjernicama za genetičko savjetovanje i testiranje na nasljedni rak dojke i jajnika te relevantnom recentnom literaturom, čime se osigurava standardiziran i stručno utemeljen pristup. Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. jasno naglašava ključnu ulogu liječnika obiteljske medicine, najčešće prve kontaktne točke u sustavu, osobito u prevenciji, identifikaciji osoba s povišenim rizikom i ranom otkrivanju raka. Ističe potrebu za ciljanim preventivnim aktivnostima, praćenjem rizičnih populacija, boljom koordinacijom između razina zdravstvene zaštite te osiguravanjem kontinuiteta skrbi kroz cijeli tijek bolesti. Akcijski plan za provedbu Strateškog okvira dodatno naglašava potrebu za povećanjem obuhvata probira, boljom identifikacijom ciljnih skupina,	

		standardizacijom postupaka, praćenjem kvalitete i ishoda te skraćivanjem dijagnostičkog puta kroz pravovremeno upućivanje i koordinaciju skrbi. Nastavno na navedeno, predloženi panel predstavlja konkretan alat kojim se navedeni ciljevi mogu operativno provoditi u svakodnevnoj praksi obiteljske medicine. Omogućuje strukturiran pristup, praćenje i evaluaciju postupaka, što je preduvjet za unaprjeđenje kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite, a u budućnosti može biti komunikacijska točka s drugim specijalnostima uključenim u dijagnostiku i liječenje raka dojke što bi liječnike obiteljske medicine učinilo pridruženim članovima multidisciplinarnog tima. Posebno želimo istaknuti važnu ulogu liječnika obiteljske medicine u prepoznavanju žena koje dobno nisu uključene ili se nisu odazvale Nacionalnom programu ranog otkrivanja raka dojke te njihovoj aktivnoj motivaciji i usmjeravanju u probir putem nadležnih koordinatora za NPP. Takvo aktivno uključivanje primarne zdravstvene zaštite i mjere usmjerene na povećanje odaziva jasno su predviđene Nacionalnim strateškim okvirom i njegovim akcijskim planom. Predloženi panel dodatno omogućuje sustavnu evidenciju i praćenje tih aktivnosti kroz kontinuirani rad s pacijenticama, čime se doprinos PZZ povećanju odaziva može jasnije pratiti i unaprijediti. Panel dodatno omogućuje sustavno praćenje rizičnih skupina izvan dobnih okvira populacijskog probira, uključujući mlađe žene s povišenim rizikom te žene nakon izlaska iz programa, čime se osigurava kontinuitet skrbi i ranije otkrivanje bolesti u populacijama koje nisu obuhvaćene standardnim probirnim modelom.	

		Uvođenjem DTP-a osigurava se i strukturirano te sustavno praćenje rada u ovom području, uz mogućnost evaluacije provedbe i ishoda, čime se doprinosi većoj ujednačenosti, transparentnosti i kvaliteti pružene zdravstvene zaštite. Slijedom navedenog, HDOD-HLZ smatra da predloženi postupak predstavlja opravdan i nužan iskorak u jačanju preventivne, dijagnostičke i koordinacijske uloge obiteljske medicine te u unapređenju ukupne skrbi za žene s rizikom za rak dojke. S poštovanjem,	
175	Vesna Tabak	Poštovani, Podržavam prijedloge koje je KOHOH uputio. Mada u cjelini sagledavši, nije se dovoljno uzelo u obzir rast cijena I usluga, službena inflacija, pa od momenta kada se predlagalo do sada proteklo je više od pola godine, a do realizacije još mjesec dva će proteći. Službena inflacija u tom period je 3,7% pa predlažem ukalkulirati je. Predlažem još nekoliko točki . 1. Liječnik specijalist savjetnik je specijalist duže od petnaest godina. U domu zdravlja liječnik specijalist savjetnik ima 10% veću plaću od specijaliste obiteljske medicine, koji nije specijalist petnaest godina. Na taj način se honorira iskustvo, manje upućivanja, bolji ishodi liječenja, manja potrošnja a budući su to često mentori, i mentoriranje. Kako bi se liječnici koji zadovoljavaju te uvjete, a u koncesiji su, izjednačili sa kolegama, predlažem adekvatno povećanja glavarine, za kolege koji su specijalisti duže od dvadeset godina, a u koncesiji su. 2. Liječnicima u koncesiji omogućiti refundaciju sredstava koja idu na redovito održavanje prostora u kojem koncesionar radi, malerija, čišćenje, povremeni elektro I vodoinstalaterski servisi, bojlera, rasvjete I sl. Zanavljanje računala za doktora I sestru, te povremeno usluge informatičara su također veliko financijsko opterećenje koncesionaru.	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		3. Predlažem visinu glavarine , kao i cijene DTP postupaka svaka tri mjeseca usklađivati, sukladno službenoj inflaciji . 1. Temeljno pitanje je: da li će vrednovanje rada u obiteljskoj medicini kroz ovo ugovaranje doživjeti samo kozmetičke promjene, ili se zaista ima volje i nešto suštinski promijeniti, uvažavajući okolnosti, vrijeme, preferencije mladih liječnika. Teško ćemo privući mlade liječnike u obiteljsku medicinu, dokle god liječnik obiteljske medicine, zbraja pelene, podmetače za krevet, test trake za određivanje glukoze u krvi, piše putne naloge, dok po neznam koji put printa zahtjev za Toplice jer je opet prošlo tri mjeseca, a sve se to može rješiti u nekom uredu hzzo-a, bez da pacijenti za to dolaze svom liječniku. 2. Standardni tim.. KOHOM predlaže 1450 pacijenata , standardni tim, s tim se slažem , ali vidjeli smo skoro kako se u susjednoj Sloveniji na upis u ambulantu čekalo cijelu noć, jer liječnika nema, a standardni tim je kod njih 1300 pacijenata.	Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Ne prihvaća se. Smatramo povećane od 50% realnim naročito u usporedbi istih s cijenama na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koji novčana sredstva ostvaruju isključivo ispostavljanje računa za provedene dijagnostičko-terapijske postupke dok ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse. Nije predmet ovog savjetovanja. Standardni broj osiguranih osoba po timu utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave .

		3. Prije gotovo petnaestak godina pojavilo se u okviru skupnih praksi horizontalno upućivanje, neki obiteljski liječnici se više nego drugi kolege bave endokrinologijom, neki kardiologijom, neki fizikalnom terapijom, pa sukladno preferencijama, u tom smislu, i svoje ambulante dodatno opreme,(onaj koga zanima kardiologija nabavi EKG, HOLTER tlaka, Holter EKG-a) a kolege im šalju pacijente putem horizontalnog upućivanja. To je dobar način da se veliki postotak pacijenata kvalitetno i brzo rješi u obiteljskoj medicini, bez daljnjeg upućivanja bolničkim specijalistima, i tako kompetencije stečene specijalističkim usavršavanjem dobivaju punu afirmaciju u praksi, te se na taj način struka osnažuje i čini atraktivnijom, pa u tom smislu predlažem horizontalno upućivanje dodatno proširiti, i poduprijeti kroz opremu , edukacije i bodovno vrednovanje . 4. Prema dosadašnjem pravilniku, u ambulanti u kojoj radi obiteljski liječnik, u svom prostoru, u suprotnoj smjeni može raditi također samo obiteljski liječnik. Često nema pacijenata na tom terenu za dva tima obiteljske medicine, Nije jasno zašto u suprotnoj smjeni ne može raditi npr. internista, dermarolog, oftalmolog. Budući su zadovoljeni prostorno tehnički uvjeti, a na taj način bi se podijelili troškovi režija. U domu zdravlja vidimo da se pored ambulante nalaze dućani sa ortopedskim pomagalima, pa su ugovoreni liječnici koji uslugu pružaju u svom prostoru u tom smislu diskriminirani, Ovo nije predmet Ugovaranja, ali je situacija česta u praksi, i zaslužuje reviziju.	Nije predmet ovog savjetovanja (točka 3. i 4.)
176	Mirjana Dmitrašinović dr.dent med	Poštovani, Molim da omogućite nama zakupcima u prostorima doma zdravlja ,nakon zakonskog odlaska u mirovinu omogućite da u tim prostorima nastavi raditi doktori dentalne medicine koje smo mi educirali i koji poznaju pacijente.Time bi pacijenti nastavili dolazit u isti prostor,radio bi im piznati mladi stomatolog a mi bi zakonski u tim ordinacijama mogli raditi na pola radnog vremena. Time bi svi bili na dobitku.Navodim,da zmo nažalost zbog prisilnog odlaska iz doma zdravlja(1998) i privatizacije mi osuđeni na mirovinu od 800-900€ nakon 43 godine radnog staža.Prisiljeni smo raditi i u dubokoj starosti jer s tom mirovinom ne možemo	Nije predmet ovog savjetovanja.

		preživjeti..Nažalost,nitko nas neće zaposliti u svojim privatnim ordinacijama.Omogućite nam da educiramo mlade doktore,da pacijente naviknemo na njih i da im mi našim iskustvomi znanjem pomognemo u vođenju ordinacije koja ima ugovor sa HZZO Zahvaljujem	
177	Ana Bucko	Poštovani Ovom prilikom se obraćam s nekoliko prijedloga u svrhu poboljšanja usluge u PZZ ZZŽ 1. Uvođenje posebne dtp vrijednosti za uslugu ultrazvučnog pregleda trudnica 11-13 tj (mini anomaly scan) i 19.-22.tj (fetalna morfologija), koji radimo svi ginekolozi u pzz, a taj dtp specificiran je samo bolničkim dtp-om. Tkđ da se isti računa kao vanlimitni postupak. 2. Uvesti vanlimitnu uslugu cijepljenja pacijentica protiv HPV-a 3. Povećanje plaćanje vanlimitne usluge UZV pregleda obje dojke na 36,00 eura u svjetlu ogromnih lista čekanja kako u PZZ-u tako i na bolničkoj radiologiji 4. Edukacija o pretilosti, dijagnostička obrada, edukacija o prehrani i liječenje - dtp postupak koji se posebno obračunava S poštovanjem	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.
178	Dr. Oguić Gordana.	Poštovani,	Nije predmet ovog savjetovanja.

		moram se osvrnuti na neadekvatno tretiranje doktora dentalne medicine u novom prijedlogu u Ugovora PZZ-a. Zar naša diploma nema isti stupanj obrazovanja kao diploma doktora medicine pa je naš rad tretiran s manjom vrijednošću boda. Isto tako ne mogu vjerovati da se po predloženim izmjenama Ugovora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nas ponovno degradira s manjim novčanim iznosom hladnog pogona nego u ambulantama obiteljske medicine ili ginekologije. Zar mi nismo obavezni poštivati isti kolektivni ugovor u obračunu plaća državnim službenicama koje zapošljavamo, kao da naše sestre nisu sestre i da mi nemamo troškove najma infektivnog i drugog otpada, najma i materijala koji je izuzetno skup, a da ne spominjem opremu i njeno održavanje koja nije ukalkulirana u troškove ordinacije. Mislim da su naši troškovi za bilo koju pruženu uslugu veći od drugih djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a HZZO više boduje mjerenje tlaka nego kompliciranu ekstrakciju zuba s separacijom što je vec kirurški zahvat u ustima. Žalosno je nepoznavanje i nepoštivanje našeg rada. Moderna dentalna ordinacija bez konstantnog ulaganja u opremu i edukaciju ne može zadovoljiti današnje dentalne postupke i zahtjeve pacijenata. Mislim da bi minimum trebao biti već 1300 pacijenata jer je to u gradovima već problem zbog sve većeg odljeva stanovnika. Materijali su poskupili 30-40%, a održavanje opreme isto. Eto ja sam za vađenje zaglavljenog svrdla u koljičniku platila 100eura, a kompozitni ispun je 35 eura već 10 godina. Mislim da struka, odnosno komora nije adekvatno zaštitila svoje članove, niti dovoljno ukazala na probleme u kojima se guše ugovorne ordinacije dentalne medicine. Mislim da struka odnosno HKDM nije adekvatno zaštitila svoje članove niti dovoljno ukazala na probleme ugovornih ordinacija dentalne medicine, na njihove troškove, a mala davanja od strane HZZO-a. Zaradom od nadstandarda, mi danas sufinanciramo usluge standarda našim pacijentima u nadi da će biti razumijevanja i dobre volje, da se još jednom razmisli i uvide naši problemi jer svima je zajednički cilj, bolja zdravstvena zaštita naših pacijenata.	Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Treba uzeti u obzir mogućnost naplate izvanstandardnih usluga, uključujući i kompozitne ispune na trajnim pretkutnjacima i kutnjacima za osigurane osobe iznad 18 godina starosti, koje nisu trudnice i dojilje. Zavod sklapa ugovore s ordinacijama koje su već opremljene u skladu s odredbama Pravilnika o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti te da Zavod ne plaća amortizaciju opreme Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.

		Srdačno pozdravljam,	
179	Dijana Ribić medicinska sestra	Poštovani, obraćam se kao medicinska sestra s više od 20 godina radnog iskustva u obiteljskoj medicini s ciljem davanja konstruktivnog doprinosa ovom savjetovanju. Svakodnevno vidim sve veće opterećenje i doktora i sestara. Pacijenti su sve kompleksniji, zahtjevi sve veći, medicina sve naprednija, nemoguće je da liječnik i sestra odrade sve što se od nas očekuje. Podržavam najavljeno povećanje ulaganja u obiteljsku medicinu, ali predlažem i sljedeće izmjene i dopune u Vašem prijedlogu, a u svrhu poboljšanja uvjeta rada i mogućnosti prikazivanja svega onoga što u ordinacijama svakodnevno radimo. 1. Potrebno je povećati osnovnu vrijednost DTP-a s predloženih 12 na 15 €, to bi bilo realnije i pravednije, a posebno bi se dostojno honorirao sav rad koji radimo za osiguranike stranih zemalja. 2. Potrebno je koeficijente svih DTP-a podići za minimalno 30% uz prethodni zahtjev podizanja osnovne vrijednosti DTP-a, tada bi cijena DTP-ova bila realnija i pravednija, uvažavajući i i liječnička i sestrinska znanja, kompetencije, iskustvo, opremu, vrijeme.	Ne prihvaća se. Smatramo povećane od 50% realnim naročito u usporedbi istih s cijenama na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koji novčana sredstva ostvaruju isključivo ispostavljanje računa za provedene dijagnostičko-terapijske postupke dok ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.

		3. Trebalo bi uvrstiti veći broj DTP-a u skupinu DTP-a koji se plaćaju u određenom postotku izvan limita (sada je to 10 ili 15%, ovisno o DTP-u), tu bi trebalo staviti DTP-ove koji zahtijevaju veća ulaganja u opremu, ali i ona za koja treba posebno znanje, veliko iskustvo, posebne kompetencije i kliničke vještine. Takvi DTP-ovi koji zahtjevaju i početno ulaganje u opremu, a i često konstantno ulaganje u potrošni materijal, održavanje i servisiranje kao i stalno dodatno ulaganje u znanje i vještine. Trebalo bi omogućiti da se takvi DTP-ovi posebno naplate, a to je moguće kroz vanlimitne DTP-e. Mjesečne limite obično premašujemo, a ne mogu se svi naplatiti. I onda se još krajem godine svi obrišu (nepravedno za sav uložen trud). Ispadne da ordinacija ima samo gubitak, ulaže se u opremu, potrošne materijale, servise, a ništa se ne vrati natrag: osobno na mene to djeluje jako demotivirajuće iako izrazito volim svoj poziv- jer biti sestra je kao i liječnik- POZIV, a ne samo zanimanje. 4. Treba povećati postotak za DTP koji se plaćaju u postotku izvan limita, taj postotak treba povećati s 10%/15% na 25%/40% ili objedinjeno na 40%. S tim u svezi pohvaljujem predloženo uvođenje novih DTP-a, ali i dodatno predlažem uvođenje DTP-a za vođenje panela kroničnog bolesnika za kroničnu bubrežnu bolest, uklanjanje dobroćudnih promjena kože. 5. Sva preventivna cijepljenja u ordinacijama obiteljske medicine koja se vrše izvan kalendara cijepljenja moraju se plaćati potpuno izvan svih limita. Prvenstveno se to odnosi na cijepljenja protiv gripe, korone, pneukomoka i hpv. To su cjepljenja koja se rade oportunistički, oduzimaju vrijeme (ne samo za cijepljenje, nego i za motivaciju pacijenta) i u jednu ruku predstavljaju preuzimanje nadležnosti, uloge i posla zavoda za javno zdravstvo, a radimo ih zato što ljudi nama vjeruju, kod nas dolaze i mi u tom oportunističkom cijepljenju imamo najbolje rezultate. Plaćanje ovog DTP-a izvan limita dovelo bi do veće motiviranosti primarne zdravstvene zaštite za provođenje svih ovih oportunističkih cijepljenja, a to bi pak dovelo do bolje procjepljenosti i manje bolesti i sveukupno manjeg troška za zdravstveni sustav. Koeficijent ovog DTP-a bi trebao biti barem 0.5.	Nije predmet ovog savjetovanja. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Nije predmet ovog savjetovanja.

		6. Kao medicinska sestra vadim krv već gotovo 20 godina. U tom periodu značajno je porastao broj vađenja krvi i to opravdano! Značajno je porastao broj onkoloških i hematoloških bolesnika, udio starije populacije i kroničnih bolesnika, bolesnika na biološkim terapijama ili drugim lijekovima radi kojih je potrebno češće kontrolirati krvnu sliku. Trenutni limiti ne prate stvarno stanje i taj limit treba povećati barem za 50%. 7. Budući da u našoj ordinaciji brinemo i za jako puno djece jako bi nam puno značilo kada bi se uvelo da možemo odrediti CRP (ali i toponimi i D-dimere za odrasle), shodno tome predlažem da se uvede i novi DTP za te usluge, naravno da se radi samo o inficiranih slučajevima i neka to doktori obrazlože u svojim nalazima, predlažem iznos koeficijenta 1. 8. Liječnici obiteljske medicine ne bi smjeli prekršajno niti materijalno odgovarati za propisivanje recepata, doznaka za pomagala i/ili uputnica koje nisu samostalno indicirali, već su indicirani od strane skzz specijalista. Neka napokon svatko sam odgovara za ono što indicira! 9. Potrebno je smanjiti administrativno opterećenje kao što isto predlažu liječničke udruge, prvenstveno KOHOM. 10. Sve ovo pišem kao medicinska sestra s bogatim radnim iskustvom koja obožava svoj posao, ali je postao jako jak zahtjevan i trebala bi i nama dodatna pomoć u vidu trećeg člana tima (najbolje med.sestra barem na pola radnog vremena ili administratora). U drugim zdr.ustanovama ima jako puno dodatnog osoblja pa tako i administratora. Obiteljsku medicinu treba ojačati kao temelj svakog zdravstvenog sustava. Zna se da se ulaganje u obiteljsku medicinu vrati sigurno najmanje duplo.	

		Stoga vjerujem da ćete prihvatiti ove moje prijedloge. Lp,	
180	Izidora Miser, dr.med.dent.	Poštovani, Ugovorni doktori dentalne medicine formalno djeluju kao samostalni pružatelji zdravstvenih usluga, dok u stvarnosti posluju u sustavu u kojem HZZO jednostrano određuje gotovo sve ključne elemente rada – cijene usluga, opseg prava, limite, standarde i način obračuna – bez stvarnog utjecaja druge ugovorne strane. Istovremeno, svi troškovi poslovanja i odgovornost za funkcioniranje ordinacija u cijelosti su prebačeni na doktore dentalne medicine. Posebno zabrinjava činjenica da se dentalna medicina kontinuirano vrednuje manje od ostalih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, iako doktori dentalne medicine imaju jednaku fakultetsku izobrazbu, visoku razinu odgovornosti te svakodnevno obavljaju složene i invazivne medicinske zahvate. Postavlja se pitanje temeljem kojih kriterija dentalna medicina ima niže koeficijente i niže vrednovane usluge od ostalih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. Dodatno zabrinjava planirano brisanje i premještanje pojedinih ključnih DTP postupaka, uključujući postupke koji su nužni za svakodnevni klinički rad. Istovremeno, i dalje nedostaju brojni osnovni i svakodnevni postupci, poput čišćenja karijesa, dok se u drugim granama medicine zasebno obračunavaju znatno jednostavniji postupci. Posebno je neprihvatljivo da pojedini složeni i invazivni zahvati u dentalnoj medicini budu vrednovani manje od osnovnih postupaka u drugim djelatnostima, primjerice da je vađenje zuba manje plaćeno od mjerenja krvnog tlaka. Takav sustav šalje poruku institucionalnog podcjenjivanja struke i rada doktora dentalne medicine.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima. .

		Troškovi poslovanja ordinacija posljednjih su godina drastično porasli. Rast cijena materijala, opreme, energenata i režijskih troškova višestruko nadmašuje povećanja koja HZZO priznaje kroz hladni pogon, glavarinu i DTP modele. Istovremeno su plaće zaposlenika, sukladno kolektivnim ugovorima i odlukama Vlade Republike Hrvatske, značajno rasle, dok ugovorne ordinacije dentalne medicine za ta povećanja ne dobivaju namjenska sredstva kao što ih dobivaju bolnice i domovi zdravlja. Financiranje ostaje paušalno i nedostatno čak i za pokrivanje osnovnih doprinosa i obveza. Također smatram nelogičnim da standardni tim i dalje nije usklađen sa stvarnim brojem pacijenata u ordinacijama, koji u prosjeku iznosi oko 1700 pacijenata po timu na razini Republike Hrvatske. Poseban problem predstavlja činjenica da sustav ne prati razvoj suvremene dentalne medicine. Moderne metode liječenja koje zahtijevaju skupu opremu i dodatnu edukaciju (poput strojne endodoncije, toplih tehnika punjenja kanala, rada uz endometar i suvremenih protetskih postupaka) nisu adekvatno valorizirane niti financijski prepoznate. Od doktora dentalne medicine očekuje se provođenje suvremenih standarda liječenja bez osiguranog financijskog pokrića. Ako HZZO nije u mogućnosti financirati određene metode i materijale, potrebno je omogućiti transparentnu nadoplatu iznad standarda za pacijente koji to žele. Dodatno ističem kako su protetski i endodontski zahvati, koji po svojoj složenosti pripadaju području specijalističke djelatnosti, praktički prebačeni na ordinacije opće dentalne medicine bez odgovarajuće specijalističke valorizacije i financiranja. Smatram da postojeći i predloženi model ugovaranja dugoročno ugrožava održivost ordinacija dentalne medicine, kvalitetu zdravstvene zaštite i dostupnost usluge pacijentima. Sustav u kojem su doktori dentalne medicine obvezni pružati javnu zdravstvenu uslugu po ekonomski	

		neodrživim uvjetima, uz kontinuirano povećanje obveza i smanjenje stvarne vrijednosti rada, nije dugoročno održiv niti pravno pravedan. Stoga tražim: – transparentno i ravnopravno redefiniranje modela ugovaranja, – usklađivanje cijena i DTP postupaka sa stvarnim troškovima i suvremenim standardima struke, – ravnopravan položaj dentalne medicine unutar sustava primarne zdravstvene zaštite - uključivanje predstavnika ugovornih ordinacija u donošenje svih budućih odluka koje izravno utječu na rad ugovornih ordinacija. S poštovanjem,	
181	Alma Kurc Bionda dr.med.spec.ob. med.	Prestankak kažnjavanja PZZ za ono što je prepisala SKZ. Povećanje limita za laboratorijske pretrage. Financijska naknada za liječnike koji su primili liječnike za rad pod nadzorom. Povećanje koeficijenta pojedinih DTP postupaka. L.p.	Nije predmet ovog savjetovanja. Ne prihvaća se. Smatramo povećane od 50% realnim naročito u usporedbi istih s cijenama na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite koji novčana sredstva ostvaruju isključivo ispostavljanje računa za provedene dijagnostičko-terapijske postupke dok ordinacije ugovorene u djelatnosti opće/obiteljske medicine ostvaruju

			novčana sredstva osim provođenjem dijagnostičko-terapijskih postupaka i osnovom hladnog pogona, glavarine, Qi, KPI te skupne prakse.
182	Viktorija Runac, dr.dent.med., spec.obit.dent.med	Poštovani, Ovim e-mailom bih željela ukazati na neke nepravilnosti koje se provlače kroz naš Ugovor, te dati sugestije kako da bude pravedniji. Prvo - nejednakost visine boda za primarnu i dječju djelatnost, koji su viši u odnosu na stomatološku. Koji je razlog za degradaciju stomatološke struke s obzirom da i laik zna koliki su naši troškovi od opremanja i servisiranja opreme pa do količine materijala koja nam je potrebna za kvalitetan rad u odnosu na ostale djelatnosti? Drugo - izbacivanje amalgama i zamjena sa stakleno ionomernim cementima. Nadam se da to ne ukida mogućnost nadoplate za kompozitne ispune na stražnjim zubima. Treće - uvođenje strojne obrade korijenskih kanala kao nadstandard. Četvrto - zahtjevanje da se povisi glavarina i hladni pogon u skladu sa inflacijom. Sve usluge - od knjigovodstva, informatičara, odvoza smeća, pa do cijena materijala i komunalija su rasle a naši prihodi nisu pratili taj rast. Od kuda da se pokrijemo? Peto - plačanje ekstra za specijaliste iz područja dentalne medicine pogotovo za spec.obit.dent.med po uzoru na to kako dobiva spec. obit. med.	Ne prihvaća se. Usporedbe modela financiranja različitih zdravstvenih djelatnosti na razini primarne zdravstvene zaštite nije moguća. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona i glavarine Zavod pokriva troškove medicinski indicirane dentalne zdravstvene zaštite u okviru ugovorenog standarda prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zavod pokriva troškove endodontskog liječenja zubi, neovisno o načinu obrade korijenskih kanala. Kadrovski normativ tima u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne predviđa mogućnost specijalista dentalne medicine.

		Zahvaljujem!	
183	Vasilja Žagar	Da se u stomatološkom timu standardni broj(1900) pacijenata spusti na 1700 pacijenata.Isto tako da se smanji potreban minimalan broj sa 1425 na 1250 kako je prije bilo. Da se financijski iznos hladnog pogona poveća odnosno barem izjednači sa hladnim pogonom koji imaju Opca medicina i ginekologija . S obzirom da imamo puno veća ulaganja u opremu i prostor i bitno veća financijska sredstva trošimo za edukaciju i razne tečajeve. Da se vrate šifre za postupke koje vise ne možemo evidentirati kroz DTP postupke(npr . kauterizacija gingivnog polipa , šivanje kod kompliciranog vadjenja. Da se uvede šifra za kiretažu parodontnog džepa. Da se možemo javljati na natječaje za decentralizirana sredstva na koje pravo imaju isključivo Domovi zdravlja da si možemo zanavljati opremu	Ne prihvaća se. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu.
184	Jasna Cupec	Poštovani, ovim putem želim ukazati na problem odredbe prema kojoj se ordinacijama dentalne medicine koje imaju manje od 1410 osiguranih osoba hladni pogon umanjuje za 50%. Smatram da takav model nije razmjeran stvarnim troškovima rada ordinacije niti odražava realno opterećenje timova dentalne medicine. Hladni pogon služi pokrivanju osnovnih fiksnih troškova rada ordinacije, uključujući:	Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza. Napominjemo kako ugovorni doktori koji se

		plaće doktora i dentalnog asistenta, režijske troškove, sterilizaciju i održavanje, administrativne i informatičke troškove, osnovno održavanje opreme. Navedeni troškovi postoje gotovo jednako neovisno o tome ima li ordinacija 1400, 1000 ili 700 pacijenata. Međutim, smanjenjem hladnog pogona za 50% nastaje značajan financijski nesrazmjer koji posebno pogađa takve ordinacije. Takve ordinacije u praksi bivaju financijski kažnjene samo zato što postoje i rade s manjim brojem pacijenata, iako upravo one često omogućuju kvalitetniju i dostupniju zdravstvenu zaštitu. Sustav ne bi smio biti usmjeren isključivo prema velikim ordinacijama s maksimalnim brojem pacijenata, jer fizički i psihički nije moguće dugoročno kvalitetno skrbiti o izrazito velikom broju ljudi bez pada kvalitete rada i povećanog profesionalnog opterećenja zdravstvenih djelatnika. Broj od 1410 pacijenata predstavlja administrativni pokazatelj, ali ne odražava stvarni vremenski i klinički kapacitet rada ordinacije niti kompleksnost pružene zdravstvene zaštite. Postojeći model u praksi stvara pritisak na povećavanje broja pacijenata radi očuvanja punog hladnog pogona, čime fokus sustava prelazi s kvalitete rada i vremena posvećenog pacijentu na samu kvantitetu upisanih osiguranika. Potrebno je uzeti u obzir i činjenicu da ordinacije s manjim brojem pacijenata često imaju više vremena za kvalitetan i temeljit rad s pacijentom. Timovi npr. s oko 700 pacijenata mogu posvetiti više vremena dijagnostici, preventivi, edukaciji i kvaliteti terapije, što je u interesu i pacijenta i zdravstvenog sustava. Sadašnji model, u kojem se takvim ordinacijama hladni pogon smanjuje za 50%, u praksi financijski kažnjava ordinacije koje mogu pružiti kvalitetniju i dostupniju zdravstvenu zaštitu.	nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

		Time se ne ugrožava samo održivost rada doktora dentalne medicine, nego posredno i kvaliteta skrbi koju pacijent prima, jer financijski pritisak smanjuje mogućnost ulaganja u opremu, održavanje i organizaciju rada ordinacije. Dodatno, potrebno je naglasiti da ordinacije dentalne medicine ovise o skupoj i specifičnoj opremi bez koje rad nije moguć. U slučaju kvara stomatološke stolice ili druge ključne opreme, rad ordinacije može biti potpuno zaustavljen, odnosno „pogon“ praktično staje 100%. Troškovi servisa i popravaka često su vrlo visoki te ih ordinacije sa smanjenim hladnim pogonom teško mogu pravovremeno financirati. Time se ugrožava kontinuitet pružanja zdravstvene zaštite pacijentima, posebno u sredinama gdje ne postoji dostupna zamjenska ordinacija. Upravo zato hladni pogon ne bi trebao biti sveden na administrativni broj pacijenata, nego prvenstveno služiti održavanju funkcionalnosti, sigurnosti rada i kontinuiteta zdravstvene zaštite u ordinacijama dentalne medicine. Predlažem ukidanje sadašnjeg modela naglog smanjenja hladnog pogona za 50% ispod praga od 1410 pacijenata te uvođenje postupnog i razmjernijeg modela korekcije. Primjerice: 100% hladnog pogona za ordinacije iznad 700 pacijenata, 85% hladnog pogona za ordinacije do 700 pacijenata, postupno daljnje smanjenje prema nižim razinama opterećenja, dok bi se 50% hladnog pogona primjenjivalo tek kod izrazito malog broja pacijenata, primjerice oko 500 pacijenata. Takav model bio bi pravedniji, realnije bi pratio stvarno opterećenje ordinacije i smanjio bi financijski pritisak na ordinacije koje objektivno ne mogu doseći administrativni normativ, a pritom uredno pružaju zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima.	

		Država bi trebala prepoznati da manji broj pacijenata ne znači nužno manju vrijednost rada, već u određenim okolnostima može omogućiti kvalitetniji, sigurniji i dostupniji pristup liječenju pacijenata. Uostalom, odgovornost države trebala bi biti kvalitetno održavanje zdravstvenog sustava koji može dugoročno i sigurno brinuti o zdravlju svojih stanovnika. S poštovanjem,	
185	mr.sc.Bojana Nikolić dr.med. Spec.obiteljske medicine DZ BBŽ, ambulanta obiteljske medicine u Čazmi	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata zainteresirana.javnost@hzzo.hr PREDMET: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju	

		kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: "Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima." Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika)	

		postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZOa koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za	

		unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI.	

		S poštovanjem	
186	Prim.mr.sc. Goran Todorović specijalist obiteljske medicine, glavni mentor	Požega, 05.05.2026. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata zainteresirana.javnost@hzzo.hr **PREDMET:** Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, pohvaljujem financijsko ulaganje u primarnu zdravstvenu zaštitu kao značajan iskorak za budućnost ove struke. Preko 30 godina sam radio i izrazito aktivno sudjelovao u razvoju primarne zdravstvene zaštite (upravni odbori stručnih organizacija, povjerenstva u Ministarstvu, preko 20 godina stručni suradnik - voditelj terenske prakse fakulteta u Zagrebu, upravni odbor Doma zdravlja, županijski savjet za zdravlje i ostalo) te bih stoga iznio i neke svoje prijedloge: 1. ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora 2. puni iznos hladnog pogona svima 3. ukidanje kažnjavanja na osnovu preporuka bolničkih liječnika te kontrola i kažnjavanje istih 4. omogućiti jednog administrativnog suradnika na dva ili tri tima , a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje 5. standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine 1500 osiguranika (što se predlaže unazad 30 godina), maksimalni 1900, minimalan 1000. 6. pohvaljujem povećanje koeficijenta, ali smatram da ima prostora za veći koeficijent 15,16 7. izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „ u	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38

		visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". za sve timove 1. standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% s obzirom na napredak medicine, stariju životnu dob i ostalo 1. Povećati limit za propisivanje lijekova za 100% 2. Povećati vanlimitne mogućnosti na 50% i na taj način omogućiti ulaganje u opremu, znanje i napredak struke 3. Omogućiti prijenos sredstava iz ladice dtp-a u slijedeću godinu 4. Povećati koeficijente pojedinih postupaka (obrazloženo od strane KOHOMA). Osim gore navedenog potrebno je : 1. administrativno rasteretiti liječnike i omogućiti da se bave strukom 2. napraviti "košaricu usluga" i ograničiti beskonačnu dostupnost Ideja vodilja svega ovoga je pridobiti nove kadrove u primarnu zdravstvenu zaštitu i stoga je potrebno u suradnji s Ministarstvom : 1. **dodatno financijski stimulirati zaposlenike domova zdravlja (sredstva iz dtp-a, vanlimitni postupci)** 1. **postaviti jasne odrednice o mogućnosti privatnih ugovornih odnosa s HZZO-om, jer je dosadašnja praksa pokazala da postoje značajne razlike ovisno o pojedinim domovima zdravlja i ravnateljima.** S poštovanjem,	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja
187	Ana Klir Klasić Dom zdravlja Osječko-baranjske županije	U Osijeku, 05.svibnja 2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr**	

		PREDMET: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, Na temelju Nacrta Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, u postupku savjetovanja s javnošću, iznosim svoje prijedloge za unaprjeđenje predloženih rješenja. Predloženi komentari i izmjene odnose se na dodatno usklađivanje i poboljšanje organizacije i financiranja primarne zdravstvene zaštite te su dani s ciljem njihove daljnje dorade i razmatranja. **1. Ukidanje odgovornosti liječnika obiteljske medicine za postupke indicirane od strane drugih liječnika u sustavu** Predlaže se omogućiti liječnicima sekundarne i tercijarne razine samostalno propisivanje terapije putem CEZIH sustava (e-recept), uključujući izdavanje terapije pri otpustu ili nakon pregleda, čime bi svaki liječnik odgovarao za vlastite indikacije. Time bi se izbjeglo neopravdano administrativno opterećenje i odgovornost liječnika primarne zdravstvene zaštite za tuđe odluke te omogućila transparentna kontrola svih propisivanja. **2. Uvođenje mogućnosti trećeg člana tima (zdravstveni suradnik) u tim obiteljske medicine** Zbog kontinuiranog porasta administrativnog i kliničkog opterećenja predlaže se uvođenje dodatnog člana tima radi rasterećenja liječnika i medicinske sestre, uz odgovarajuće povećanje sredstava za hladni pogon. **3. Smanjenje standardnog broja osiguranika po timu na 1450** Predlaže se redefinirati minimalan, standardni i maksimalni broj osiguranika (1000 / 1450 / 1900) radi realnijeg opterećenja timova i usklađenja s ukupnim brojem osiguranika i potrebnim brojem ordinacija. **4. Povećanje limita za laboratorijsku dijagnostiku za 100%** Zbog porasta kroničnih i onkoloških bolesnika te potrebe za redovitim praćenjem terapije, postojeći limiti nisu dostatni za kvalitetno zbrinjavanje pacijenata.	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38

		5. Izuzimanje postupaka po preporuci specijalista iz QI i KPI pokazatelja Lijekovi, antibiotici i laboratorijske pretrage propisani po preporuci specijalista ili kod neopredijeljenih pacijenata ne bi smjeli utjecati na pokazatelje kvalitete rada liječnika obiteljske medicine, budući da nisu rezultat njihove samostalne indikacije. **6. Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu za 20%** Potrebno je uskladiti cijenu rada s rastom troškova života, inflacijom i povećanim opterećenjem zdravstvenih djelatnika. **7. Uvođenje DTP postupka: vođenje panela kronične bubrežne bolesti** S obzirom na visoku prevalenciju kronične bubrežne bolesti i dostupne alate za probir i praćenje, potrebno je valorizirati strukturirano praćenje ovih bolesnika kroz DTP sustav. **8. Uvođenje DTP postupka: ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika** Standardizirani upitnici (npr. za kognitivne funkcije, depresiju, astmu, KOPB, kardiovaskularni rizik) zahtijevaju vrijeme i stručnu interpretaciju te ih je potrebno prepoznati kao zaseban postupak. **9. Uvođenje novog DTP postupka: repozicijski vestibularni manevar kod BPPV-a** Predlaže se uvođenje DTP postupka „repozicijski vestibularni manevar (Epley) kod benignog paroksizmalnog pozicijskog vertiga (BPPV)" kao postupka DTP razine 1, koji uključuje ciljanu anamnezu, izvođenje dijagnostičkog pozicijskog testa i provedbu terapijskog manevra uz davanje uputa bolesniku. Postupak zahtijeva dodatno vrijeme i specifične vještine te omogućuje pravodobno liječenje u ordinaciji obiteljske medicine, uz smanjenje potrebe za upućivanjem na specijalističku razinu. **10. Uvođenje novog DTP postupka: postavljanje medikamentozne trake u zvukovod** Predlaže se uvođenje DTP postupka „postavljanje medikamentozne trake (tampona) u zvukovod kod upalnih stanja vanjskog zvukovoda" kao postupka DTP razine 1, koji uključuje pregled, toaletu zvukovoda i aplikaciju lokalne terapije uz odgovarajuće upute bolesniku. Postupak predstavlja ciljanu terapijsku intervenciju koja zahtijeva dodatno vrijeme i vještinu te omogućuje učinkovito liječenje u ordinaciji obiteljske medicine i smanjenje potrebe za upućivanjem specijalistu. S poštovanjem,	

188	Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju, Pavla Šubića 9, 10 000 Zagreb	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Margaretska 3, 10 000 Zagreb PREDMET: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju njeguje dugogodišnje iskustvo suradnje s Ministarstvom zdravstva i Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje u donošenju Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Uvijek ima prostora za još bolju suradnju i uvažavanje specifičnih potreba djelatnosti za predškolsku djecu, u cilju poštovanja digniteta pedijatara, svi smo specijalisti, ali još više podizanja kvalitete zdravstvene zaštite naše djece za što svi snosimo odgovornost, kako nositelji zdravstvene zaštite, jednako tako i kreatori uređenja zdravstvenog sustava. Nismo u potpunosti zadovoljni predstavljenim Nacrtom Odluke, osobito na području preventivne djelatnosti što je temeljna zadaća primarnih pedijatara. Na sastanku u HZZO-u predložili smo razradu Panela prevencije prekomjerne tjelesne težine (Istraživanje COSI pokazuje da je oko 36% djece u dobi od 7-9 godina u Hrvatskoj pretilo, svako treće dijete) i zaštite mentalnog zdravlja (više od 50 000 djece i mladih u Hrvatskoj suočava se s mentalnim poteškoćama (unutar godinu dana broj djece s emocionalnim teškoćama u djetinjstvu povećao se za 298 %). Djeca se samoozljeđuju već od 4. razreda osnovne škole. Ove alarmantne činjenice pokazuju nužnost detekcije problema od najranije dobi i jačanje pravovremenih preventivnih mjera – ciljana i pravovremena prevencija prije sedme godine života djeteta temelj je zdravlja društva i višestruka ušteda za zdravstveni sustav. Vjerujem da ćemo daljnjom suradnjom ostvariti naše prijedloge u interesu zaštite zdravlja	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine

		djece, u konačnici cijelog društva. Preventiva u djetinjstvu višestruko se vraća u odrasloj dobi. Većina kroničnih bolesti vuče svoje korijene iz djetinjstva. Pohvaljujemo povećanje vrijednosti koeficijenta i veće prihodovanje ali moramo primijetiti i troškovi održavanja ordinacije su u porastu, da ne spominjemo troškove života i inflaciju koja je među najvišima u Europi. Smatramo da specijalist pedijatar posjeduje specifična znanja i vještine (gotovo svako treće dijete je neurorizično) stoga tražimo povećanje vrijednosti koeficijenta predviđeno Nacrtom, time ne umanjujući vrijednost obiteljskog liječnika. Predlažemo uvođenje novih DTP-a i preraspodjelu postojećih prema razinama (II, III razina) u cilju dodatnog prihodovanja, više kvalitete zdravstvene zaštite ali i rasterećenja sekundarne zdravstvene zaštite. Prema dosadašnjim kadrovskim normativima djelatnost predškolske djece premašuje dnevne limite 2-3 puta te predlažemo smanjiti standardni broj djece u skrbi na 850 što je već bilo dogovoreno i potpisano s HZZO-om 2011. godine! Smatramo da je sada prilika za ispravljanje nepravde koja traje već 15 godina. Minimalni broj 637, maksimalni broj 1063 uz jednaku vrijednost standardnog tima. I na kraju, želimo biti partneri u kreiranju zdravstvene politike na primarnoj razini jer najbolje poznajemo stanje u primarnoj pedijatriji, naše domete, izazove i snagu, sposobnosti iznalaženja rješenja i mogućnosti rješavanja, sve u cilju poboljšanja uvjeta rada što je temelj motiviranja mladih za specijalizaciju iz pedijatrije. Završila bih poznatim citatom da se vrijednost društva očituje odnosom društva prema najranjivijima, a to su svakako djeca, osobito ona prijevremeno rođena, djeca s neurorizikom, kronično bolesna djeca i djeca s teškoćama u razvoju. Najkompetentniji za sveobuhvatnu skrb o zdravlju djetetu je pedijatar, stoga opstanak primarne pedijatrije u javnom zdravstvu treba osobito njegovati, motivirati i adekvatno stimulirati. Prijedlozi za nadopunu Odluke o osnovama sklapanja ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja:	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima PED povećana je za više od 18% . Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u mreži kao i na način financiranja timova.

		1. Prijedlog: Predlažemo za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece smanjenje standardnog broja djece u skrbi s 950 na 850. Minimalni broj 637, maksimalni broj 1063. Obrazloženje: Svake godine se rađa sve manje djece ali su izazovi sve veći. Sve je više djece s odstupanjem u rastu i razvoju, kronično bolesne djece, siromašne i socijalno isključene djece. S trenutnim standardnim brojem pacijenata teško je ostvariti preventivni dio rada u skladu s vremenskim normativima koji su određeni Odlukom o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023-2026., a istovremeno poštujući tempo koji nalaže Provedbeni program obveznog cijepljenja. Sve je više sistematskih pregleda i broja cijepljenja. Kod rizične djece primjenjuju se dodatna cjepiva s liste B. Sve su brojniji zahtjevi roditelja za cijepljenjem fakultativnim cjepivima, dakle neobaveznim, po želji roditelja. Također, sve veći broj djece uključuje se u dječji kolektiv (obuhvat djece upisane u dječji vrtić dosegao je 88%) što podrazumijeva veću mogućnost zaraze i veći broj posjeta bolesne djece pedijatrijskim ordinacijama. Usprkos postojanju samoograničavajućih bolesti koje ne iziskuju posjet liječniku roditelji dolaze iz administrativnih razloga, izdavanje preporuka za bolovanje, ispričnice za izostanak , uz obavezan pregled djeteta. Vrlo često su upućeni još isti dan na pregled po uputama odgojiteljica. Preveliki broj pregleda i usluga opterećujući je za primarnog pedijatra, te se na specijalizaciju iz pedijatrije ne odlučuje dovoljan broj mladih liječnika. S druge strane postoji veća mogućnost nastanka incidenta ili neželjenih događaja s posljedicama. To je odgovornost svih nas, osobito onih koji organiziraju zdravstveni sustav. Administrativni poslovi, komunikacija telefonom, mailovima dodatno nam umanjuje vremenski prostor za što kvalitetnijom zdravstvenom zaštitom. 2. Prijedlog: Povećati udio DTP postupaka u odnosu na glavarinu, sa sadašnjih 110 -130% na 180 %. Obrazloženje: dobar dio naših usluga završi u ladici i krajem godine se otpisuje iz razloga jer limit nije realno postavljen. Pedijatrijske ambulante sa	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja.

		standardnim brojem osiguranika su prisiljene svakodnevno obraditi 2-3x više djece nego što je to predviđeno vremenskim normativima, što je neophodno da bi se održao pravovremeni cjepni obuhvat populacije, a hitne službe značajno rasteretile priljevom bolesne djece. Računi ispostavljeni na kraju mjeseca predstavljaju izvršen rad u pedijatrijskim ordinacijama. U travnju 2026 godine prilikom javnog predstavljanja paketa mjera za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite objavljeno je da će se timovima primarne zdravstvene zaštite isplaćivati sredstava do 160-180% DTP-a. Smatramo se diskriminiranima u odnosu na druge djelatnosti. Dokazali smo da su rashodi u primarnoj pedijatriji znatno veći u odnosu na druge djelatnosti te smatramo da se ta razlika treba očitovati u razmjerno većoj ukupnoj financijskoj konstrukciji. 3. Prijedlog Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi za **dobnu skupinu 0-7 godina** treba iznositi 29 eura. Obrazloženje: edukacija iz pedijatrije za vrijeme specijalističkog usavršavanja liječnika na specijalizaciji iz pedijatrije traje 5 godina. Neosporno je da je kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite djeci 0-7 godina najveća upravo u pedijatrijskim ordinacijama (što uvjetuje značajno manje upućivanja djece na konzilijarne specijalističke preglede i prema hitnim pedijatrijskim službama, stvaranje većeg povjerenja u liječnika od strane roditelja, provođenje sveobuhvatnijih preventivnih mjera – cijepljenje dodatnim cjepivima, nadzor i praćenje djeteta s odstupanjem u razvoju, brojna savjetovanja specifična za dojenačku dob). Vjerujemo u HZZO i Ministarstvo zdravstva, i nadamo se da će prepoznati naše specifičnosti i značaj u funkcioniranju rada primarne zdravstvene zaštite. 4. Prijedlog U djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece priznati djecu dobne skupine 14-18 godina uz godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi za glavarinu od 10,18 eura	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima PED povećana je za više od 18% . Nije predmet ovog savjetovanja.

		Obrazloženje: dobna skupina 14-18 godina koja je ostala do te dobi u pedijatrijskim ordinacijama su: ili teži kronični bolesnici (djeca s malignim bolestima, teškim cerebralnim paralizama, šećernom bolesti tip 1, složenim srčanim greškama, djeca s kromosomskim anomalijama, djeca s težim razvojnim odstupanjima iz spektra autizma) ili oni koje roditelji ne žele ispisati iz naših ordinacija unatoč našim molbama da ih prebace kod obiteljskog liječnika. Prema roditeljima djece starije od 14 godina (koja ne boluju od teške kronične bolesti) HZZO bi trebao sustavno slati upozoravajuće dopise s molbom za ispis prema obiteljskim liječnicima. Međutim, oni koji unatoč tome ostaju u našim ordinacijama, moraju nam biti priznati u ukupan broj pacijenata, i shodno tome plaćeni za uslugu pružanja primarne zdravstvene zaštite. Podsjećamo, ova dobna skupina koja se nalazi u našim ordinacijama nema drugog liječnika primarne zdravstvene zaštite za cjelokupnu kurativu osim nas. Osiguranici su Vašeg Zavoda i stoga tražimo od Vas kao našeg ugovornog partnera da ih, shodno tome, priznate kao nama opredijeljene osobe. Sredstva za plaćanje njihove skrbi su osigurana! 5. Prijedlog Broj uputnica za upućivanje u biokemijski laboratorij povećati za 150%, i obračunavati na godišnjoj razini umjesto na mjesečnoj. Obrazloženje: u doba sve sofisticiranijih dijagnostičkih metoda primarna zdravstvena zaštita ne može se osloniti samo na stetoskop i svojih 10 prstiju. Hematološke pretrage nam uveliko pomažu u manjem upućivanju djece na obradu u SKZ čime se štedi na troškovima dijagnostike i rasterećuje SKZ. Sve manje djece se hospitalizira, liječe se putem Dnevne bolnice, te se vrlo brzo prebacuju u našu skrb te je potreba za kontrolnim vađenjem krvi povećana. 6. Prijedlog: Prosječan iznos za potrošnju lijekova povećati za 100%, uz obračun na godišnjoj razini umjesto mjesečne . Obrazloženje: lijekovi su sve skuplji, osobito za kronične pacijente, na potrošnju ne možemo uvijek utjecati, pišemo recepte po uputi SKZ.	Obavijest o potrebi ispisa iz pedijatrijskog tima periodički se dostavljaju roditeljima/skrbnicima djece. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		Predlažemo da korektivni faktori za pedijatriju budu sljedeće bolesti: alergijski rinitis, atopijski dermatitis i nespecifični kronični bronhitis. 7. Prijedlog: Omogućiti kombinaciju DTP-a (PD021i/ili PD107 s PD001 ili PD002) Obrazloženje: uz pregled treba omogućiti priznavanje drugih usluga koje se obavljaju a prethodile su pregledu. Npr. roditelji pošalju mail. Zahtjevi su prekomplicirani te sugeriramo da zovu telefonom, nakon razgovora pozivamo ih u ordinaciju na pregled. 8. Prijedlog: Uvođenje novog DTP-a: cijepljenje po želji roditelja dodatnim neobaveznim cjepivom, Koeficijent 1, vanlimitni 10%, II. razina Obrazloženje: sve više je zahtjeva za cijepljenjem po želji roditelja, izvan okvira obaveznih cjepiva. Predstavljen je prijedlog B liste cijepljenja od strane epidemiologa koji daje preporuku da svako dijete cijepimo fakultativnim cjepivom a trošak cjepiva će ići na teret HZZO-a. Vjerujemo da će time obuhvat biti veći od dosadašnjeg. Prema novom prijedlogu HZJZ-a fakultativna cjepiva iz Programa 2 bi se pisala na recept. Ukoliko prijedlog bude prihvaćen, molimo da se ti recepti ne računaju u potrošnju ordinacije. 9. Prijedlog: Uvesti novi DTP: probir na autizam (uz korištenje standardizirane probirne ljestvice) vanlimitni 15%, koeficijent 3 Obrazloženje: sve je više djece s odstupanjem u razvoju. Zbog pravovremene dijagnostike i što ranijeg uključivanja u tretman rane intervencije potrebno je utvrditi alate za otkrivanje kako bismo objektivizirali stanje i roditelje uvjerili da razvoj njihovog djeteta nije u skladu s očekivanim te im je neophodna dodatna stručna pomoć. 10. Prijedlog: Uvesti novi DTP: vođenje Panela razvojnih odstupanja predškolskog djeteta K 1.5, razina II. , vanlimitni 10% (uvođenje novog Panela ne mijenja dosadašnji uvjet za maksimalni QI tj.predlažemo da je za maksimalni QI dovoljno ispuniti 2 od 3 Panela).	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljnu stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		Obrazloženje: s obzirom na brojna razvojna odstupanja, značajan porast odgoda upisa djece u školu i porast specifične razvojne problematike školske djece, nužan je sistematiziraniji pristup detekciji smetnji u najranijoj dobi i evaluacija prikupljenih podataka kako bi se kvalitetnije i pravodobnije pristupilo rješavanju ovog gorućeg problemu. 11. Prijedlog: Povećati koeficijent postojećih DTP-a vođenja Panela kroničnih pacijenata (PD173 i PD170) na koeficijent 1 Obrazloženje: sve je manje vremena u ordinaciji koje uspijevamo izdvojiti za praćenje kroničnih pacijenata koji traže kvalitetniju uslugu uz kompleksnija i dulja savjetovanja. 12. Prijedlog: Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD163 na koeficijent 1.7 Obrazloženje: to je prvi kontakt s novonastalim roditeljima djeteta, uključuje obilje savjetovanja – dolaze u ordinaciju s popisom od prosječno 10-20 pitanja, također stvara prvi dojam o liječniku koji će im liječiti dijete, to je ujedno i prvi pregled novoopredijeljenog pacijenta) 13. Prijedlog: Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD160 na koeficijent 1.5 Obrazloženje: preventiva se mora ojačati - to dovodi do kvalitetnijeg i zdravijeg društva u cjelini– jedan od gorućih problema zdravstva je borba s porastom broja necijepitelja,; promoviranje cijepljenja zahtijeva vrijeme, kao i procjena odstupanja u razvoju, savjetovanje roditelja uz pokazivanje vježbi – na sistematskim pregledima sveobuhvatno sagledavamo pacijenta sa svim odstupanjima. Ovdje postoji mogućnost pokazivanja razvojne terapije – za čime je velika potreba u populaciji dojenčadi, dok su liste čekanja preduge. Djetetu su vježbe potrebne odmah kad se primijeti odstupanje u razvoju, a lista čekanja na razojnu fizikalnu terapiju je prosječno oko 5 mjeseci. Otvoriti	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljnu stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		mogućnost da se ovaj DTP kombinira s novim DTP -pokazivanje razvojne terapije po Bobathu ili Vojti. 14. Prijedlog: DTP PD162 : povećati koeficijent i preimenovati ga u „Sistematski pregled djeteta s teškom kroničnom bolesti“ koeficijent 1.5 Obrazloženje: za vrijeme pregleda kroničnog pacijenta obavlja se uvid u sve novije nalaze subspecijalističkih pregleda, savjetuje liječnik roditelja uz holistički pristup pacijentu, otklanja nejasnoće oko liječenja, približava roditelju problematiku djetetove kronične bolesti – ovo je osobito značajan pregled koji iziskuje vrijeme kako bi roditelj stekao povjerenje u liječnika i češće mu dolazio – naime, često svjedočimo da nas teški bolesnici zaobilaze 15. Prijedlog: Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD161 na koeficijent 1.3 Obrazloženje: sistematski pregled predškolskog djeteta od 3. do 6. godine značajan je zbog praćenja djetetovog razvoja. Danas svjedočimo sve većem porastu djece s odstupanjem u razvoju. Oko 10% djece rađa se s rizikom, u pedijatrijskim ordinacijama čak 30% djece ulazi u grupu rizičnih). Po svojim kompetencijama pedijatar ima središnju ulogu u prepoznavanju ove grupe pacijenata, usmjeravanju istih na preglede i terapije kroz zdravstveni sustav kao i kroz sustav socijalne skrbi**. U okviru formirajućih timova za ranu intervenciju u djetinjstvu pedijatar će imati značajnu ulogu.** Za opisani model potrebno je vrijeme koje možemo izdvojiti jedino tijekom naše preventive - obaveznih sistematskih pregleda. Svakako otvoriti mogućnost da se ovaj DTP kombinira s DTP-probir na autizam. 16. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: pokazivanje razvojne terapije po Bobathu ili Vojti (potreban certifikat o završenom tečaju) , razina III., u 15% vanlimitnih postupaka, koeficijent 1.5	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je

			Obrazloženje: odstupanja u psihomotornom razvoju uočavaju se u sve većem broju dojenčadi. Liste čekanja kod fizijatra i na razvojnu fizikalnu terapiju su preduge, brojna lakša odstupanja mogu biti riješena na razini primarne zdravstvene zaštite, kako bi se potrebitijima omogućio brži i pravodobniji pristup sekundarnoj razini zdravstvene skrbi. Veća dostupnost usluga na primarnoj razini, uz rasterećenje sekundarne razine, ušteda je za zdravstveni sustav. – mogućnost kombiniranja s DTP-ima sistematskih pregleda dojenčadi i male djece	prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.
			17. Prijedlog Postojeći PD212 (Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka) premjestiti u 15% vanlimitni postupak (po uzoru na druge djelatnosti), uz porast koeficijenta na 0.7 Obrazloženje: riječ je o složenom postupku koji se primjenjuje isključivo kod stabilizacije pacijenta značajno narušenog zdravstvenog stanja, često nakon inhalacije procjenjujemo hoćemo li pacijenta uputiti na bolničko liječenje (ako ga ne uspijemo stabilizirati). S druge strane, dodatno je otežan postupak kod male djece zbog nemira djeteta, stoga su često potrebne 2 osobe koje dijete drže 10 minuta trajanja inhalacije. Najčešće inhaliramo upravo djecu do 3. godine (jer su u prvim godinama života najčešće prisutni recidivirajući bronhitisi) koja zahtijevaju hitnu stabilizaciju zdravstvenog stanja.	Nije predmet ovog savjetovanja.
			18. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: pregled akutnog neopredijeljenog pacijenta neovisno o sjedištu izabranog liječnika, razina I., koeficijent 1.5 Obrazloženje: često nam na vrata dolaze pacijenti drugih liječnika kojima zbog težine zdravstvenog stanja moramo pružiti zdravstvenu uslugu. Obzirom da je riječ o neodgodivosti pružanja zdravstvene usluge, što znači da pacijenta moramo „ubaciti“ na pregled (i često opservirati) između svih naših naručenih pacijenata, tražimo više vrednovanje pregleda u odnosu PD001. Štoviše, pregled je složeniji i zbog činjenice da pacijenta ne poznamo i nemamo uvid u njegov zdravstveni karton.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		19. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: prvi pregled novoopredijeljenog pacijenta, razina I., koeficijent 1.5 Obrazloženje: pregled zahtijeva značajno više vremena obzirom na nepoznavanje pacijenta, često djeca imaju već brojne zdravstvene tegobe uz multidisciplinarno praćenje brojnih subspecijalista. Također, pregled traje duže zbog nesigurnosti djeteta koje tek upoznaje novo okruženje ordinacije i osoblja. 20. Prijedlog: Uvođenje novog DTP-a: naručivanje pacijenta na SKZZ (pregledi i dijagnostika), razina I., koeficijent 0.38 (molimo da ga zdravstveni sustav automatski zabilježi nakon izvršenja narudžbe radi administrativnog rasterećenja medicinske sestre) Obrazloženje: naručivanje pacijenata na pretrage značajno oduzima vrijeme liječniku i sestri. Ponekad, nakon izvršene narudžbe, pacijent javlja da mu zakazani termin ne odgovara i traži da ga naručimo u neki drugi. Također, smatramo da su liječnik specijalist pedijatrije, a i pedijatrijska medicinska sestra preeducirani za obavljanje poslova naručivanja pacijenata. Pedijatri rade s mladom populacijom (roditelji naše djece pripadaju generaciji koja je informatički pismena) koja se služi digitalnim alatima spretnije od njih samih. Molimo da se u skorijoj budućnosti pedijatrijske ordinacije rasterete ovog posla! 21. Prijedlog Povećati koeficijent PD206 (krioterapija do 3 mjesta) na koeficijent 1.5, III. razina, u 15% vanlimitnih postupaka Obrazloženje: specifična terapija za koju je potrebna značajna edukacija i ulaganja u opremu provodi se na djetetu koje je u spomenutom postupku izrazito nemirno i otima se. Mogućnost pogreške uz spaljivanje okolne kože je visoka.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		22. Prijedlog PD300 (UZV kukova) prebaciti u preventivne postupke, uz podizanje koeficijenta na 2.5, razina 3, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka uz limit 40% DTP-a Obrazloženje: onaj tko je uložio financijska sredstva u opremu i edukaciju i svakodnevno radi UZV, značajno podiže razinu usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, rasterećuje i smanjuje liste čekanja na sekundarnoj razini te donosi uštede za zdravstveni sustav. Ovim prijedlogom podižemo razinu dostupnosti pretrage koja je obavezna za svako novorođenče u Hrvatskoj.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		23. Prijedlog Podizanje koeficijenta PD302 (UZV pojedinog organa- abdomen, pluća) na koeficijent 3, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka koji su bez limita – onaj tko je uložio velika financijska sredstva i osobno vrijeme u edukaciju i opremu i svakodnevno ga radi uz frekventan posao pedijatrijske ordinacije i time značajno rasterećuje sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, zaslužuje da mu se uloženo financijski vrati. Napominjemo da je u javnoj objavi paketa za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite naglašen upravo dugoročni cilj da se uložena financijska sredstva ostvare kroz edukaciju, opremu i preusmjeravanje dijagnostičkih postupaka sa sekundarne na primarnu razinu.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		24. Prijedlog Podizanje koeficijenta PD301 (UZV mozga) na koeficijent 3.5, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka koji su bez limita –Obrazloženje isto kao pod točkom 24. Sve je više djece s razvojnim odstupanjima koja zahtijevaju dodatnu obradu i koja se upućuju na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite i povećana potreba za takvom vrstom dijagnostike sve je prisutnija.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		25. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: brzi antigenski test na RSV/Adenovirus/BHS-A: cijena 10 eura (test nabavlja ordinacija), izvan limita.	Nije predmet ovog savjetovanja.

		Obrazloženje: brza dijagnostika kroz ordinaciju značajno smanjuje broj upućivanja prema laboratorijskoj dijagnostici i hitnim službama, ali i značajno smanjuju potrošnju antibiotika. 26. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: Prvi pregled djeteta mlađeg od 3 godine, koeficijent 1.3 Obrazloženje: dijete je nemirno, ne može verbalizirati tegobe, samo auskultacija pluća traje dvostruko duže nego kod starijeg djeteta) 27. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: kontrolni pregled djeteta mlađeg od 3 godine, koeficijent 0.83 Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 23. 28. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: otoskopija djeteta < 3 godine , koeficijent 0.5 Obrazloženje: nemirno dijete uz sitne strukture zvukovoda otežavaju postupak koji puno duže traje nego kod starije djece 29. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: odstranjivanje šavova i metalnih kopči djeteta < 3 godine, koeficijent 0.91 Obrazloženje: nemir djeteta značajno otežava postupak 30. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: obrada površinskih i manjih rana (šivanje/steristrip i previjanje) kod djeteta <3 godine, koeficijent 1.76 Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 26. 31. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: incizija gnojnih procesa kože kod djeteta < 3 godine, razina I., koeficijent 1.25 Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 26.	Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		32. Prijedlog Uvođenje novog DTP-a: mjerenje krvnog tlaka, I. razina, koeficijent 0.7 Obrazloženje: riječ je o postupku koji provodimo, ali ga ne možemo prikazati kao obavljen rad 33. Prijedlog Predlažemo promjenu zakonske regulative (Pravilnik o načinu izbora doktora primarne zdravstvene zaštite, NN 8/2024) kojom je pedijatar u PZZ obvezan u tim upisati novorođenče iako ima više od maksimalno dozvoljenog broja opredijeljenih osiguranika. Obrazloženje: represivni mehanizam gore navedenog pravilnika dovodi do sagorijevanja i posljedičnog gašenja pedijatrijskih ordinacija koje su prisiljene svakodnevno raditi s 4-5x većim brojem pacijenata od propisanih normativa. Ako na nekom području nema drugog pedijatrijskog tima osim onog s već maksimalnim brojem upisane djece, predlažemo da HZZO upućuje novorođenčad ili prema liječnicima obiteljske medicine na tom području ili prema prvoj sljedećoj pedijatrijskoj ordinaciji koja NEMA maksimalni broj opredijeljenih osiguranih osoba u svom timu (dakle nije crveni tim) Prijedloge pripremio UO Hrvatskog društva za preventivnu i socijalnu pedijatriju S poštovanjem	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Nije predmet ovog savjetovanja.
189	Marta Čuljak, dr.med	U Sl. Brodu 05.05.2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje**	

		Savjetovanje s javnošću u postupku **donošenja općih akata** zainteresirana.javnost@hzzo.hr **PREDMET: Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o** osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, S ciljem poboljšanja uvjeta rada te dugoročnog napretka primarne zdravstvene zaštite iznosim Vam redom svoje prijedloge kako slijedi: **1. PRIJEDLOG:** Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važeneodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavljaanekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo daje apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. **2. PRIJEDLOG:** Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Naime, tražimo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi	

		liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. Da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **3. PRIJEDLOG**: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog	

		zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima." Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. **4. PRIJEDLOG:** Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi.	

		5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. **6. PRIJEDLOG**: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja	

		zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. **7. PRIJEDLOG**: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, alipovišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. **8. PRIJEDLOG:** Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. **9. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100%	

		OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. **10. PRIJEDLOG**: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. **11. PRIJEDLOG:** U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj	

		skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. **12. PRIJEDLOG:** Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture	

		ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. **13. PRIJEDLOG:** U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (proširenі pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press- konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić.	

		14. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika. **15. PRIJEDLOG:** Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je	

		najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. **16. PRIJEDLOG**: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. **17. PRIJEDLOG**: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama.	

		18. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. **19. PRIJEDLOG:** DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. **20. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno	

		napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. **21. PRIJEDLOG:** DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP- a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente.	

		Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. **22. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. **23. PRIJEDLOG**: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd.	

		Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. **24. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **25. PRIJEDLOG:** Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP- ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra	

		OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. **26. PRIJEDLOG:** Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. **27. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. **28. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno	

		podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. **29. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. **30. PRIJEDLOG:** Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu(spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. **31. PRIJEDLOG**: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio nevjerojatno podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji	

		postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. **32. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. **33. PRIJEDLOG:** Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. **34. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda.	

		35. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine. **36. PRIJEDLOG** Izmjena roka vremena važenja uputnica OBRAZLOŽENJE Obziroma na duge termine čekanja, ponekad se s trenutnom uputnicom ne može „dočekati" traženi termin npr UZV dojke koji je potrebno čekati U OB i preko 2 godine, pri tome se moraju izdati nove uputnice. Time se usporava rad, te također ruši kvaliteta rada obzirom da se za neke pretrage, kontrole i slično time puštaju duple uputnice. Predlažem da svaka uputnica na koju je pacijent naručen na termin u SZZ dok god se ona ne iskoristi bude važeća bez roka od 365 dana. **37. PRIJEDLOG** Prestanak financijskog kažnjavanja za izvršene usluge OBRAZLOŽENJE Prestanak tretiranja LOMa i određenih odrađenih usluga kao učinjene štete zavodu, npr u vidu puštanja lijeka dok je pacijent u bolnici (osobito kada ne stigne obavijest u informatičkom sustavu), gdje je pacijent primjerice zatražio lijek tokom hospitalizacije, te isti redovno nastavio koristiti po otpustu pri čemu evidento nema smisla da je učinjena šteta jer je pacijent isti lijek nastavio uredno i redovno trošiti po izlasku iz bolnice. Isto tako, prilikom izvršavanja kućne posjete gdje se zbog pacijentovog lošeg općeg stanja mora kontaktirati npr HMP, pacijent potom bude hospitaliziran istog dana, ali zbog „preklapanja računa" se za uslugu financijski	

		kazni liječnika koji je zapravo lege artis pregledao svog pacijenta, odradio kućnu posjetu i trebao bi istu uredno moći i naplatiti. S poštovanjem	
190	Hrvatski savez dijabetičkih udruga Predsjednik Hrvatskog saveza dijabetičkih udruga Davor Bučević, prof.; mr. oec.	u prilogu dostavljamo očitovanje Hrvatskog saveza dijabetičkih udruga vezano uz javno savjetovanje o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. U dokumentu iznosimo podršku prijedlozima Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, s naglaskom na važnost jačanja primarne zdravstvene zaštite u skrbi za osobe sa šećernom bolešću. Molimo Vas da razmotrite dostavljene prijedloge te se očitujete u najkraćem mogućem roku. Stojimo na raspolaganju za dodatna pojašnjenja i otvoreni smo za daljnju suradnju. Srdačno, Zagreb, 06.05.2026. **Zamolba: Doprinos Hrvatskog saveza dijabetičkih udruga javnom savjetovanju o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja** Poštovani, Hrvatski savez dijabetičkih udruga podržava prijedloge Koordinacije hrvatske obiteljske medicine koji su izravno važni za kvalitetniju, dostupniju i pravovremenu skrb za osobe s dijabetesom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Osobe sa šećernom bolešću svakodnevno ovise o dobro organiziranoj, dostupnoj i stručnoj skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Liječnici obiteljske medicine pritom	Vezano uz primjedbe i prijedlog KOHOM-a upućujemo na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		imaju ključnu ulogu u ranom prepoznavanju komplikacija, redovitom praćenju kronične bolesti, propisivanju terapije, laboratorijskoj obradi i pravovremenom upućivanju prema specijalističkoj skrbi. Posebno podržavamo sljedeće prijedloge KOHOM-a i smatramo da je njihovo prihvaćanje od velike važnosti za osobe s dijabetesom u Hrvatskoj: 1. **Uvođenje i valorizaciju DTP-a za vođenje panela kroničnog bolesnika – kronična** **bubrežna bolest.** Kod osoba sa šećernom bolešću kronična bubrežna bolest jedna je od najvažnijih i najskupljih komplikacija. Sustavno praćenje bubrežne funkcije, uključujući eGFR i albumin/kreatinin omjer u urinu, mora biti dostupno i jasno organizirano u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rad liječnika obiteljske medicine na ranom otkrivanju i praćenju bubrežnog oštećenja treba biti odgovarajuće vrednovan. 2. **Bolju valorizaciju DTP-a za uvođenje inzulinske terapije.** Uvođenje inzulinske terapije nije administrativni postupak, nego složena medicinska odluka koja zahtijeva znanje, vrijeme, edukaciju pacijenta, procjenu rizika od hipoglikemije i daljnje praćenje. U okolnostima dugih lista čekanja za dijabetologe, liječnici obiteljske medicine mogu imati važnu ulogu u pravovremenom započinjanju inzulinske terapije, ali taj rad mora biti realno vrednovan. 3. **Povećanje limita za primarnu laboratorijsku dijagnostiku.** Kvalitetna skrb za osobe s dijabetesom nije moguća bez redovitog laboratorijskog praćenja. To uključuje HbA1c, kreatinin/eGFR, lipidogram, jetrene enzime, urin i albumin/kreatinin omjer. Premali laboratorijski limiti nisu stvarna ušteda, nego odgoda dijagnostike i veći rizik od kasnijih, težih i skupljih komplikacija. 4. **Povećanje limita za lijekove koji se propisuju na recept u obiteljskoj medicini.** Suvremeno liječenje šećerne bolesti sve se više temelji na lijekovima koji ne djeluju samo na regulaciju glukoze, nego i na smanjenje kardiovaskularnog i bubrežnog rizika. Ordinacije obiteljske medicine ne smiju biti financijski penalizirane zbog propisivanja medicinski opravdane terapije u skladu sa stručnim smjernicama. 5. **Bolju valorizaciju zbrinjavanja rana, noktiju i manjih kirurških postupaka u**	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja

		primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Kod osoba s dijabetesom pravovremeno zbrinjavanje rana, promjena na stopalima i problema s noktima može biti presudno za sprječavanje infekcija, hospitalizacija i amputacija. Potrebno je poticati dostupno i brzo zbrinjavanje takvih stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito u sredinama u kojima je pristup specijalističkoj skrbi otežan. **Zaključno, Hrvatski savez dijabetičkih udruga podržava navedene prijedloge jer jačaju stvarnu dostupnost skrbi za osobe sa šećernom bolešću.** Kod dijabetesa zakašnjela dijagnostika, nedostatno praćenje, odgođeno liječenje i kasno zbrinjavanje komplikacija ne predstavljaju uštedu za zdravstveni sustav, nego povećavaju rizik od teških i skupih komplikacija, uključujući dijabetičko stopalo, hospitalizacije i amputacije. Predlažemo da HZZO uvaži navedene prijedloge KOHOM-a i u konačni tekst Odluke ugradi rješenja koja omogućuju bolju, raniju i dostupniju skrb za osobe sa šećernom bolešću u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. S poštovanjem,	Nije predmet ovog savjetovanja
191	**Povjerenstvo za primarnu pedijatriju HPDa** **Tereza Tičić, predstavnica Povjerenstva za primarsnu pedijatriju HPDa**	**PREDMET: Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama** **Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz** **obveznog zdravstvenog osiguranja** **<u>Prijedlozi za nadopunu Odluke o osnovama sklapanja ugovora o provođenju</u>** **<u>zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja:</u>** **1. Prijedlog:** Predlažemo za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece smanjenje standardnog broja djece u skrbi s 950 na 850. Minimalni broj 637, maksimalni broj 1063. Obrazloženje: Svake godine se rađa sve manje djece ali su izazovi sve veći.	Nije predmet ovog savjetovanja. Minimalni i maksimalni broj osiguranih osoba po timu

		Sve je više djece s odstupanjem u rastu i razvoju, kronično bolesne djece, siromašne i socijalno isključene djece. Preveliki broj pregleda i usluga opterećujući je za primarnog pedijatra, te se na specijalizaciju iz pedijatrije ne odlučuje dovoljan broj mladih liječnika. S druge strane postoji veća mogućnost nastanka incidenta ili neželjenih događaja s posljedicama. To je odgovornost svih nas, osobito onih koji organiziraju zdravstveni sustav. S trenutnim standardnim brojem pacijenata teško je ostvariti preventivni dio rada u skladu s vremenskim normativima koji su određeni Odlukom o donošenju Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023-2026., a istovremeno poštujući tempo koji nalaže Provedbeni program obveznog cijepljenja. **2. Prijedlog:** Povećati udio DTP postupaka u odnosu na glavarinu, sa sadašnjih 110 -130% na 180 %. Obrazloženje: dobar dio naših usluga završi u ladici i krajem godine se otpisuje iz razloga jer limit nije realno postavljen. Pedijatrijske ambulante su prisiljene svakodnevno obraditi 2-3x više djece nego što je to predviđeno vremenskim normativima, što je neophodno da bi se održao pravovremeni cjepni obuhvat populacije, a hitne službe značajno rasteretile priljevom bolesne djece. Računi ispostavljeni na kraju mjeseca predstavljaju izvršen rad u pedijatrijskim ordinacijama. U travnju 2026 godine prilikom javnog predstavljanja paketa mjera za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite objavljeno je da će se timovima primarne zdravstvene zaštite isplaćivati sredstava do 160-180% DTP-a. Smatramo se diskriminiranima u odnosu na druge djelatnosti. Dokazali smo da su rashodi u primarnoj pedijatriji znatno veći u odnosu na druge djelatnosti te smatramo da se ta razlika treba očitovati u razmjerno većoj ukupnoj financijskoj konstrukciji. **3. Prijedlog** Predlažemo promjenu zakonske regulative kojom je pedijatar u PZZ obvezan u tim upisati	usko je vezan uz standardni broj osiguranih osoba po timu koji utječe i na broj timova u Mreži kao i na način financiranja timova Stoga je ovo pitanje šire rasprave i ne može se gledati samo u kontekstu smanjena minimalnog i maksimalnog broja osiguranih osoba po timu. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		novorođenče iako ima više od maksimalno dozvoljenog broja opredijeljenih osiguranika. Obrazloženje: represivni mehanizam postojećeg Zakona (gore navedenog) dovodi do sagorijevanja i posljedičnog gašenja pedijatrijskih ordinacija koje su prisiljene svakodnevno raditi 4-5x iznad propisanih normativa. Ako na nekom području nema drugog pedijatrijskog tima osim onog s već maksimalnim brojem upisane djece, predlažemo da HZZO upućuje novorođenčad ili prema liječnicima obiteljske medicine na tom području ili prema prvoj sljedećoj pedijatrijskoj ordinaciji koja NEMA maksimalni broj opredijeljenih osiguranih osoba u svom timu (dakle nije crveni tim). **4. Prijedlog:** Predlažemo da HZZO sustavno, na mjesečnoj razini, šalje pozive roditeljima djece s navršenih 7 godina (osobito onoj djeci starijoj od 10 godina) za ispisivanjem iz pedijatrijskih ordinacija koje imaju maksimalan broj opredijeljenih osiguranih osoba (dakle crvene ordinacije). Obrazloženje: analizirajući situaciju na terenu, uočeno je da postoje područja gdje postoji veliki otpor opredijeljenih osiguranika za premještanje prema obiteljskim liječnicima (npr. Čakovec), a s druge strane postoji prisila upisivanja novorođenčadi u te iste ordinacije. Naglašavamo potrebu da HZZO pomogne najvećim, izrazito opterećenim timovima da bolje funkcioniraju i da se barem minimalno približe radu u okviru normativa (koji svakodnevno prelaze 3-5x), i to na način da se potakne ispis iz tih ordinacija, ali i da se omogući kontrola upisivanja u njih (Prijedlog 1) **5. Prijedlog** Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi za dobnu skupinu 0-7 godina treba iznositi 29 eura. Obrazloženje: edukacija iz pedijatrije za vrijeme specijalističkog usavršavanja liječnika na specijalizaciji iz pedijatrije traje 5 godina, a u našim ordinacijama ne smije raditi nitko osim specijalista pedijatra. Iz gore navedenog, neosporno je da je kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite djeci 0-7 godina najveća upravo u pedijatrijskim ordinacijama (što uvjetuje značajno manje upućivanja djece na konzilijarne specijalističke preglede i prema hitnim pedijatrijskim	Nije predmet savjetovanja. Obavijesti o potrebi ispisa iz pedijatrijskog tima periodički se dostavljaju roditeljima/skrbnicima djece. Nije predmet ovog savjetovanja. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima PED povećana je za više od 18%

		službama, stvaranje većeg povjerenja u liječnika od strane roditelja, provođenje sveobuhvatnijih preventivnih mjera – cijepljenje dodatnim cjepivima, nadzor i praćenje djeteta s odstupanjem u razvoju, brojna savjetovanja specifična za dojenačku dob). Stupanj povjerenja u pedijatra od strane mladih roditelja bi ovdje izdvojili kao najveći faktor koji utječe na kvalitetu pružanja usluge. Kad nekome vjeruješ, ne tražiš drugo niti treće mišljenje po bolničkom sustavu ili hitnim službama. Kad nekome vjeruješ, cijepiš svoje dijete. Kad nekome vjeruješ, ne dolaziš mu u ordinaciju po uputnicu, već mu dolaziš da ti pomogne. Kad nekome vjeruješ, ne tražiš odgovore po internetu, već njemu dolaziš po mišljenje. Kad nekome vjeruješ, a imaš kronično bolesno dijete, tražiš savjet, podršku i aktivno sudjelovanje svog liječnika u bolesti djeteta. Kad nekome vjeruješ, a taj netko je liječnik u javnom zdravstvu, imaš povjerenja u sustav i zadovoljan si s funkcioniranjem države u kojoj živiš. Mi, unatoč ponuđenom novom Nacrtu, vjerujemo u HZZO i Ministarstvo zdravstva, i nadamo se da ćete prepoznati naš značaj u funkcioniranju rada primarne zdravstvene zaštite. **6. Prijedlog** U djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece priznati djecu dobne skupine 14-18 godina uz godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi za glavarinu od 10,18 eura Obrazloženje: dobna skupina 14-18 godina koja je ostala do te dobi u pedijatrijskim ordinacijama su: ili teži kronični bolesnici (djeca s malignim bolestima, teškim cerebralnim paralizama, šećernom bolesti tip 1, složenim srčanim greškama, djeca s kromosomskim anomalijama, djeca s težim razvojnim odstupanjima iz spektra autizma) ili oni koje roditelji ne žele ispisati iz naših ordinacija unatoč našim molbama da ih prebace kod obiteljskog liječnika. Prema roditeljima djece starije od 14 godina (koja ne boluju od teške kronične bolesti) HZZO bi trebao sustavno slati upozoravajuće dopise s molbom za ispis prema obiteljskim liječnicima. Međutim, oni koji unatoč tome ostaju u našim ordinacijama, moraju nam biti priznati u ukupan broj pacijenata, i shodno tome plaćeni za uslugu pružanja primarne zdravstvene zaštite. Podsjećamo, ova dobna skupina koja se nalazi u našim ordinacijama nema drugog liječnika	Nije predmet ovog savjetovanja.

		primarne zdravstvene zaštite za cjelokupnu kurativu osim nas. Osiguranici su vašeg Zavoda i stoga tražimo od Vas kao našeg ugovornog partnera da ih, shodno tome, priznate kao nama opredijeljene osobe. **7. Prijedlog** Tražimo da HZZO prizna i vrednuje kompletnu kurativnu zdravstvenu zaštitu koju pružamo svim našim opredijeljenim osiguranicima vašeg Zavoda, bez selektivnog brisanja određenih dobnih skupina osiguranika. Ovdje mislimo da dobnu skupinu 7-18 godina koju ne računate u naš svakodnevni rad, odnosno svi su opredijeljeni osiguranici 7-18 godina izbrisani kod prikazivanja popunjenosti pedijatrijskog tima (prikaz tzv. semafora) Obrazloženje: unatoč našim molbama da se opredijeljeni osiguranici stariji od 7 godina ispišu iz naših ordinacija, jedan dio njih to ne želi. Oni svojevoljno i dalje ostaju u našim ordinacijama, i mi im pružamo kontinuiranu i sveobuhvatnu kurativnu zdravstvenu zaštitu. Svo vrijeme liječenja koje dnevno izdvojimo na osiguranike starije od 7 godina HZZO nam više ne priznaje kao vrijeme rada s pacijentom. Iako se nerado uspoređujemo s drugim djelatnostima, ovdje Vas moramo pitati postoji li sličan model „brisanja“ opredijeljenih osiguranika i u drugim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite? **8. Prijedlog** Broj uputnica za upućivanje u biokemijski laboratorij povećati za 150%, i obračunavati na godišnjoj razini umjesto na mjesečnoj. Obrazloženje: u doba sve sofisticiranijih dijagnostičkih metoda primarna zdravstvena zaštita ne može se osloniti samo na stetoskop i svojih 10 prstiju. Hematološke pretrage nam uveliko pomažu u manjem upućivanju djece na obradu u SKZ čime se štedi na troškovima dijagnostike i rasterećuje SKZ. Sve manje djece se hospitalizira, liječe se putem Dnevne bolnice, te se vrlo brzo prebacuju u našu skrb te je potreba za kontrolnim vađenjem krvi povećana.	Nije predmet ovog savjetovanja. Obavijest o potrebi ispisa iz pedijatrijskog tima periodički se dostavljaju roditeljima/skrbnicima djece Nije predmet ovog savjetovanja.

		9. Prijedlog: Prosječan iznos za potrošnju lijekova povećati za 100%, uz obračun na godišnjoj razini umjesto mjesečne . Obrazloženje: lijekovi su sve skuplji, osobito za kronične pacijente, na potrošnju ne možemo uvijek utjecati, pišemo recepte po uputi SKZ. Predlažemo da korektivni faktori za pedijatriju budu sljedeće bolesti: alergijski rinitis, atopijski dermatitis i nespecifični kronični bronhitis. **10. Prijedlog:** Omogućiti kombinaciju DTP-a (PD021i/ili PD107 s PD001 ili PD002) Obrazloženje: uz pregled treba omogućiti priznavanje drugih usluga koje se obavljaju a prethodile su pregledu. Npr. roditelji pošalju mail. Zahtjevi su prekomplicirani te sugeriramo da zovu telefonom, nakon razgovora dođu u ordinaciju na pregled. **11. Prijedlog:** Uvođenje novog DTP-a: cijepljenje po želji roditelja dodatnim neobaveznim cjepivom, Koeficijent 1, vanlimitni 10%, II. razina Obrazloženje: sve više je zahtjeva za cijepljenjem po želji roditelja, izvan okvira obaveznih cjepiva. Predstavljen je prijedlog B liste cijepljenja od strane epidemiologa koji daje preporuku da svako dijete cijepimo fakultativnim cjepivom a trošak cjepiva će ići na teret HZZO-a. Vjerujemo da će time obuhvat biti veći od dosadašnjeg. Prema novom prijedlogu HZJZ-a fakultativna cjepiva iz Programa 2 bi se pisala na recept. Ukoliko prijedlog bude prihvaćen, molimo da se ti recepti ne računaju u potrošnju ordinacije. **12. Prijedlog:** Uvesti novi DTP: probir na autizam (uz korištenje standardizirane probirne ljestvice) vanlimitni 15%, koeficijent 3	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu te se može razmatrati u okviru rada stručne/radne skupine. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		Obrazloženje: sve je više djece s odstupanjem u razvoju. Zbog pravovremene dijagnostike i što ranijeg uključivanja u tretman rane intervencije potrebno je utvrditi alate za otkrivanje. **13. Prijedlog:** Uvesti novi DTP: vođenje Panela razvojnih odstupanja predškolskog djeteta K 1.5, razina II. , vanlimitni 10% (uvođenje novog Panela ne mijenja dosadašnji uvjet za maksimalni QI tj.predlažemo da je za maksimalni QI dovoljno ispuniti 2 od 3 Panela). **14. Prijedlog:** Povećati koeficijent postojećih DTP-a vođenja Panela kroničnih pacijenata (PD173 i PD170) na koeficijent 1 (sve je manje vremena u ordinaciji koje uspijevamo izdvojiti za praćenje kroničnih pacijenata koji traže kvalitetniju uslugu uz kompleksnija i dulja savjetovanja). **15. Prijedlog:** Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD163 na koeficijent 1.7 Obrazloženje: to je prvi kontakt s novonastalim roditeljima djeteta, uključuje obilje savjetovanja – dolaze u ordinaciju s popisom od prosječno 10-20 pitanja, također stvara prvi dojam o liječniku koji će im liječiti dijete, to je ujedno i prvi pregled novoopredijeljenog pacijenta) **16. Prijedlog:** Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD160 na koeficijent 1.5 Obrazloženje: preventiva se mora ojačati - to dovodi do kvalitetnijeg i zdravijeg društva u cjelini– promoviranje cijepljenja zahtijeva vrijeme kao i procjena odstupanja u razvoju, savjetovanje roditelja uz pokazivanje vježbi – na sistematskim pregledima sveobuhvatno sagledavamo pacijenta sa svim odstupanjima. Ovdje postoji mogućnost pokazivanja razvojne terapije – za čime je velika potreba u populaciji dojenčadi, dok su liste čekanja preduge. Djetetu su vježbe potrebne odmah kad se primijeti odstupanje u razvoju, a lista čekanja na razvojnu fizikalnu terapiju je prosječno oko 5 mjeseci. Otvoriti mogućnost da se ovaj DTP	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja

		kombinira s novim DTP -pokazivanje razvojne terapije po Bobathu ili Vojti. **17. Prijedlog:** DTP PD162 : povećati koeficijent i preimenovati ga u „Sistematski pregled djeteta s teškom kroničnom bolesti“ koeficijent 1.5 Obrazloženje: za vrijeme pregleda kroničnog pacijenta obavlja se uvid u sve novije nalaze subspecijalističkih pregleda, savjetuje liječnik roditelja uz holistički pristup pacijentu, otklanja nejasnoće oko liječenja, približava roditelju problematiku djetetove kronične bolesti – ovo je osobito značajan pregled koji iziskuje vrijeme kako bi roditelj stekao povjerenje u liječnika i češće mu dolazio – naime, često svjedočimo da nas teški bolesnici zaobilaze) **18. Prijedlog:** Povećati koeficijent sistematskog pregleda PD161 na koeficijent 1.3 Obrazloženje: sistematski pregled predškolskog djeteta od 3. do 6. godine značajan je zbog praćenja djetetovog razvoja. Danas svjedočimo sve većem porastu djece s odstupanjem u razvoju. Smatramo da bi pedijatar morao imati središnju ulogu u prepoznavanju ove grupe pacijenata, usmjeravanju istih na preglede i terapije kroz zdravstveni sustav kao i kroz sustav socijalne skrbi. Za opisani model potrebno je vrijeme koje možemo izdvojiti jedino tijekom naše preventive - obaveznih sistematskih pregleda. Svakako otvoriti mogućnost da se ovaj DTP kombinira s DTP probir na autizam. **19. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: pokazivanje razvojne terapije po Bobathu ili Vojti (potreban certifikat o završenom tečaju) , razina III., u 15% vanlimitnih postupaka, koeficijent 1.5 Obrazloženje: odstupanja u psihomotornom razvoju uočavaju se u sve većem broju dojenčadi. Liste čekanja kod fizijatra i na razvojnu fizikalnu terapiju su preduge, brojna lakša odstupanja mogu biti riješena na razini primarne zdravstvene zaštite, kako bi se potrebitijima omogućio brži i pravodobniji pristup sekundarnoj razini zdravstvene skrbi. Veća dostupnost usluga na primarnoj razini, uz rasterećenje sekundarne razine, ušteda je za zdravstveni	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		sustav. **20. Prijedlog** Postojeći PD212 (Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka) premjestiti u 15% vanlimitni postupak (po uzoru na druge djelatnosti), uz porast koeficijenta na 0.7 Obrazloženje: riječ je o složenom postupku koji se primjenjuje isključivo kod stabilizacije pacijenta značajno narušenog zdravstvenog stanja, često nakon inhalacije procjenjujemo hoćemo li pacijenta uputiti na bolničko liječenje (ako ga ne uspijemo stabilizirati). S druge strane, dodatno je otežan postupak kod male djece zbog nemira djeteta, stoga su često potrebne 2 osobe koje dijete drže 10 minuta trajanja inhalacije. Najčešće inhaliramo upravo djecu do 3. godine (jer su u prvim godinama života najčešće prisutni recidivirajući bronhitisi) koja zahtijevaju hitnu stabilizaciju zdravstvenog stanja. **21. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: pregled akutnog neopredijeljenog pacijenta neovisno o sjedištu izabranog liječnika, razina I., koeficijent 1.5 Obrazloženje: često nam na vrata dolaze pacijenti drugih liječnika kojima zbog težine zdravstvenog stanja moramo pružiti zdravstvenu uslugu. Obzirom da je riječ o neodgodivosti pružanja zdravstvene usluge, što znači da pacijenta moramo „ubaciti“ na pregled (i često opservirati) između svih naših naručenih pacijenata, tražimo više vrednovanje pregleda u odnosu PD001. Štoviše, pregled je složeniji i zbog činjenice da pacijenta ne poznamo i nemamo uvid u njegov zdravstveni karton. **22. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: prvi pregled novoopredijeljenog pacijenta, razina I., koeficijent 1.5 Obrazloženje: pregled zahtijeva značajno više vremena obzirom na nepoznavanje pacijenta, često djeca imaju već brojne zdravstvene tegobe uz multidisciplinarno praćenje brojnih subspecijalista. Također, pregled traje duže zbog nesigurnosti djeteta koje tek upoznaje novo	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		okruženje ordinacije i osoblja. **23. Prijedlog:** Uvođenje novog DTP-a: naručivanje pacijenta na SKZZ (pregledi i dijagnostika), razina I., koeficijent 0.38 (molimo da ga zdravstveni sustav automatski zabilježi nakon izvršenja narudžbe radi administrativnog rasterećenja medicinske sestre) Obrazloženje: naručivanje pacijenata na pretrage značajno oduzima vrijeme liječniku i sestri. Ponekad, nakon izvršene narudžbe, pacijent javlja da mu zakazani termin ne odgovara i traži da ga naručimo u neki drugi. Također, smatramo da su liječnik specijalist pedijatrije, a i pedijatrijska medicinska sestra preeducirani za obavljanje poslova naručivanja pacijenata. Pedijatri rade s mladom populacijom (roditelji naše djece pripadaju generaciji koja je informatički pismena) koja se služi digitalnim alatima spretnije od njih samih. Molimo da se u skorijoj budućnosti pedijatrijske ordinacije rasterete ovog posla! **24. Prijedlog** Povećati koeficijent PD206 (krioterapija do 3 mjesta) na koeficijent 1.5, III. razina, u 15% vanlimitnih postupaka Obrazloženje: specifična terapija za koju je potrebna značajna edukacija i ulaganja u opremu provodi se na djetetu koje je u spomenutom postupku izrazito nemirno i otima se. Mogućnost pogreške uz spaljivanje okolne kože je visoka. **25. Prijedlog** PD300 (UZV kukova) prebaciti u preventivne postupke, uz podizanje koeficijenta na 2.5, razina 3, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka uz limit 40% DTP-a Obrazloženje: onaj tko je onaj tko je uložio financijska sredstva u opremu i edukaciju	Nije predmet ovog savjetovanja.

		ultrazvučni aparat, educirao se i svakodnevno radi UZV, značajno podiže razinu usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, rasterećuje i smanjuje liste čekanja na sekundarnoj razini te donosi uštede za zdravstveni sustav. Riječ je o usluzi koja je u preventivnom obaveznom programu djece u dobi od 2 mjeseca koja pretežno ne uspijevaju doći na red u sustavu javnog zdravstva. Ovim prijedlogom podižemo razinu dostupnosti pretrage koja je obavezna za svako novorođenče u Hrvatskoj. **26. Prijedlog** Podizanje koeficijenta PD302 (UZV pojedinog organa- abdomen, pluća) na koeficijent 3, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka koji su bez limita – onaj tko je nabavio UZV aparat, koji je prošao temeljitu edukaciju iz ultrazvuka i svakodnevno ga radi uz frekventan posao pedijatrijske ordinacije i time značajno rasterećuje sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu,zaslužuje i veća primanja. **27. Prijedlog** Podizanje koeficijenta PD301 (UZV mozga) na koeficijent 3.5, uvrstiti u posebnu kategoriju vanlimitnih postupaka koji su bez limita – onaj tko je nabavio UZV aparat, koji je prošao temeljitu edukaciju iz ultrazvuka i svakodnevno ga radi uz frekventan posao pedijatrijske ordinacije i time značajno rasterećuje sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, zaslužuje i veća primanja. **28. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: brzi antigenski test na RSV/Adenovirus/BHS-A: cijena 10 eura (test nabavlja ordinacija), izvan limita. Obrazloženje: brza dijagnostika kroz ordinaciju značajno smanjuje broj upućivanja prema laboratorijskoj dijagnostici i hitnim službama, ali i značajno smanjuju potrošnju antibiotika. **29. Prijedlog**	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno

		Uvođenje novog DTP-a: Prvi pregled djeteta mlađeg od 3 godine, koeficijent 1.3 Obrazloženje: dijete je nemirno, ne može verbalizirati tegobe, samo auskultacija pluća traje dvostruko duže nego kod starijeg djeteta) **30. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: kontrolni pregled djeteta mlađeg od 3 godine, koeficijent 0.83 Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 23. **31. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: otoskopija djeteta do 3 godine , koeficijent 0.5 Obrazloženje: nemirno dijete uz sitne strukture zvukovoda otežavaju postupak koji puno duže traje nego kod starije djece **32. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: odstranjivanje šavova i metalnih kopči djeteta do 3 godine, koeficijent 0.91 Obrazloženje: nemir djeteta značajno otežava postupak **33. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: obrada površinskih i manjih rana (šivanje/steristrip i previjanje) kod djeteta do 3 godine, koeficijent 1.76 Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 26. **34. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: incizija gnojnih procesa kože kod djeteta do 3 godine, razina I., koeficijent 1.25	mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		Obrazloženje: isto kao pod prijedlogom 26. **35. Prijedlog** Uvođenje novog DTP-a: mjerenje krvnog tlaka, I. razina, koeficijent 0.7 Obrazloženje: riječ je o postupku koji provodimo, ali ga ne možemo prikazati kao obavljen rad	

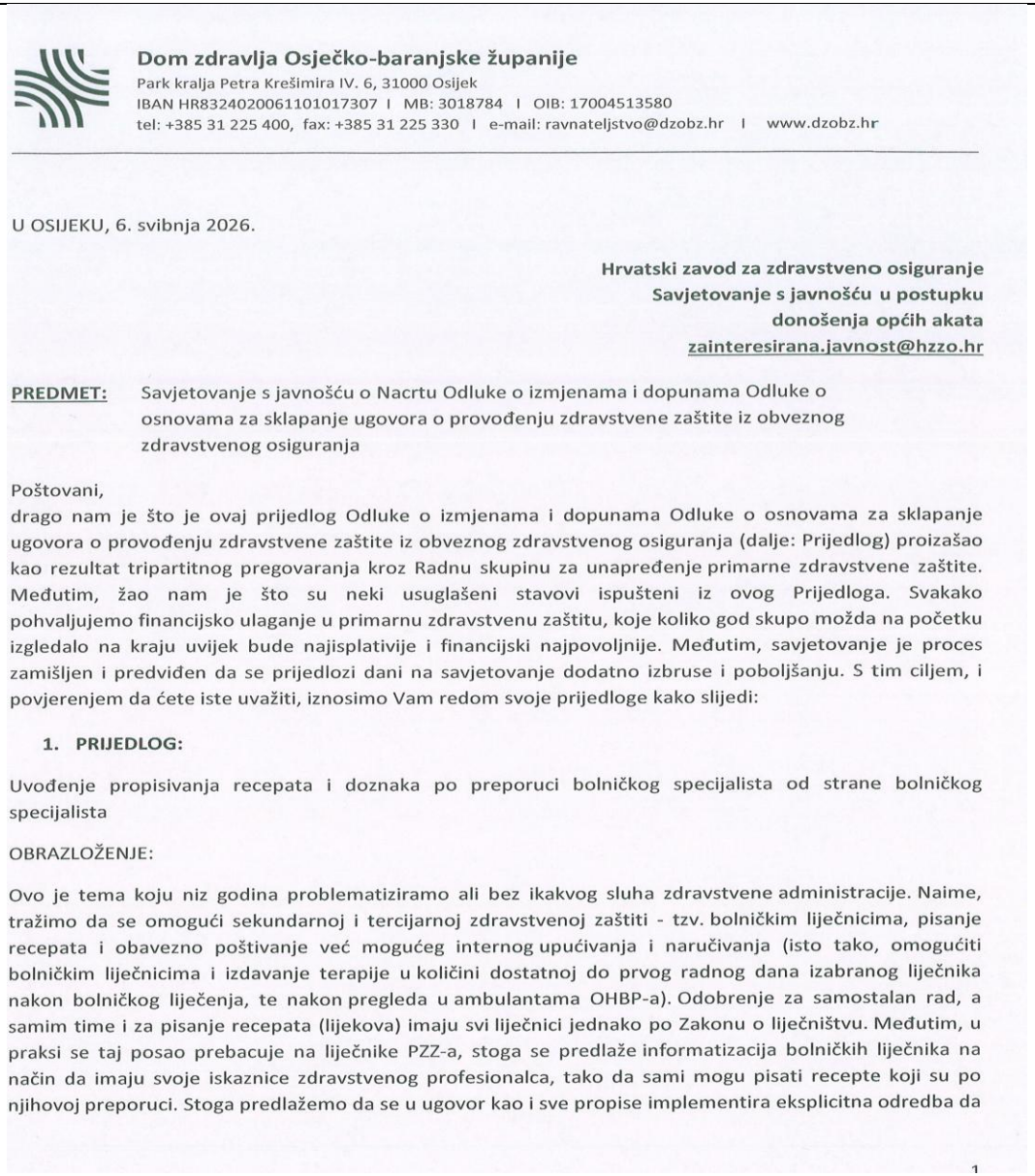
192	Istarski domovi zdravlja Flanatička 27, Pula	**Istarski domovi zdravlja** Case della salute dell'Istria Flanatička 27, Pula KLASA: 501-01/22-01/03 URBROJ: 2168/01-59-49-01-5/849-26-221 Pula, 5.5.2026. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zainteresirana.javnost@hzzo.hr **Predmet:** *Očitovanje u okviru javnog savjetovanja o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja* Istarski domovi zdravlja podnose ovo očitovanje u okviru javnog savjetovanja o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (dalje: Nacrt Odluke). Pozdravljamo predložene izmjene te napore uložene kroz rad Radne skupine za unapređenje primarne zdravstvene zaštite pri Ministarstvu zdravstva. Nacrt Odluke predstavlja određeni pomak u odnosu na postojeći model, osobito u dijelu financijskog unapređenja i prepoznavanja potrebe jačanja primarne zdravstvene zaštite. Kao ustanova koja svakodnevno organizira i provodi zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini, Istarski domovi zdravlja u cijelosti prepoznaju relevantnost i opravdanost većine predloženih izmjena. Navedeni prijedlozi nisu teorijski okvir, već su u velikoj mjeri rezultat iskustva iz neposredne kliničke prakse i odražavaju stvarne izazove s kojima se svakodnevno susreću zdravstveni radnici i ustanove. Upoznati smo s prijedlozima Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) te smatramo da isti kvalitetno, argumentirano i sveobuhvatno adresiraju ključne izazove primarne zdravstvene zaštite. Navedene prijedloge smatramo opravdanima i stručno utemeljenima, osobito u dijelu koji se odnosi na redefiniranje ugovornog odnosa na način da isti bude rezultat stvarnog pregovaranja, a ne jednostranog određivanja uvjeta te jačanje pravne sigurnosti ugovornih subjekata. Smatramo da je u dijelu koji se odnosi na financijski okvir sustava potrebno jasnije naglasiti kako postojeći model financiranja, unatoč predloženim povećanjima, i dalje ne odražava stvarno opterećenje timova niti kompleksnost zdravstvene skrbi koja se danas pruža na razini primarne zdravstvene zaštite. U posljednjih nekoliko godina bilježi se kontinuiran porast broja kroničnih bolesnika, starenje populacije, širenje terapijskih mogućnosti te rast očekivanja pacijenata u pogledu dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite. Istodobno, znatan dio aktivnosti koje su ranije bile u domeni sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite postupno se prenosi na primarnu razinu, bez odgovarajuće prilagodbe financijskog i organizacijskog okvira. Takav nesrazmjer u praksi rezultira time da se sve veći opseg zdravstvene skrbi pruža unutar postojećih limita, bez adekvatne valorizacije, što dugoročno destimulira razvoj i širenje usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.	Ne prihvaća se. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18% .

193		Poseban problem predstavlja rigidnost postojećeg sustava limita, osobito u području laboratorijske dijagnostike i propisivanja lijekova, koji ne prati stvarne potrebe bolesnika. Takav model nerijetko dovodi liječnike u situaciju balansiranja između medicinski optimalne skrbi i administrativnih ograničenja, što smatramo dugoročno neodrživim. Stoga, uz nužno povećanje limita i koeficijenata, smatramo jednako važnim osigurati veću fleksibilnost sustava, uključujući: mogućnost prijenosa sredstava između obračunskih razdoblja (sukladno Prijedlogu 38 KoHOM-a); realnije vrednovanje stvarno izvršenog rada; podizanje limita za laboratorijsku dijagnostiku i lijekove (sukladno Prijedlozima 9 i 10 KoHOM-a). **Specifičnosti turističkih područja i neopredijeljeni pacijenti** Sadašnji model financiranja nedovoljno prepoznaje razlike u opterećenju između pojedinih sredina, osobito u turističkim područjima i u radu s neopredijeljenim pacijentima. Kao ustanova koja djeluje u izraženo turističkom okruženju, posebno ističemo ovu problematiku. U sredinama s izraženim turističkim opterećenjem dolazi do značajnog sezonskog povećanja broja pregleda, pri čemu znatan dio otpada na neopredijeljene pacijente. Takvo opterećenje, koje u pojedinim razdobljima može prelaziti i 30% ukupnog obujma rada, nije adekvatno uključeno u postojeći model limita i pokazatelja učinkovitosti. U tom kontekstu u cijelosti podržavamo Prijedlog 13 KoHOM-a, prema kojemu uputnice i lijekovi propisani po preporuci specijalista sekundarno-tercijarnog sustava, antibiotici propisani po preporuci specijalista te antibiotici propisani neopredijeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u limite koji se uzimaju u obzir pri izračunu KPI i QI pokazatelja. Smatramo nužnim uvesti korektivne mehanizme koji bi omogućili pravedniju raspodjelu sredstava u skladu sa stvarnim opterećenjem, uključujući odgovarajuće vrednovanje rada s neopredijeljenim pacijentima i sezonski prilagođene limite (sukladno Prijedlogu 29 KoHOM-a o koeficijentu za DTP OM403). **Razgraničenje odgovornosti u zdravstvenom sustavu** Naglašavamo potrebu jasnog razgraničenja odgovornosti unutar zdravstvenog sustava. Postojeća praksa, u kojoj liječnici primarne zdravstvene zaštite snose administrativnu, a nerijetko i pravnu odgovornost za postupke indicirane na sekundarnoj i tercijarnoj razini, dugoročno je neodrživa te dodatno opterećuje sustav bez stvarne koristi za pacijenta. Smatramo nužnim osigurati da svaki sudionik zdravstvenog sustava odgovara za vlastite stručne odluke, uz odgovarajuću organizacijsku i informatičku podršku. Ovo je u izravnoj vezi s Prijedlogom 2 KoHOM-a, koji predlaže eksplicitnu odredbu da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali. **Unapređenje DTPova** Podržavamo prijedloge usmjerene na unapređenje financijskog modela, uključujući povećanje limita za laboratorijsku dijagnostiku i lijekove, korekciju glavarina te povećanje vrijednosti dijagnostičko-terapijskih postupaka.	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

194		Posebno ističemo važnost razvoja i proširenja DTP sustava kao jednog od ključnih elemenata jačanja primarne zdravstvene zaštite. Uvođenje novih postupaka, realnije vrednovanje postojećih te omogućavanje njihove kombinacije u skladu s kliničkom praksom nužni su preduvjeti za širenje opsega usluga i rasterećenje bolničkog sustava. U tom smislu naročito podržavamo: – ukidanje ograničenja kombiniranja DTP-a (Prijedlog 15 KoHOM-a), što je u skladu i sa zaključcima Radne skupine za unapređenje PZZ; – uvođenje novih DTP-a koji odražavaju suvremenu kliničku praksu u obiteljskoj medicini (Prijedlozi 16, 17, 18, 39, 40, 41, 42, 43 KoHOM-a); – realniju valorizaciju koeficijenata postojećih DTP-a (Prijedlozi 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 KoHOM-a); – povećanje postotaka za DTP-e koji zahtijevaju posebnu opremu i edukaciju (Prijedlog 11 KoHOM-a, izmjena u visini do 25%, odnosno maksimalno 40%). **Organizacija rada timova** Podržavamo prijedloge koji se odnose na organizaciju rada timova, uključujući mogućnost uvođenja trećeg člana tima (zdravstvenog suradnika) s ciljem administrativnog rasterećenja liječnika i medicinskih sestara. U uvjetima kontinuiranog povećanja opsega rada ovakve mjere više nisu pitanje unapređenja, već nužnosti za održavanje kvalitete zdravstvene zaštite (sukladno Prijedlogu 4 KoHOM-a). Smatramo važnim i prijedloge koji se odnose na realnije vrednovanje rada kroz KPI i limite, osobito u dijelu koji se odnosi na postupke i terapiju indiciranu od strane specijalista te na rad s neopredijeljenim pacijentima. **Specifična uloga domova zdravlja u sustavu** Iz perspektive domova zdravlja smatramo potrebnim dodatno naglasiti određene specifičnosti koje u postojećem modelu nisu dovoljno prepoznate. Domovi zdravlja kao ustanove imaju znatno širu organizacijsku ulogu u sustavu koja uključuje: – osiguravanje kontinuiteta zdravstvene zaštite; – organizaciju rada i zamjena; – održavanje infrastrukture; – pokrivanje kadrovski i geografski zahtjevnih područja. Smatramo nužnim da sustav ugovaranja u većoj mjeri prepozna i vrednuje tu ulogu. Financiranje hladnog pogona trebalo bi u cijelosti odražavati stvarne fiksne troškove ustanove, neovisno o broju pacijenata u skrbi (sukladno Prijedlogu 6 KoHOM-a).	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u. Predloženim modelom financiranja ukupna vrijednost standardnog tima u djelatnostima OM, PED i GIN povećana je za više od 18%. Nije predmet ovog savjetovanja. Ne prihvaća se. Prijedlog za isplatom „hladnog pogona“ neovisno o broju osiguranih osoba, je u suprotnosti s model financiranja u obveznom zdravstvenom osiguranju utemeljenom na ugovorenim standardima, normativima i broju opredijeljenih osiguranih osoba, odnosno na izvršenju ugovornih obveza.

			Napominjemo kako ugovorni doktori koji se nalaze na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite imaju pravo na dodatna sredstva u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

195		Nacrt Odluke predstavlja pozitivan pomak, ali u sadašnjem opsegu ne donosi razinu promjena potrebnu za stvarno jačanje i dugoročnu stabilnost primarne zdravstvene zaštite. U tom kontekstu još jednom naglašavamo da većinu prijedloga KoHOM-a smatramo opravdanima i nužnima za daljnje unapređenje sustava. Neprihvaćanje ključnih prijedloga koji proizlaze iz svakodnevne prakse može dugoročno dovesti do: – daljnjeg povećanja opterećenja zdravstvenih timova; – smanjenja dostupnosti zdravstvene zaštite; – otežanog funkcioniranja sustava primarne zdravstvene zaštite u cjelini. Uvjereni smo da je upravo kroz ovaj proces javnog savjetovanja moguće dodatno unaprijediti predložena rješenja na način koji će biti u interesu pacijenata, zdravstvenih djelatnika i održivosti zdravstvenog sustava. Stoga očekujemo da će izneseni prijedlozi biti u najvećoj mogućoj mjeri razmotreni i uvaženi. S poštovanjem, **Petra Benazić**, dr. med. v.d. ravnatelja	

196	Dom zdravlja Osječko-baranjske županije		Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

197		**Dom zdravlja Osječko-baranjske županije** Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580 tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. **2. PRIJEDLOG:** Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim **3. PRIJEDLOG:** Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je raspravljano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. **4. PRIJEDLOG:** Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". 	

198		OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. **5. PRIJEDLOG:** U članku 3. Prijedloga brojku "8,00" zamijeniti brojkom "15,00" *(umjesto predloženom brojkom "12,00")* OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je sramotno niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažem ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažem kako je gore navedeno. **6. PRIJEDLOG:** Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. **7. PRIJEDLOG:** Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% 3	

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

OBRAZLOŽENJE:

Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" *(tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava)* za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%.

11. PRIJEDLOG:

U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%"

OBRAZLOŽENJE:

Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo.

8. **PRIJEDLOG:**

U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€.

OBRAZLOŽENJE:

Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

godina - 10, 20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine.

9. PRIJEDLOG:

Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI.

OBRAZLOŽENJE:

QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij)*. Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI.

10. PRIJEDLOG:

Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za liječnika i za medicinsku sestru.

OBRAZLOŽENJE:

Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

11. PRIJEDLOG:

U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom)

OBRAZLOŽENJE:

Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ kao i prezentiranim na press-konferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić.

12. PRIJEDLOG:

U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak:

- Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25

OBRAZLOŽENJE:

Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika.

13. PRIJEDLOG:

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine."

OBRAZLOŽENJE:

Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog.

14. PRIJEDLOG:

Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29

OBRAZLOŽENJE:

Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja.

15. PRIJEDLOG:

Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes."

OBRAZLOŽENJE:

Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama.

16. PRIJEDLOG:

DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2.

OBRAZLOŽENJE:

Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo.

17. PRIJEDLOG:

DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5.

OBRAZLOŽENJE:

Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka.

18. PRIJEDLOG:

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5

OBRAZLOŽENJE:

Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka.

19. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću.".

OBRAZLOŽENJE:

Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa.

20. PRIJEDLOG:

Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5.

OBRAZLOŽENJE:

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5.

21. PRIJEDLOG:

Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5.

OBRAZLOŽENJE:

Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu.

22. PRIJEDLOG:

Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003).

OBRAZLOŽENJE:

Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38, ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

23. PRIJEDLOG:

Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće).

OBRAZLOŽENJE:

Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano.

24. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM104 (Prošireni pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25.

OBRAZLOŽENJE:

Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo.

25. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5.

OBRAZLOŽENJE:

Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza.

26. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7.

OBRAZLOŽENJE:

Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

27. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35

OBRAZLOŽENJE:

Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo.

28. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38.

OBRAZLOŽENJE:

Sadašnji koeficijent je manji od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. Potrebno je donijeti odluku kojom bi se medicinskim sestrama/medicinskim tehničarima koji izvode taj zahvat, isplatio zasebno ovaj DTP budući da je on izvan limita.

29. PRIJEDLOG:

Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima.

OBRAZLOŽENJE:

Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima.

30. PRIJEDLOG:

Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

OBRAZLOŽENJE:

Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno.

31. PRIJEDLOG:

Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.).

OBRAZLOŽENJE:

Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda.

32. PRIJEDLOG:

Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu ili preraspodijeliti na razini Ustanove.

OBRAZLOŽENJE:

Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Na konkretnom primjeru, da se računi za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine *(umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.)*, tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine.

33. PRIJEDLOG:

U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak:

- Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25.

OBRAZLOŽENJE:

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javno-zdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine.

34. PRIJEDLOG:

U članku 4. Prijedloga u Tablici *"I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija"* potrebno je dodati sljedeći DTP postupak:

- Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25

OBRAZLOŽENJE:

Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine.

35. PRIJEDLOG:

Uvođenje novog DTP „Akupunktura" (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

OBRAZLOŽENJE:

Trenutno liječnicima obiteljske medicine nije omogućeno bilježenje ovog DTP-a, a isto je omogućeno liječnicima na drugim razinama zdravstvene zaštite, a radi se o kompetenciji koju na istovjetan način stječu i prakticiraju i liječnici obiteljske medicine i SKZZ specijalisti (npr. anesteziolozi, fizijatri, neurolozi). Isto tako, liste čekanja za akupunkturu na višim razinama zdravstvene zaštite su dugačke. S ciljem konačnog omogućavanja bilježenja ovog terapijskog postupka koji se može obavljati i već se i obavlja na razini obiteljske medicine te njegovog ispravnog honoriranja potrebno je uvesti ovaj DTP postupak na način kako je predloženo.

36. PRIJEDLOG:

Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)" (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz.

OBRAZLOŽENJE:

Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja.

37. PRIJEDLOG:

Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35.

OBRAZLOŽENJE:

Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka.

38. PRIJEDLOG:

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%).

OBRAZLOŽENJE:

Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja.

39. PRIJEDLOG:

Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%).

OBRAZLOŽENJE:

Kao i u obrazloženju za 45. prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja.

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

40. PRIJEDLOG:

Gerijatrijsko osnaživanje (umjesto samo savjetovanje).

OBRAZLOŽENJE:

Gerijatrijsko osnaživanje odvaja klasično vođenje kroničnih bolesti npr. hipertenzije, KOPB-a od funkcionalne sposobnosti. Stariji pacijent koji je društveno aktivan i fizički pokretan rjeđe treba hospitalizaciju i troši manje resursa sustava. Prijedlog naziva DTP-a: Sveobuhvatna gerijatrijska procjena i planiranje aktivnog starenja. To uključuje procjenu rizika od padova, savjetovanje o prehrani i ono što je najvažnije poticanje na kognitivne i socijalne aktivnosti.

41. PRIJEDLOG:

Uzimanje proširene anamneze.

OBRAZLOŽENJE:

Socijalna anamneza je vrlo važna jer nam ona pokazuje socijalni status, koji značajno utječe na to kako će se provoditi terapija. Potrebno je znati je li pacijent ima grijanje u kući, pristup svježoj i kvalitetnoj hrani ili ima li novaca za participaciju. Ukoliko je pacijent socijalno depriviran to će značajno utjecati na liječenje pacijenta. Prijedlog naziva DTP-a: Evaluacija socijalnih odrednica zdravlja. To uključuje upitnik o uvjetima stanovanja, financijskoj sigurnosti i podršci obitelji. Ovisno o socijalnom statusu takav pacijent bi se mogao uputiti prema socijalnim službama.

42. PRIJEDLOG:

Intervencija kod socijalne izolacije i usamljenosti.

OBRAZLOŽENJE:

Usamljenost se danas znanstveno smatra ozbiljnom čimbenikom rizika za bolest. Liječnik obiteljske medicine je često jedini kontakt kojeg takvi ljudi imaju. Ponekad kod takvih osoba liječnik obiteljske medicine radi posao i socijalnog radnika i psihologa, a to troši termine za "klasične pacijente". Prijedlog naziva DTP-a: Savjetovanje za prevenciju bolesti povezanih sa socijalnom izolacijom. To uključuje strukturirani razgovor, povezivanje pacijenta s lokalnim udrugama/klubovima umirovljenika i povezivanje pacijenata sa zajednicom.

Ovi DTP-ovi dugoročno štede novac HZZO-u jer sprječavaju komplikacije koje nastaju zbog zapuštenosti i depresije. Ovi DTP-ovi trebaju imati veći koeficijent jer zahtijevaju razgovor od 20-30 minuta, što je u

Dom zdravlja Osječko-baranjske županije
Park kralja Petra Krešimira IV. 6, 31000 Osijek
IBAN HR8324020061101017307 I MB: 3018784 I OIB: 17004513580
tel: +385 31 225 400, fax: +385 31 225 330 I e-mail: ravnateljstvo@dzobz.hr I www.dzobz.hr

trenutačnoj situaciji "luksuz" koji si nitko ne može priuštiti. Opće savjetovanje ne pokriva gerijatrijskog bolesnika koji je socijalno ugrožen.

Nastavno na sve prijedloge, završni prijedlog bi bio da se prilikom ugovaranja djelatnika u PZZ-u (obiteljska medicina, pedijatrija, dentalna medicina i ginekologija):

- medicinska sestra/medicinski tehničar završenog bilo koje stupnja obrazovanja (prvostupnik sestrinstva/magistra sestrinstva) može ugovoriti i sukladno obrazovanju platiti,
- kod ugovaranja liječnika obiteljske medicine, prizna specijalizacija bilo koje grane medicine a ne samo specijalist obiteljske medicine.

S poštovanjem,

199	Ordinacija dentalne medicine Ljerka Musa, dr.med.dent. Matije Gupca 4 44250 Petrinja	**PRIMJEDBE I PRIJEDLOZI NA NACRT ODLUKE O IZMJENAMA I DOPUNAMA ODLUKE O OSNOVAMA ZA SKLAPANJE UGOVORA O PROVOĐENJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** 1. Zbog čega dentalne ordinacije od svih privatnih timova primarne zdravstvene zaštite dobiju najmanji iznos sredstava, a imaju najveće troškove 2. Zašto imamo manje vrijednosti boda za usluge 3. Zašto u uklonjene neke DTP usluge pa ne možemo naplatiti ni utrošeni materijal ni rad 4. Zašto su neke usluge preventive prebačene u nultu 5. Puno postupaka ne postoji u šifrarniku pa nije moguće niti upisati da je usluga odrađena 6. Vađenje zuba košta manje od mjerenja tlaka 7. Bruto bilanca troškova je porasla barem 30%, a mi smo ostali na istom prihodu od strane HZZO-a 8. Hladni pogon i glavarina nisu usklađeni s plaćama po Kolektivnom ugovoru za plaće radnika po godinama staža, pa doktori u DZ i sa 1000 pacijenata manje u timu imaju nekoliko stotina eura neto veću plaću nego privatni ugovorni doktori 9. Sve dodatke koje Vlada izglasa, bolnicama i DZ doznače se namjenska sredstva, a mi nemamo osigurano za božićnice, uskrsnice, regrese, jubilarne nagrade i sl. kroz prihodovanje 10. Za asistente uplaćujemo veće doprinose po kolektivnom ugovoru, nego za sebe kao nositelje tima s VSS jer smo u poreznom razredu s frizerima, mesarima i drugim obrtnicima bez uvrede i potcjenjivanja bilo čijeg rada 11. Zbog čega nije izvršena korekcija broja pacijenata po timu kada je u zadnjih nekoliko godina smanjen broj stanovnika u državi	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima. .

		12. Zašto je kod nas i dalje standardni tim 1900 pacijenata, umjesto da je smanjen barem na 1700 13. Bolovanja na teret poslodavca smanjiti na 5 dana, jer nema druge mogućnosti da se plati zamjena osim da se doktor odrekne akontacije svog dohotka 14. Osigurati sredstva za plaćanje zamjene 15. Dentalnu protetiku odvojiti od DTP-a i posebno platiti 16. Striktno izglasati košaricu usluga koju je realno moguće pokriti sa osiguranim sredstvima 17. Omogućiti doktorima koji su uložili u veoma skupu opremu i edukaciju da naplate kao nadstandard usluge koje nisu na popisu DTP usluga (strojna endodoncija i sl.) 18. Omogućiti izlazak iz prostora DZ u privatni prostor bez penalizacije 19. Privatne ordinacije moraju imati poseban OIB, a ne svojim OIB-om odgovarati za posao 20. Bez obzira na broj ugovorenih pacijenata u timu, svima osigurati dovoljan hladni pogon i glavarinu za isplatu plaća po godinama staža, doprinosa, poreza i dodataka na plaće jer svi imamo iste troškove 21. Ukalkulirati sredstva za zanavljanje i servis opreme 22. Ne brisati „ladicu“ s viškom DTP-a na kraju godine, nego platiti jer je utrošen materijal i rad 23. Ukoliko nije moguće platiti višak DTP-a, uvesti mjesečni rad do plaćenog limita Srdačan pozdrav,	
200	Dijana Berend, dr.med.dent. Privatna ordinacija dentalne medicine sa HZZO ugovorom	Poštovani, predložene izmjene Ugovora od strane HZZO degradirajuće su za nas ugovorne doktore dentalne medicine s obzirom na manji iznos Hladnog pogona i manji bod od doktora obiteljske medicine, kao da mi nismo obveznici poštivanja istog Kolektivnog ugovora u obračunu plaća državnim službenicima koje zapošljavamo kao i Opća i kao da naša diploma nema isti stupanj obrazovanja kao i doktor medicine pa nas treba kazniti sa manjim bodom .	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 85., 87, 112. i 116. . te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

U prilogu dostavljam tablicu troškova svoje ordinacije, u kojoj se vide moji troškovi.

Supotpisnik sam kolektivnog zahtjeva ugovornih doktora dentalne medicine koju zastupa dr. Ježina.

S poštovanjem,

Tipična ordinacija s ugovorom s HZZO-om:

Stavka	Procjena
Mjesečni prihod od HZZO	5.000 – 7.000 €
Mjesečni troškovi	2.400 – 5.250

Primjer realne računice

Stavka	Iznos
Prihod HZZO	6,000 €
Troškovi ordinacije	−3.500 €
Preostalo	2,500 €
Porezi i doprinosi	−500 do −900 €

➡️ **Realna osobna zarada:**

1.600 – 2.000 € mjesečno

Privatni rad

Zahvat	Cijena HZZO	Privatna cijena
Kompozitna plomba	20 – 40 €	60 – 120 €
Krunica	često nije pokrivena	250 – 500 €
Implantat	nije pokriven	800 – 1.200 €

201	Ana Čop dr. med. specijalist obiteljske medicine	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata zainteresirana.javnost@hzzo.hr	

	Brestovac, 06.05.2026.	**PREDMET:** Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, podržavam Vaša nastojanja da novim načinom financijskog ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu unaprijedite dostupnost i kvalitetu usluga te osigurate bolje kadrovsko popunjavanje u sustavu primarne zdravstvene zaštite. Pozitivno je povećanje cijene DTP postupaka te uvođenje novih DTP-ova, što predstavlja korak prema realnijem vrednovanju dijela rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Međutim, i dalje je prisutan nesklad između stvarnog opsega rada i mogućnosti njegova evidentiranja, osobito u segmentu svakodnevnih i administrativnih poslova koji nisu obuhvaćeni odgovarajućim DTP šiframa ili su nedostatno financijski vrednovani, iako čine značajan dio opterećenja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Također, rad liječnika u posebnim uvjetima, poput skrbi za korisnike domova za starije i nemoćne osobe, trenutačno nije adekvatno dodatno vrednovan. Nerijetko je riječ o izrazito kompleksnim slučajevima, odnosno pacijentima s multimorbiditetom, koji su istovremeno nepokretne i/ili dementne osobe, što zahtijeva značajno više vremena, stručnog angažmana i kontinuirane skrbi. Kao liječnik specijalist obiteljske medicine zaposlen u domu zdravlja, želim istaknuti kako predloženi model financiranja, prema dostupnim informacijama, neće imati značajan utjecaj na primanja liječnika zaposlenih u domovima zdravlja.	Nije predmet ovog savjetovanja Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeni rad reguliran je posebnom Odlukom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

		S obzirom na to da je jedan od deklariranih ciljeva ovih izmjena povećanje interesa mladih liječnika za specijalizaciju iz obiteljske medicine, smatram da predložene mjere u ovom obliku neće postići željeni učinak. Financijski i organizacijski poticaji, kako su trenutno definirani, čini se da su primarno usmjereni na privatne ordinacije u ugovornom odnosu s HZZO-om, dok liječnici zaposleni u domovima zdravlja ostaju bez usporedivih benefita. Dodatno, potrebno je uzeti u obzir da je pristup privatnoj praksi, odnosno dobivanje ugovora s HZZO-om, u praksi ograničen i često dugotrajan proces, što mladim liječnicima čini ovaj model teško dostupnim u ranim fazama karijere. Slijedom navedenog, predlažem: 1. uvođenje DTP šifri za administrativne i svakodnevne kliničke aktivnosti i primjereno financijsko vrednovanje istih 2. mogućnost kombiniranja nekih DTP postupaka koji do sada nisu bili mogući (npr. otoskopija s prvim ili kontrolnim pregledom, i sl.) 3. dodatno vrednovanje rada u domovima za starije i u skrbi za kompleksne bolesnike 4. razmatranje uvođenja modela racionalnog korištenja zdravstvene zaštite, kojim bi se omogućilo **bolje upravljanje učestalim kontaktima pojedinih pacijenata** uz očuvanje dostupnosti za one s većim zdravstvenim potrebama **5. razmatranje modela financijskih poticaja koji će biti jednako dostupni liječnicima u domovima zdravlja,** **6. jasnije definiranje mehanizama koji omogućuju mladim liječnicima lakši pristup ugovornom statusu,** **7. uvođenje dodatnih mjera koje će konkretno poboljšati materijalni i radni**	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novih DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.

		položaj liječnika u javnom sustavu. Bez ravnomjernog uključivanja liječnika u domovima zdravlja u financijske i organizacijske poticaje, postoji rizik da predložene izmjene dodatno prodube razlike unutar primarne zdravstvene zaštite, te ovakav model neće značajno utjecati na privlačenje i zadržavanje kadra u javnom sustavu primarne zdravstvene zaštite. S poštovanjem,	
202	Jadranka Karuza, specijalistica obiteljske medicine Naslovna asistentica na Katedri za obiteljsku medicinu	Poštovani, Podržavam sve prijedloge koje je navela Koordinacija hrvatske obiteljske medicine, također i Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine i Hrvatsko onkološko društvo. Pridodala bih još ovo: Osvrt na uvođenje DTP-a za **panel za bolesti dojke**. Radi se o alatu koji bi na jednom mjestu objedinio sve relevantne podatke o rizicima i obolijevanju od raka dojke. Ne moram posebno	

	Medicinskog fakulteta u Rijeci Potpredsjednica podružnice PGŽ Koordinacije hrvatske obiteljske medicine Članica Hrvatskog društva obiteljskih doktora i Društva nastavnika opće/obiteljske medicine	naglašavati da se radi o najčešćem malignomu u žena i onome koji i danas ima visoku smrtnost. Sam panel je osmišljen na način da educira obiteljske liječnike o što ranijem prepoznavanju simptoma raka dojke, o brzom putu simptomatskih pacijentica u sustav multidiscipinarnog tima i liječenja. Također je osmišljen da prepoznaje žene povišenog (umjerenog i visokog) rizika te potrebu za ranijim upućivanjem na probirne pretrabe. Panel omogućuje prepoznavanje žena koje imaju indikaciju za upućivanje na genetičko savjetovanje. Omogućuje bilježenje podataka o promjenjivim i nepromjenjivim čimbenicima rizika te uključuje i kalkulator za izračun rizika. U panelu se bilježe sve probirne i dijagnostičke pretrage sa sustavom podsjetnika/alarma na predstojeću ili propuštenu pretragu. U panelu se bilježe i podaci o samom raku dojke – podtip tumora, stadij, proširenost. Ono što bi posebno željela naglasiti jest: panel ni na koji način nije u suprotnosti s Nacionalnim programom ranog otkrivanja raka dojke (NPP)! Upravo suprotno. Zamišljen je kao mogućnost liječnicima obiteljske medicine da se sa svoje strane uključe i motiviraju žene koje se nisu odazvale ili su propustile mamografiju u sklopu NPP-a. Podsjećam da je još s uvođenjem preventivnih pregleda HZJZ otvorio e-mail adrese svih županijskih koordinatora za NPP. Kroz panel za dojku omogućeno je odmah po kontaktu sa ženom koja se nije odazvala na NPP i provedene motivacije za uključivanje, uputiti e-mail s podacima žene županijskom koordinatoru. Ovakva praksa u Primorsko-goranskoj županiji provodi se već nekoliko godina sa odličnom suradnjom između obiteljskih liječnika i koordinatora NPP-a. (Čim pošaljemo e-mail iz panela županijskom koordinatoru, odmah od njih povratno i mi i pacijentica čije smo im kontakt podatke dostavili dobijamo termin mamografije u sklopu NPP-a što smatram izuzetno nekompliciranim, brzim i efikasnim i zasigurno može pridonijeti boljem odazivu što nam je zajednički cilj, a svakako i cilj Nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030, kao i njegovog akcijskog plana). Naglasila bih da je važna svrha panela i skrb o ženama koje dobno ne pripadaju NPP-u (za sada mlađe od 49 i starije od 70). Ideja panela je motivirati i educirati liječnike obiteljske medicine na skrb o ovim dobnim skupinama i što raniju detekciju žena povišenog rizika kako ne bi bile prepuštene same sebi ili čekale dob uključivanja u NPP. Sam DTP panela za dojku predlažem da bude prve razine, dok bi DTP uključivanja žena u NPP trebao jednake kategorije kao i NPP za rak pluća. Panel je u cijelosti u skladu sa stručnim smjernicama, a napose	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu.

		hrvatskim smjernicama za radiološko dijagnosticiranje i praćenje bolesnica oboljelih od raka dojke i hrvatskim smjernicama za genetičko savjetovanje na nasljedni rak dojke i jajnika. Napominjem da rad kroz panele uz dodjelu DTP-a omogućuje sustavno praćenje izvršenja, ali što je još važnije – praćenje ishoda liječenja. Panel je također dobro mjesto unutar zdravstvenog kartona pacijentica za vezu obiteljskih liječnika sa multidisciplinarnim timom i ostalim specijalističkim granama jednom kada e-karton zaživi u praksi. Predlažem u buduće po uzoru panela za dojku kreirati i panel za kolorektalni rak upravo s ciljem procjene rizika, poboljšanja oportunističkog probira i većeg angažmana obiteljskih liječnika oko uključivanja pacijenata u NPP za rak pluća i poboljšanja odaziva. Osobito želim podržati i DTP-e za panel za kroničnu bubrežnu bolest i astmu. Predlažem stručnu reviziju panela za dijabetes koji je izrazito nefunkcionalan, zastario i nije u skladu sa novim stručnim smjernicama. Panel za hipertenziju također, a možda bi bilo daleko bolje da isti bude pretvoren u jedinstveni panel za kardiovaskularne bolesti. Na koncu predlažem mogućnost da se kronična terapija na dulje vrijeme podiže u ljekarnama. Smatram da su ljekarnici zdravstveni radnici kompetentni za takav rad i da takva praksa postoji u inozemstvu. Ponovljivi recept kakav je sada nije funkcionalan, u mnogočemu je ograničavajući i većinom nije zaživio. U sadašnjoj praksi pacijenti nazivaju svakih nekoliko dana za po jednu kutiju lijeka. Time se nepotrebno opterećuju telefoni, e-mailovi, dolasci, telefonske sekretarice i sl, a da pacijent zapravo ne dobiva kvalitetnu skrb. Jer može se dogoditi da na ovaj način naručuje lijekove kroz dulje razdoblje, a bez da je stvarno bio na liječničkom pregledu i da je zaista procijenjeno njegovo trenutno stanje. Predlažem kronični recept na razdoblje od 6 mjeseci do godine dana uz nakon toga obavezu liječnika obiteljske medicine da napravi kompletan pregled sa procjenom trenutnog stanja i svih komplikacija te regulacije pacijentove kronične bolesti- sve evidentirano u zdravstveni karton. Do tog pregleda pacijent podiže svoju terapiju u ljekarni bez stalnog pozivanja ordinacije. Slažem se s 32. prijedlogom Koordinacije hrvatske obiteljske medicine o DTP-u OM224 uz dodatak da je potrebno izbaciti obavezu uključivanja kortikosteroida među 1-3 inhalatorna	Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja. Navedeno zahtijeva detaljniju stručnu razradu. Nije predmet ovog savjetovanja. Nije predmet ovog savjetovanja.

		lijeka jer ne vidim razliku u provođenju inhalacije salbutamola, ipratropija ili sl sa i bez kortikosteroida. Dodatno – potrebno je uvesti novi DTP liječničkog upisa u zdravstveni karton pacijenta bez prisustva pacijenta. Često upisujemo uvid u prispjele nalaze i plan daljnjeg liječenja prije nego je pacijent ponovno došao u ordinaciju i sl, a nemamo to kako prikazati. Ako se koristi dosadašnji DTP – timska konzultacija ili konzultacija, pacijenti koji putem e-građana imaju uvid u svoje kartone opravdano nas pitaju s kime smo se to konzultirali i sl. Nepotrebno komplicirana praksa. Sam DTP može biti prve razine.	Nije predmet ovog savjetovanja. Za uvođenje novog DTP-a na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je prijedlog/zahtjev za uvođenje novog DTP-a, uz prethodno pribavljeno mišljenje stručnog društva i komore dostaviti HZZO-u.
203	Zrinka Blažeković	Poštovani, Vaš prijedlog da se trepanacija i toxavit prebace u nultu razinu je nama doktorima u manjim gradovima neprihvatljiv, jer su to usluge koje često radimo pacijentima van našeg tima, kao hitnu uslugu. Znači, u moju redovnu radnu subotu dolaze pacijenti koje zbrinjavam na taj način, iako im ja nisam izabrani stomatolog, a sve zato što Bjelovar nema organizirano dentalno dežurstvo. Dakle, primim 10 pacijenata, trepaniram tim pacijentima zube, stavim toxavit ili incidiram i za to sve fakturiram HZZO-u 0 eura?Radim cijeli dan za ništa. Također, djeci čistimo zubni kamenac jer je hrvatsko stanovništvo takvo (najlošije u Europi po oralnoj higijeni) tako da nije u redu da i tu uslugu vrednujete za 0 eura DTP-a. Ionako radimo već jako puno usluga koje nam ne plaćate. Npr. fakturiramo HZZO-u ispun, a ustvari smo radili gingivektomiju da bi uopće mogli adaptirati matricu i napraviti ispun. Takav ispun onda ne traje pola sata, nego vremenski puno duže, a to se nigdje ne vidi i ne bilježi. Upravo zbog takvog manuelnog i vrlo često kirurškog posla kojeg obavljamo, mi ne možemo u	Nije predmet ovog savjetovanja. Tim dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) ne ostvaruje sredstva samo po osnovi dijagnostičko-terapijskih postupaka već ostvaruje i sredstva osnovom hladnog pogona, glavarine QI, KPI te skupne prakse. Standardni broj osiguranih osoba po timu, koji utječe i na potreban broj timova u Mreži, kao i na način financiranja timova, je pitanje šire rasprave.

		jednom danu obaviti broj pacijenata kojeg opća ili ginekologija obavlja. Stoga smatram da bi se veličina standardnog tima za dental trebale smanjiti i biti manje nego kod opće prakse.	
204	Iva Martinac, spec.pedijatrije	Poštovani, u nastavku je moj osobni osvrt na Nacrt odluke o izmjenama i dopunama odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u nastavku teksta Nacrt). Sljedeće odluke smatram nepravednima: 1. <u>Godišnja vrijednost standardnog tima zdravstvene zaštite predškolske djece izjednačena je s istom drugih djelatnosti (OM), iako je hladni pogon značajno viši u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece zbog većih rashoda.</u> Ovo smatram velikom nepravdom obzirom da su stavke zbog kojih je viši HP kod pedijatara viši troškovi režija (uvjetovani zakonski propisanom većom kvadraturom prostorija) i viši troškovi održavanja opreme. Ako su nam rashodi viši od onih u obiteljskoj medicini (OM), tada nam i ukupni prihodi moraju biti viši barem za razliku iznosa hladnog pogona (i glavarine) jer je on odraz višeg rashoda pedijatrijskih timova. Trenutni nacrt govori u prilog potplaćenosti pedijatrijskih timova u odnosu na druge djelatnosti. 2. <u>Priznavanje svega do 130% DTP-a za zdravstvenu zaštitu predškolske djece</u> Na nedavnoj konferenciji za medije Ministrica je govorila o povećanju plaćanja DTP-a od 160-180%. Zašto se učinjeni rad priznaje selektivno samo nekim djelatnostima- (liječnicima OM do 180%, specijalistima ginekologije do 150%)? Nameće se odgovor da su pedijatri „kažnjeni“ najnižim priznavanjem DTP-a od svih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite samo zato što imaju viši hladni pogon (koji je uvjetovan višim troškovima ordinacija) i visoku glavarinu (uvjetovanu velikim brojem djece po ordinaciji zbog nedostatka pedijatara).	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaranju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 188. i 191. te se upućuje na odgovore dane pod navedenim rednim brojevima.

		Zbog gore navedenog, nažalost sam primorana zaključiti da HZZO i Ministarstvo zdravstva nisu prepoznali koliko su pedijatri u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trenutno ugrožena i značajna djelatnost. Zbog toga podsjećam nadležne na sljedeće činjenice: - trenutno u Hrvatskoj nedostaje 37% ukupnog broja primarnih pedijatara (105 pedijatara od ukupno 282) – prema mreži HZZO-a nedostaje 66 timova + 39 pedijatara nedostaje za postojeće TBN timove - prosječan broj pacijenata iznosi približno 1200 pacijenata po timu (prema mreži HZZO-a 1174/tim, a prema podacima ugovorenih sadržaja HZZO-a 1230/tim)- napominjemo da cjelokupnu kurativu odrađujemo u polovici radnog vremena, dok u drugoj polovici radimo preventivne preglede i cijepljenja - standardni pedijatrijski tim upiše godišnje oko 130 novorođenčadi, veći timovi i do 170-180. Kad bi radio prema zakonom predviđenim vremenskim normativima, s dnevno 8-10 sistematskih pregleda, standardni tim bi gotovo cjelokupno radno vrijeme radio samo preventivnu zdravstvenu zaštitu (svako dijete samo u prvih godinu dana mora obaviti 6 sistematskih pregleda). - kurativni dio rada odnosi se većim dijelom na preglede akutno bolesne djece koji se rijetko mogu odgoditi na nekoliko dana, stoga je mogućnost naručivanja na preglede kako bi se približili radu unutar normativa značajno otežana. - tijekom korištenja godišnjih odmora mijenjamo se timski, ponekad su, zbog nedostatka kadra, u zamjene uključena i po tri tima što znači da tada jedan pedijatar i jedna medicinska sestra pruža zdravstvenu zaštitu (u polovici radnog vremena predviđenoj za kurativni dio rada) prema 3500 – 4000 pacijenata. Zbog svega navedenog vjerujem da razumijete našu rezignaciju činjenicom da smo djelatnost kojoj HZZO priznaje najniži postotak DTP-a (izvršenog rada)	

		od svih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite. I da je pritom jedina računica HZZO-a izjednačiti sveukupna prihodovanja svih djelatnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti bez obzira na trenutnu najveću ugroženost upravo naše struke i njezine specifičnosti (rad u kojem se kurativa provodi tek u polovici radnog vremena, velika preventivna djelatnost uvjetovana neodgodivim sistematskim pregledima). 3. <u>Godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi 0-7 godina iznosi 26,79 eura (izjednačeno s iznosom za istu dobnu skupinu s liječnicima obiteljske medicine)</u> Ne umanjujem vrijednost liječnika obiteljske medicine i pozdravljam porast vrijednosti glavarina. Ali specijalist obiteljske medicine ne može pružati istu kvalitetu zdravstvene zaštite dojenčadi i maloj djeci kao specijalist pedijatrije. Edukacija iz pedijatrije za vrijeme specijalističkog usavršavanja liječnika na specijalizaciji traje 5 godina, a u našim ordinacijama ne smije raditi nitko osim drugog specijalista pedijatrije. Podsjećamo, specijaliste obiteljske medicine mogu mijenjati liječnici bez završenog specijalističkog ispita, a specijalizanti OM imaju svega 3 mjeseca pedijatrijskog staža za vrijeme specijalizacije. Stoga je neosporno da je kvaliteta pružanja zdravstvene zaštite djeci 0-7 godina najveća upravo u pedijatrijskim ordinacijama. Stupanj povjerenja roditelja naših osiguranika u pedijatra ovdje bih izdvojila kao najveći faktor koji utječe na kvalitetu pružanja naše usluge. Kad vjeruješ svom liječniku, ne tražiš drugo niti treće mišljenje po bolničkom sustavu ili hitnim službama. Kad vjeruješ svom liječniku, cijepiš svoje dijete. Kad vjeruješ svom liječniku, ne dolaziš u ordinaciju po uputnicu, već dolaziš kako bi izliječio tvoje dijete. Kad vjeruješ svom liječniku, a imaš kronično bolesno dijete, tražiš savjet, podršku i aktivno sudjelovanje svog liječnika u djetetovoj bolesti. Kad nekome vjeruješ, a taj netko je liječnik u javnom zdravstvu, imaš povjerenja u sustav i zadovoljan si s funkcioniranjem države u kojoj živiš. Mi, unatoč ponuđenom novom Nacrtu, vjerujemo u HZZO i Ministarstvo zdravstva,	

		i nadamo se da ćete prepoznati naš značaj u funkcioniranju rada primarne zdravstvene zaštite. 4. <u>Za kvalitetan rad primarnog pedijatra nužno je spustiti standardni broj pacijenata na 850</u> U sljedeće 2-3 godine trebalo bi doći do boljeg popunjavanja mreže primarnih pedijatara (zbog većeg broja raspisanih specijalizacija 2022 g.). Mladi žele raditi, obiluju znanjem i entuzijazmom prema svom poslu. Ali u postojećem modelu funkcioniranja pedijatrijskih ordinacija, brojni neće ostati (povećanom odljevu mladih specijalista već i svjedočimo). Pedijatar bi trebao zauzeti ključno mjesto u nacionalnom okviru za probir na razvojna odstupanja u ranom djetinjstvu, biti onaj koji će vršiti probir, usmjeravati pacijenta na dijagnostiku i habilitaciju kroz terapijske ustanove unutar zdravstvene i socijalne skrbi, pratiti ga i povezivati cijeli sustav podrške u Ranoj intervenciji u djetinjstvu. Ali uz sadašnji nametnuti visoki broj pacijenata, to nije moguće. Pedijatar bi trebao biti onaj koji obrađuje pacijenta s brojnim kroničnim stanjima i tek selektivno, po dijagnosticiranju bolesti ili potrebi daljnje kompleksnije dijagnostike, šalje prema bolničkom sustavu. Ali uz sadašnji nametnuti prevelik broj pacijenata, ovaj model se često vrlo otežano ostvaruje. Pedijatar bi također trebao imati više vremena za preventivnu zdravstvenu zaštitu, kako bi cjepni obuhvati bili viši, kao i kvaliteta preventivnih savjetovanja. U današnje vrijeme „infodemije“ mladi roditelji su potpuno izgubljeni, ni u koga nemaju povjerenja. Kvalitetnim savjetovanjem značajno bi podigli razinu zdravstvene edukacije populacije čime bi smanjili pritiske prema hitnim službama. Manjim pritiskom pacijenata, otvorile bi se dodatne mogućnosti edukacije pedijatara u ultrazvučnim vještinama, u vještinama pokazivanja razvojnih	

		fizikalnih terapija, primjeni krioterapije , i brojnim drugim dodatnim edukacijama čime bi se uvelike rasteretio postojeći bolnički zdravstveni sustav u pružanju istih usluga. 5. Smatram velikom nepravdom nad našom strukom selektivno brisanje određenih dobnih skupina iz naših timova, iako im mi jedini pružamo primarnu kurativnu zdravstvenu zaštitu. Riječ je o dobnim skupinama 7-14 godina koji nisu priznati u naš svakodnevni rad (30 % populacije naših ordinacija), i o dobnoj skupini 14-18 godina (5% populacije u našim ordinacijama) za koje ne dobivamo nikakva financijska sredstva i nisu priznati u naš svakodnevni rad iako su kao osiguranici HZZO-a opredijeljeni u naše timove i jedino im mi pružamo kurativnu zdravstvenu zaštitu. 6. Velika je nepravda da smo jedina djelatnost u domeni primarne zdravstvene zaštite za koju ne postoji gornja granica broja opredijeljenih osiguranika (Pravilnik o načinu izbora doktora primarne zdravstvene zaštite (NN 8/2024)). Odnosno, novorođenče roditelji imaju pravo upisati i u tim koji je maksimalno popunjen. Prema tom zakonu, bio bi dovoljan samo jedan pedijatrijski tim u Hrvatskoj koji bi bio prisiljen skrbiti za svih 32 400 rođenih svake godine. Smatram nužnom hitnu promjenu tog Pravilnika u svrhu zaštite primarne pedijatrije. Novorođenčad se može preusmjeriti ili u prvi sljedeći pedijatrijski tim koji nema maksimalan broj opredijeljenih osoba ili, ukoliko takav tim ne postoji u istom gradu, u ordinaciju obiteljske medicine. Unaprijed zahvaljujem na razumijevanju uz lijepi pozdrav	
205	Anja Valentin Jurlina, dr. med	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) Margaretska 3 10000 Zagreb **Predmet:** Primjedbe i prijedlozi u postupku savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani,	

		pozdravljam donošenje predmetnog Prijedloga kao rezultat rada Radne skupine za unapređenje primarne zdravstvene zaštite. Međutim, smatram kako dio prethodno usuglašenih stavova nije uključen u tekst Prijedloga, što predstavlja značajan nedostatak. Pozitivnim ocjenjujem povećanje financijskih ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu, koja dugoročno predstavljaju isplativ i održiv model zdravstvenog sustava. Istodobno naglašavam kako je postupak savjetovanja prilika za dodatno unaprjeđenje predloženih rješenja. S tim ciljem iznosim sljedeće prijedloge: **1. PRIJEDLOG: Dodatna financijska valorizacija specijalista obiteljske medicine** OBRAZLOŽENJE: Specijalizacija iz obiteljske medicine predstavlja višegodišnje strukturirano stručno usavršavanje koje osigurava stjecanje specifičnih kompetencija nužnih za samostalno i kvalitetno obavljanje djelatnosti obiteljske medicine. Važno je naglasiti kako završetak medicinskog fakulteta sam po sebi ne osigurava dostatnu razinu znanja i vještina potrebnih za opseg i složenost poslova u obiteljskoj medicini. Čak ni obavljanje pripravničkog staža (sekundarijata) ne može u potpunosti nadomjestiti specijalističko usavršavanje, već predstavlja tek ograničenu pripremu za samostalan rad u ovom području. S obzirom na navedeno, oslanjanje sustava na liječnike bez završene specijalizacije iz obiteljske medicine predstavlja nužno prijelazno rješenje, ali dugoročno nosi rizik za kvalitetu zdravstvene zaštite i održivost sustava. Takva praksa nije posljedica individualnog izbora pojedinih liječnika, već sistemskih okolnosti, no upravo zato zahtijeva jasno postavljene standarde i poticaje za njihovo unaprjeđenje. Istodobno, nedovoljna financijska i profesionalna valorizacija specijalizacije iz obiteljske medicine značajno smanjuje interes mladih liječnika za ovaj oblik usavršavanja, što dodatno produbljuje postojeće kadrovske probleme. Bez jasne i vidljive razlike u vrednovanju specijalista, nije realno očekivati dugoročno stabilan i kvalitetan razvoj djelatnosti. Stoga predlažem: • povećanje glavarine za specijaliste obiteljske medicine i/ili • uvođenje dodatnog korektivnog koeficijenta i/ili	Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje.

		• uvođenje posebnog dodatka za završenu specijalizaciju s ciljem jasne, održive i sustavno poticajne diferencijacije u odnosu na doktore medicine bez specijalizacije, kao preduvjeta za očuvanje kvalitete i buduće održivosti obiteljske medicine. **2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja liječnika PZZ zbog preporuka drugih liječnika** OBRAZLOŽENJE: Odgovornost mora biti individualna – svaki liječnik odgovara za vlastite indikacije. Predlažemo: • omogućavanje bolničkim liječnicima izdavanja recepata • potpunu integraciju u CEZIH sustav • isključenje odgovornosti liječnika PZZ za tuđe indikacije **3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorne klauzule o jednostranom umanjenju prihoda** OBRAZLOŽENJE: Postojeća odredba protivna je Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju. HZZO eventualnu štetu može potraživati isključivo sudskim putem, a ne jednostranim umanjenjem prihoda. **4. PRIJEDLOG: Uvođenje trećeg člana tima (zdravstveni suradnik)** OBRAZLOŽENJE: Administrativno opterećenje kontinuirano raste. Predlažemo: • mogućnost (ne obvezu) uvođenja trećeg člana • povećanje hladnog pogona za timove s 3 člana **5. PRIJEDLOG: Smanjenje standardnog broja osiguranika po timu** OBRAZLOŽENJE: Predlažemo: • minimum 1000 • standard 1200 • maksimum 1500 uz odgovarajuće prilagodbe glavarine. **6. PRIJEDLOG: Puni iznos hladnog pogona za sve timove** OBRAZLOŽENJE: Ovo je već komunicirano kao usuglašeno rješenje te ga je nužno implementirati. **7. PRIJEDLOG: Ujednačavanje glavarine na 180% za sve timove** OBRAZLOŽENJE:	Ostale primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		Ne postoji opravdanje za destimulaciju većih timova. **8. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta DTP-a na 15,00** OBRAZLOŽENJE: Trenutna vrijednost ne odražava realnu vrijednost rada. **9. PRIJEDLOG: Povećanje laboratorijskih limita za 100%** OBRAZLOŽENJE: Rast kroničnih bolesti zahtijeva veći opseg dijagnostike. **10. PRIJEDLOG: Povećanje limita za lijekove za 100%** OBRAZLOŽENJE: Napredak terapije ne smije dovoditi do financijske penalizacije liječnika. **11. PRIJEDLOG: Povećanje limita za DTP postupke (25% / 40%)** OBRAZLOŽENJE: Bez toga nema stvarne motivacije za ulaganje u opremu i razvoj. **12. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora** OBRAZLOŽENJE: Ugovorni odnos podrazumijeva ravnopravno sudjelovanje svih strana. Dosadašnja praksa pokazuje da se ugovori mijenjaju jednostrano od strane HZZO-a, bez stvarnog pregovaračkog procesa. Predlažemo sklapanje ugovora na neodređeno vrijeme, uz izmjene koje se provode isključivo kroz pregovore s legitimnim predstavnicima ugovornih subjekata. **13. PRIJEDLOG: Izuzimanje određenih stavki iz QI i KPI parametara** OBRAZLOŽENJE: Smatram kako pokazatelji kvalitete i učinkovitosti (QI i KPI) ne bi smjeli uključivati postupke i propisivanje koje nije rezultat moje samostalne indikacije, već preporuke specijalista sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Predlažem da se iz QI i KPI parametara izuzmu: • uputnice i laboratorijske pretrage učinjene prema preporuci SKZZ specijalista • lijekovi propisani prema preporuci SKZZ specijalista • antibiotici propisani prema preporuci SKZZ specijalista • antibiotici propisani neopredijeljenim pacijentima Uključivanje navedenih stavki dovodi do iskrivljenog prikaza kvalitete rada i nepravedne penalizacije. **14. PRIJEDLOG: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu za 20%**	

		OBRAZLOŽENJE: Smatram kako je potrebno uskladiti cijenu rada s rastom troškova života, inflacijom i povećanim opterećenjem rada u dežurstvima. **15. PRIJEDLOG: Ukidanje ograničenja kombiniranja DTP postupaka** OBRAZLOŽENJE: Ograničenja u kombiniranju DTP postupaka ne odražavaju stvarni klinički rad. Predlažem omogućavanje kombiniranja pregleda s drugim dijagnostičko-terapijskim postupcima (otoskopija, rinoskopija, savjetovanje i dr.), kako bi se osigurala realna evidencija i valorizacija obavljenog rada. **16. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za vođenje panela kronične bubrežne bolesti (OM177)** OBRAZLOŽENJE: S obzirom na prevalenciju kronične bubrežne bolesti i već implementirane alate u praksi, smatram nužnim uvesti DTP koji valorizira sustavno praćenje ovih bolesnika. **17. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za cijepljenje izvan kalendara cijepljenja** OBRAZLOŽENJE: Predlažem uvođenje posebnog DTP-a za cijepljenje protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19, uz vanlimitno plaćanje. Time bi se dodatno potaknulo provođenje cijepljenja na razini primarne zdravstvene zaštite. **18. PRIJEDLOG: Uvođenje DTP-a za ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika** OBRAZLOŽENJE: Ispunjavanje validiranih upitnika zahtijeva vrijeme i stručnu procjenu te ga je potrebno adekvatno vrednovati. **19. PRIJEDLOG: Usklađivanje procjene kardiovaskularnog rizika s važećim smjernicama** OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritmi su zastarjeli i ne odražavaju suvremene smjernice (SCORE2). Predlažem njihovo usklađivanje radi točnije procjene rizika i sigurnijeg liječenja bolesnika. **20. PRIJEDLOG: Proširenje DTP-a BT019 na testiranje gripe i RSV-a** OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi imaju široku primjenu i omogućuju racionalnije liječenje te smanjenje nepotrebne primjene antibiotika. **21. PRIJEDLOG: Izmjena DTP-a BT020 (testovi s uključenim troškom)** OBRAZLOŽENJE:	

		Isti razlozi kao kod prethodnog prijedloga – potrebno je uskladiti naziv i opseg s realnom praksom. **22. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM143 (kirurški zahvat)** OBRAZLOŽENJE: Riječ je o zahtjevnom postupku koji uključuje pregled i obradu te zahtijeva adekvatnu valorizaciju i stimulaciju izvođenja u PZZ. **23. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM222 (TENS terapija)** OBRAZLOŽENJE: Postupak zahtijeva opremu i resurse te može značajno smanjiti opterećenje sekundarne razine zdravstvene zaštite. **24. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM202 (dermatoskopija)** OBRAZLOŽENJE: Rana dijagnostika melanoma ima ključnu ulogu u ishodu liječenja, stoga je potrebno potaknuti provođenje ovog postupka u PZZ. **25. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM140 (uvođenje inzulinske terapije)** OBRAZLOŽENJE: Radi se o složenom i odgovornom postupku koji zahtijeva visoku razinu stručnosti te ga je potrebno adekvatno valorizirati. **26. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta DTP-a OM404 (obrada nakon otpusta)** OBRAZLOŽENJE: Obrada bolesnika nakon otpusta uključuje kompleksne aktivnosti i značajno vremensko opterećenje. **27. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za telefonske i e-konzultacije** OBRAZLOŽENJE: Ovi oblici rada zahtijevaju vrijeme i odgovornost te ih je potrebno adekvatno vrednovati. **28. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za savjetovanje u ambulanti** OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje predstavlja temeljni dio rada liječnika obiteljske medicine i često uključuje kompleksnu komunikaciju i donošenje odluka. **29. PRIJEDLOG: Unaprjeđenje DTP-a OM403 (neopredijeljeni pacijenti)** OBRAZLOŽENJE:	

		Rad s neopredijeljenim pacijentima zahtijeva dodatno vrijeme i nosi povećanu odgovornost. **30. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za proširenu pregled** OBRAZLOŽENJE: Pregledi koji uključuju više organskih sustava zahtijevaju više vremena i kompleksniji pristup. **31. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za EKG** OBRAZLOŽENJE: Postupak zahtijeva opremu, znanje i interpretaciju nalaza te mora biti adekvatno vrednovan. **32. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za inhalacijsku terapiju** OBRAZLOŽENJE: Postupak uključuje trošak opreme i lijekova te zahtijeva adekvatnu valorizaciju. **33. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za spirometriju** OBRAZLOŽENJE: Radi se o dijagnostičkom postupku koji zahtijeva opremu, edukaciju i iskustvo. **34. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za uzimanje krvi u ordinaciji** OBRAZLOŽENJE: Postupak je zahtjevniji od usporedivih administrativnih aktivnosti i mora biti adekvatno vrednovan. **35. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenata za osnovne dijagnostičke postupke (ORL, peak-flow)** OBRAZLOŽENJE: Za izvođenje ovih postupaka potrebna je oprema i stručnost te ih je potrebno bolje valorizirati. **36. PRIJEDLOG: Povećanje koeficijenta za vođenje panela kroničnih bolesnika** OBRAZLOŽENJE: Sustavno praćenje kroničnih bolesnika predstavlja ključan segment rada u obiteljskoj medicini. **37. PRIJEDLOG: Primjena izmjena od 1. svibnja 2026.** OBRAZLOŽENJE: Navedeni rok već je ranije komuniciran te ga je potrebno zadržati. **38. PRIJEDLOG: Omogućavanje prijenosa sredstava u narednu godinu** OBRAZLOŽENJE: Predlažem omogućavanje prijenosa sredstava ostvarenih izvan limita kako bi se osigurala pravednija	

		raspodjela i korištenje ostvarenog rada. Zaključno, smatramo da predložene izmjene predstavljaju pomak u pozitivnom smjeru, ali bez uvažavanja navedenih prijedloga neće biti dostatne za osiguranje dugoročne održivosti i kvalitete primarne zdravstvene zaštite. Molimo da se izneseni prijedlozi razmotre i ugrade u konačni tekst Odluke. S poštovanjem, Anja Valentin Jurlina, dr. med. U Đakovu, 06. svibnja 2026	
206	Prim. Ines Balint dr.med. Predsjednica Povjerenstva za PZZ HLK	U Zagrebu, 6. svibnja 2026. **Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **zainteresirana.javnost@hzzo.hr** **PREDMET:** Savjetovanja s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, Ovim putem izražavam podršku financijskom ulaganju u primarnu zdravstvenu zaštitu(PZZ) s ciljem održivosti primarne zdravstvene zaštite , većoj kvaliteti pruženih usluga, ulaganju u nove dijagnostičke postupke s ciljem bolje kvalitete zdravstvene zaštite, boljih ishoda liječenja i manje opterećenje sekundarne zdravstvene zaštite. Osim boljih financijskih uvjeta potrebno je smanjiti ogromno administrativno rasterećenje timova PZZ kako bi prestali biti administratori kompletnog zdravstvenog sustava, štampači nalaza a naše visoko obrazovane medicinske sestre telefonistice i	

		administratorice u postupku e-naručivanja na indikaciju SKZZ a nemaju ovlasti po nalogu liječnika naručiti cjepivo ili upisati novog pacijenta. Potrebno je u hladni pogon uvrstiti sredstva za plaću medicinskih sestara/tehničara s višom i visokom stručnom spremom kako bi i oni bili motivirani raditi u PZZ obzirom da sestara sa srednjom stručnom spremom ima sve manje na tržištu rada. Upućujem vam nekoliko prijedloga za administrativno rasterećenje za koje nisu potrebna dodatna financijska sredstva : 1. Educirati pacijente da se mogu naručiti na pregled u SKZZ putem e-naručivanja. 2. Nakon pregleda u SKZZ odmah naručiti pacijenta na kontrolni pregled/obradu. Ukoliko pacijent odustane izabrani doktor može jednostavno obrisati narudžbu dok proces e-naručivanja koji se od nas traži traje nekada i više od 10 minuta. 3. Uz bilježenje postupka Prijava ozljede na radu omogućiti fakturiranje SVIH postupaka koji su pacijentima pruženi prilikom dolaska na pregled npr. zbrinjavanje rane, šivanje rane , previjanje, cijepljenje… 4. Obrazac Prijava ozljede na radu putem CEZIH-a slati u HZZO 5. Fizikalna terapija u kući i zahtjev za stacionarnom rehabilitacijom –fizikalnu terapiju u kući ili stacionarno liječenje fizikalnom terapijom odobrava Povjerenstvo HZZO-a uz preporuku fizijatra ili nakon bolničkog liječenja. Predlažemo da predlagatelj (fizijatar, ortoped, traumatolog, neurolog…) prilikom pregleda i preporuke odmah ispuni i obrazac Prijedloga za fizikalnu terapiju te da se obrazac putem CEZIH-a upućuje na odobrenje u HZZO . Ukoliko nije moguće na ovaj način slati obrazac pacijent ili obitelj će nakon pregleda fizijatra ili bolničkog liječenja odmah obrazac odnijeti u PU HZZO-a na odobrenje a ne 2x dolaziti svom obiteljskom doktoru.	Nije predmet ovog savjetovanja. Navedena pitanja uređena su drugim propisima.

		6. Printanje nalaza: upozoriti sve dionike sustava da su dužni slati nalaze putem cezih sustava te omogućiti da svaki doktor u sustavu vidi nalaz. Osiguranike educirati da mogu nalaz vidjeti u e-građaninu. Ovo je još jedan od poslova koji je posljednjih nekoliko godina prebačen na obiteljsku medicinu . Ovim putem šaljem i primjedbe vezano za nove Ugovore . 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Ugovaranje podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, no dosadašnja praksa jasno je pokazala da je to još uvijek jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao svojim odlukama. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme. Također predlažem da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih prava/obveza sukladno Zakonu o obveznim odnosima. Pregovarač u ime liječničkih ordinacija može sukladno svojim ovlastima biti Hrvatska liječnička komora. Sve dopune mogu se po potrebi regulirati aneksom Ugovora. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje „kažnjavanja" izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka za propisivanje terapije od strane drugih liječnika u sustavu(kolega koji rade u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti). OBRAZLOŽENJE: Godinama predlažemo da se omogući sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti - tzv. bolničkim doktorima, pisanje recepata i obavezno poštivanje već mogućeg internog upućivanja i naručivanja. (Isto tako, omogućiti bolničkim doktorima i izdavanje terapije u količini dostatnoj do prvog radnog dana izabranog doktora nakon bolničkog liječenja te nakon pregleda u ambulantama OHBP-a.) Odobrenje za samostalan rad, a samim time i za pisanje recepata (lijekova) imaju svi liječnici jednako po Zakonu o liječništvu. Međutim, u praksi se taj posao prebacuje na liječnike PZZ, stoga se predlaže informatizacija bolničkih doktora na način da imaju svoje smart kartice i budu povezani sa Cezihom, tako da sami mogu pisati	Ostale primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		recepte koji su po njihovoj preporuci, a ne da liječnici u obiteljskoj medicini prepisuju lijekove koje su bolnički doktori preporučili i zbog toga odgovaraju. Postojeće stanje je takvo da se liječnici PZZ stavljaju u poziciju kontrolora bolničkog specijaliste što je zaista krajnje nelogično i bespotrebno opterećuje liječnike PZZ s obzirom da je kontrola propisivanja recepata i uputnica jednostavna od strane HZZO-a jer postoje e-recepti i e-uputnice (kontrola HZZO-a preko Ceziha), čime se omogućuje i kontrola rada SVIH liječnika u sustavu, a ne samo u PZZ. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. Ujedno kontrole propisivanja lijekova s klauzulom treba provoditi u ustanovi u kojoj predlagatelj terapije radi. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: *"*Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima." Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati	.

		eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. Medicinske sestre/tehničari bi imale više vremena za kontrolu oboljelih od kroničnih bolesti, s njima planirali godišnje obrade, kontrolirale adherenciju u uzimanju propisane terapije čime se povećava kvaliteta skrbi, bolji zdravstveni ishodi i umanjuje opterećenje sekundarne zdravstvene zaštite. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1500 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1500 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Prijedlog je prethodno usuglašen i kroz Radnu skupinu za	

		unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati. 7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. 8. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, liječenje naših pacijenata biološkom, imunoterapijom, zahtijeva često lontroliranje laboratorijskih parametara , smatram neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%. 9. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" zamijeniti se tekstom "do 15%", a tekst "do maksimalno 15%" zamijeniti se tekstom "do maksimalno 25%" OBRAZLOŽENJE: Potrebno je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu zahtijeva znatno financijsko ulaganje , sredstva za održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika. Stoga, zadržavanje	

		sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 10. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije *(jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij)*. Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 11. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 10 % za liječnike bez specijalizacije, medicinske sestre/tehničare SSS, 20% liječnici specijalisti , med.sestre/tehničar više i visoke stručne spreme.	

		OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 12. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (prošireni pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljam isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprijeđenje PZZ. 13. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatne DTP postupke: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika.	

		Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javno-zdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Panel je još 2024. godine predstavljen Ministarstvu zdravstva, a uz KoHOM njegovu su implementaciju podržali Hrvatsko pulmološko društvo HLZ-a i Hrvatsko torakalno društvo. Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine. Panel za dojku: Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi	

		se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. 14. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 15. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental test , upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 16. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati	

		aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Zbog navedenog traži se dopuna opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće implementirale izračun kardiovaskularnog rizika prema važećim stručnim smjernicama. 17. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažem promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 18. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 19. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 15%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 1,5. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim	

		putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. 20. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 21 PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 25%, Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 22. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 2,5, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno	

		15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 23. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.4 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog iskustva te je potrebno usmeni ili elektronski savjet zabilježiti u zdravstveni karton. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 24. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.5. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTP-ima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog	

		DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi više tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38, ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 25. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno *(po principu cijena x usluga)*, kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 26. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenі pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.0. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo. 27. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno	

		podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. 29. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao vrijeme, iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. Osim toga za dg	

		KOPB ili astme tokom jednog pregleda često treba spirometriju ponavljati 15 minuta nakon primjene salbutamola. 31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 32. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.50 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.50, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 33. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i *(ovdje novopredloženi)* OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 34. PRIJEDLOG: : Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a	

		sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine, vrijeme. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. 35. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Predlažem da se sredstva brišu tek protekom druge kalendarske godine od kada su realizirana. Tako da se po potrebi (bolovanje, godišnji odmor...) mogu fakturirati i tijekom čitave naredne godine. S poštovanjem,	

207	doc. dr. sc. Matea Matić Ličanin, dr. med., spec. obiteljske medicine Katedra za obiteljsku medicinu Medicinski fakultet Osijek Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku	Poštovani, ovom prilikom šaljem prijedloge KoHOM-a vezano uz izmjene i dopune odluke o osnovama osiguranja. Napominjem da se slažem sa svim prijedlozima osim s prijedlogom broj 12. Tvrdnja da liječnici bez specijalizacije obavljaju jednak opseg posla, bez osvrta na kvalitetu skrbi, smatram da je vrlo pojednostavljena i potencijalno štetna, tim više što dosadašnja istraživanja ne idu nužno u prilog takvom zaključku. Može li opseg posla i profesionalna odgovornost LOM/SOM biti jednaka kad gledamo samo jednu činjenicu da LOM neke lijekove niti ne mogu samostalno prepisivati je nisu "specijalisti odgovarajuće specijalizacije". Razumijem da postoje različite životne i profesionalne okolnosti zbog kojih netko nije bio u mogućnosti završiti specijalizaciju, no smatram da to ne može biti argument za veću financijsku korist u odnosu na specijaliste, već upravo suprotno. Jedan od najvažnijih načina očuvanja struke jest njegovanje i uvažavanje specijalizacije iz obiteljske medicine te specijalista obiteljske medicine, uključujući mentore, komentore i sve koji sudjeluju u edukaciji. Stoga predlažem da se u ovom konkretnom slučaju razlika postavi na način da se, umjesto dodatnog povećanja prihoda ("glavarine") liječnicima opće medicine bez specijalizacije, dodatno povećaju prihodi kolega specijalista obiteljske medicine. Time bi se dodatno istaknula važnost ove specijalizacije te dugoročno postavili snažniji temelji koji bi zasigurno bili važan poticaj za specijalističko usavršavanje. S poštovanjem i srdačan pozdrav,	Ne prihvaća se. Izračun cijena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se osnovom kalkulativnih elemenata od kojih je jedan i koeficijenti doktora prema Uredba o nazivima radnih mjesta, uvjetima za raspored i koeficijentima za obračun plaće u javnim službama. U skladu s navedenom Uredbom koeficijent doktora sa specijalizacijom i bez specijalizacije se razlikuje.
208	Ksenija Arbanas, dr. med.	**PRIJEDLOG ZA IZMJENU STANDARDA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI** **Predmet:** Prilagodba normativa i uvođenje gerijatrijskih alata za ordinacije s pretežno starijom populacijom	

		Poštovani, upućuje se prijedlog prema Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje za unaprjeđenje skrbi o starijim pacijentima kroz prilagodbu normativa i uvođenje standardiziranih gerijatrijskih procjena.	
		# 1. Demografski i stručni kontekst - **22% stanovništva RH starije od 65 godina** (~850.000 osoba) - **60% ima ≥2 kronične bolesti**, ~**30% ≥5 dijagnoza** - Prosjek: **5–8 lijekova po pacijentu** - Samo **2 specijalista gerijatrije u RH** ➞ Primarna zdravstvena zaštita nosi gotovo cjelokupnu gerijatrijsku skrb bez adekvatnih alata i normativa.	Nije predmet ovog savjetovanja.
		# 2. Smanjenje broja pacijenata po timu **Prijedlog:** - maksimalno **700 pacijenata** u ordinacijama s gerijatrijskom populacijom ,samim tim isplaćivanje punog iznosa hladnog pogona. # 3. Produženje normativa pregleda	

		Prijedlog: • standardni pregled: **15–20 minuta** • kompleksni pregled: **20–30 minuta**	
		4. UVOĐENJE PANELA ZA GERASTENIJU (FRAILTY PANEL) koji čeka na uvođenje od 2019.god. **Prijedlog:** Uvesti standardizirani **„panel gerastenije“** kao obvezni dio procjene za pacijente ≥65 godina u rizičnim skupinama. **Što panel uključuje:** Minimalni set brzih, validiranih alata: • **frailty skala** (umor, otpornost, hod, bolesti, gubitak težine) • **Test brzine hoda** (≥5 sekundi za 4 m = povećan rizik) • **Timed Up and Go (TUG test)** • **Procjena gubitka tjelesne mase** (>5% u 6–12 mjeseci) • **Procjena snage (stisak šake ili funkcionalni testovi)** • **Kratki kognitivni probir** (npr. MMSE ili Mini-Cog)	
		Zašto je panel ključan:	

- Gerastenija (frailty) je **neovisni prediktor**:
  - hospitalizacija
  - padova
  - invaliditeta
  - smrtnosti
- Procjenjuje se da:
  - **10–15% starijih ima izraženu gerasteniju**
  - dodatnih **30–40% je u prefrailty fazi**

➞ Rano otkrivanje omogućuje:

- prevenciju pogoršanja
- smanjenje troškova liječenja
- ciljanje rizičnih pacijenata

Organizacijski prijedlog:

- panel provoditi:
  - **1x godišnje** za sve ≥65
  - češće za rizične pacijente
- trajanje: **10–15 minuta dodatno**
- evidentirati kao posebnu uslugu vanlimitno (šifra HZZO-a)

5. Gerijatrijski pristup (ključna razlika)

Za razliku od standardnog pregleda, gerijatrijski pristup uključuje:

		• sveobuhvatnu procjenu (medicinsku + funkcionalnu + socijalnu) • fokus na: ○ očuvanje funkcionalnosti, ne samo liječenje bolesti ○ smanjenje polifarmacije ○ prevenciju padova i institucionalizacije ➞ To zahtijeva **više vremena, strukturirani pristup i standardizirane alate (panel gerastenije)**.	
		# 6. Kategorizacija ordinacija Uvesti kategoriju: • **„gerijatrijska ordinacija“** Kriteriji: • ≥50–60% pacijenata starijih od 65 • ili rad u domu za starije # 7. Uvođenje integriranog IT sustava i pravnog okvira za gerijatrijsku skrb Predlaže se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u suradnji s: • Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske • Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike	

		uspostavi: • **pravni okvir** • i jedinstveno IT rješenje za povezivanje: • gerijatrijskih ordinacija • domova za starije i nemoćne • socijalnih ustanova • patronažne službe • hitne medicine • bolničkog sustava • ljekarni	
		# Problem postojećeg sustava Trenutno: • zdravstveni i socijalni sustav djeluju odvojeno • dokumentacija se prenosi: ○ telefonski ○ papirnato ○ preko obitelji pacijenta ○ e-mailovima bez standardizacije Posljedice: • dupliciranje pregleda i terapija • povećan rizik pogrešaka u lijekovima	

- kašnjenje reakcije kod pogoršanja stanja
- nepotrebne hospitalizacije
- administrativno opterećenje liječnika i sestara

➞ Najugroženiji su upravo gerijatrijski pacijenti koji često:

- imaju demenciju
- nisu komunikacijski samostalni
- imaju više dijagnoza i terapija
- ovise o više sustava skrbi istovremeno

Prijedlog IT rješenja

Uvesti:

Jedinstveni gerijatrijski informacijski modul

s mogućnostima:

- uvida u:
  - terapiju
  - alergije
  - otpusna pisma
  - funkcionalni status
  - procjenu gerastenije
  - skrbnički status
- bilježenja:
  - padova
  - dekubitusa

		○ nutritivnog statusa ○ promjena kognitivnog stanja	
		Povezivanje ustanova Sustav treba omogućiti: • digitalnu povezanost: ○ ordinacija ○ domova za starije ○ centara socijalne skrbi ○ bolnica ○ patronažne službe ○ ljekarni ➞ u realnom vremenu.	
		Pravni okvir Potrebno je zakonski urediti: **1. Razmjenu podataka** • definirati koje ustanove imaju pravo pristupa podacima • standardizirati razinu pristupa	

		2. Zaštitu privatnosti usklađeno s: • GDPR regulativom • zakonima o zaštiti prava pacijenata **3. Odgovornost i dokumentiranje** • jasno definirati: o odgovornost za unos podataka o ažuriranje terapije o evidentiranje promjena stanja 8. Mogućnost angažiranja gerijatra kao vanjskog suradnika Predlaže se da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje i Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske omoguće: • zapošljavanje specijalista gerijatrije kao **vanjskog stručnog suradnika** • rad gerijatra u više ordinacija obiteljske medicine i gerijatrijskih ordinacija • definiranje posebnog modela financiranja i informatičke povezanosti	
		Razlog prijedloga U Republici Hrvatskoj djeluje izrazito mali broj gerijatara, procjenjuje se svega oko **2 aktivna specijalista gerijatrije**, dok broj starijih osoba kontinuirano raste. Istovremeno:	

		• višе od **22% stanovništva RH starije je od 65 godina** • velik dio pacijenata ima: ○ multimorbiditet ○ demenciju ○ gerasteniju ○ polifarmaciju ○ potrebu za složenom koordinacijom skrbi ➞ Potreba za gerijatrijskom ekspertizom višestruko nadmašuje postojeće kadrovske mogućnosti.	
		Predloženi model rada Gerijatar bi mogao raditi: • kao vanjski suradnik • u unaprijed definiranoj satnici • u više ordinacija koje skrbe o starijoj populaciji Primjer: • 4–8 sati tjedno po ordinaciji • konzultativni i pregledni rad • timske evaluacije kompleksnih pacijenata	
		Područja rada gerijatra Gerijatar bi sudjelovao u: • procjeni gerastenije	

		• složenim gerijatrijskim pregledima • optimizaciji terapije • procjeni funkcionalnog statusa • prevenciji padova • procjeni demencije i kognitivnog propadanja • planiranju dugotrajne skrbi • edukaciji liječnika i medicinskih sestara	
		Pravno uređenje Potrebno je jasno definirati: • status vanjskog suradnika • odgovornost i način dokumentiranja pregleda • pravo pristupa medicinskoj dokumentaciji • mogućnost rada u više ustanova i ordinacija uz: • zaštitu osobnih podataka • jasno definirane razine ovlasti • usklađenost s GDPR regulativom	
		Informatičko rješenje Gerijatru treba omogućiti: • siguran udaljeni pristup ordinacijskom programu • uvid u: ○ medicinsku dokumentaciju ○ terapiju ○ laboratorijske nalaze	

		○ otpusna pisma ○ procjene gerastenije ○ podatke doma za starije ➞ kroz jedinstveno integrirano IT rješenje zdravstvenog i socijalnog sustava.	
		Financijski model Predlaže se: • poseban model financiranja rada gerijatra kroz HZZO • uvođenje posebnih šifri za: ○ gerijatrijski konzilijarni pregled ○ procjenu gerastenije ○ multidisciplinarni gerijatrijski pregled Financiranje bi obuhvaćalo: • satnicu gerijatra • konzultativni rad • telemedicinske konzultacije • rad u više ordinacija	
		Cilj modela Ovim modelom: • omogućuje se dostupnost gerijatrijske ekspertize većem broju pacijenata • rasterećuju se liječnici obiteljske medicine • smanjuju se hospitalizacije i komplikacije	

		• osigurava se racionalno korištenje izrazito ograničenog broja gerijatara u Republici Hrvatskoj ➞ S obzirom na veliki porast starije populacije i kronični nedostatak gerijatara, ovakav fleksibilni model rada predstavlja nužan organizacijski oblik suvremene gerijatrijske skrbi.	
209	Zrinka Huđek – Leskovar dr med spec	PREDMET: Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja Poštovani, predlažem slijedeće: 1. izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1 specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi i 1 zdravstveni suradnik ili administrator, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. **2.** da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama **kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše maksimalan broj od 1450 osiguranika.** Naime, ukupan broj osiguranika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) je 4.022.478,00. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000,00. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000,00 : 2452) dobije se broj od	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 3. Iako Nacrt Odluke predviđa povećanje vrijednosti boda s 8,00 EUR na 12,00 EUR, smatram da je navedeno povećanje nedovoljno. - **Predlažem povećanje vrijednosti na 15,00 EUR.** Naime, s obzirom na strogo definirane maksimalne limite DTP-ova, ovo povećanje u stvarnosti ne bi predstavljalo dodatni trošak za HZZO. Sredstva unutar limita bi ostala ista, ali bi se rad liječnika realnije iskazivao. Trenutna vrijednost ne odražava stvarne troškove materijala, energenata i visokostručnog rada liječnika i medicinske sestre u 2026. godini. Osim toga, povećanje osnovne vrijednosti DTP-a na 15,00 EUR omogućilo bi realniju naplatu usluga od stranih osiguravajućih kuća (EU i treće zemlje), čime se izravno štiti državni proračun i sprječava "podcijenjena" prodaja hrvatskih zdravstvenih usluga strancima. 4. - **ukidanje restriktivnih zabrana kombiniranja DTP-a.** Nacrt Odluke i dalje zadržava brojna ograničenja u kombiniranju postupaka. Liječnik u jednom posjetu pacijentu često obavi više medicinski opravdanih radnji (npr. savjetovanje, mjerenje tlaka i obradu kroničnog bolesnika). Administrativna zabrana iskazivanja stvarno odrađenog rada je metodološki pogrešna i rezultira netočnom statistikom o opterećenosti sustava. 5. Izmjeniti u članku 63. stavku 3. Odluke tekst “do 10 %” tekstom “do 25%” , a tekst “do maksimalno 15%”, tekstom “do maksimalno 40%” 6. Povećati cijenu sata rada u posebnom dežurstvu za 20%, i za doktora i za	

		medicinsku sestru. 7. dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 8. Uvođenje novog DTP : Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija cjepiva izvan kalendara cijepljenja (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu cjepiva 9. DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 10. Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. Svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) 11. Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili D-dimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. Potrebno uskladiti pravilnike!! 12. Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 13. Podržavam sve KoHOMove prijedloge pravnog aspekta ugovaranja : Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora, Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu, Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda	

210	Predsjednik Hrvatskog društva obiteljskih doktora - Hrvatskog liječničkog zbora Dragan Soldo, spec. obiteljske medicne	**Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje** **Savjetovanje s javnošću u postupku donošenja općih akata** **Predmet; Savjetovanje s javnošću o Nacrtu Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja** Poštovani, Zahvaljujemo se na izradi prijedloga Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (dalje: Prijedlog) kao i sudjelovanju Vaših predstavnika u Radnoj skupini za unapređenje primarne zdravstvene zaštite u Ministarstvu zdravstva. Dodatno se zahvaljujemo što ste prepoznali potrebu dodatnog ulaganja u primarnu zdravstvenu zaštitu koja je po pitanju kadrova, prostora i tehničke opreme u jako teškoj poziciji i zahtijeva intenzivna ulaganja s ciljem bolje dostupnosti i kvalitetnije skrbi za naše građane. Obzirom da se radi o vrlo opsežnom dokumentu i brojnim temama o kojima smo razgovarali na Radnoj skupini smatramo da je potrebno dodatno nadopuniti Prijedlog prema niže navedenim i obrazloženim prijedlozima. 1. PRIJEDLOG: Ukidanje prakse jednostranog mijenjanja ugovora OBRAZLOŽENJE: Iako pojam ugovaranja podrazumijeva sudjelovanje svih strana u procesu ugovaranja jednako i ravnopravno, dosadašnja praksa jasno je pokazala kako je to uvijek bio jednostran proces kojega je određivao isključivo HZZO koji je ugovor mijenjao kako i kada je sam smatrao da treba. Jasno nam je da je riječ o sustavu javnog zdravstva i relativno ograničenim sredstvima iz doprinosa građana i sredstava države no i u takvim okolnostima pregovaranje, dogovaranje i konačno ugovaranje s partnerima je moguće i zapravo neophodno budući da ugovorni subjekti HZZO-a jednostavno više ne mogu izdržati dosadašnji odnos očekivane razine i opsega zdravstvenih usluga i dosadašnje financiranje. Predlažemo da se ugovori sklapaju kao i prije tzv. „novog ugovaranja“ na način da postojeći ugovori važe neodređeno vrijeme, a ne da svako pola godine-godinu dana HZZO jednostavno dostavlja anekse ugovora drugoj strani na potpis po principu „uzmi ili ostavi“. U tom smislu, smatramo da je apsolutno neophodno da HZZO kao ugovorni partner u budućnosti pregovara s legitimnim predstavnicima zdravstvenih ustanova i ugovornih liječničkih ordinacija prilikom izmjena/dopuna ugovornih	Primjedbe i prijedlozi sadržajno odgovaraju primjedbama i prijedlozima zaprimljenima pod rednim brojem 38. te se upućuje na odgovore dane pod rednim brojem 38.

		prava/obveza. Trenutni proces "sklapanja ugovora" je de facto pristupanje općim uvjetima koje HZZO donosi jednostrano. Tražimo da ugovori o provođenju zdravstvene zaštite postanu rezultat stvarnih pregovora, sukladno Zakonu o obveznim odnosima, a ne da HZZO-o arbitrarno donosi odluke kojima jednostrano mijenja opseg prava i obveza ugovornih liječnika. Stoga predlažemo da se sva prava i obveze fiksiraju isključivo Ugovorom. 2. PRIJEDLOG: Ukidanje kažnjavanja izabranih liječnika primarne zdravstvene zaštite zbog preporuka drugih liječnika u sustavu OBRAZLOŽENJE: Ovo je tema koju niz godina problematiziramo ali bez ikakvog sluha zdravstvene administracije. Stoga predlažemo da se u ugovor kao i sve propise implementira eksplicitna odredba da izabrani liječnici ne mogu prekršajno-pravno niti materijalno-pravno odgovarati za ono što nisu samostalno indicirali, tj. da svatko u sustavu zdravstva sam odgovara za ono što je indicirao i preporučio pacijentu. 3. PRIJEDLOG: Izmjena ugovorna klauzule kojom HZZO ima pravo ustegnuti isplatu prihoda OBRAZLOŽENJE: Člankom 24. st. 4. Ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja propisano je: “Ugovorne strane suglasne su da u slučaju kada privatni zdravstveni radnik prouzroči štetu Zavodu pri obavljanju ili u vezi s obavljanjem svoje djelatnosti u skladu s odredbama ovog Ugovora, Zavod ima pravo tako nastalu štetu uz prethodno odaslanu obavijest o visini i načinu nastanka štete, nadoknaditi od privatnog zdravstvenog radnika umanjenjem dospjelog ukupnog mjesečnog iznosa po zaprimljenim i odobrenim računima.” Citirana odredba je u suprotnosti s člankom 148. st. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim je jasno definirano da HZZO naknadu štete može potraživati isključivo putem nadležnog suda. Dakle, HZZO nema pravo smanjivati isplatu po dospjelim i odobrenim računima s eventualnim potraživanjem na ime naknade štete. Upravo imajući u vidu gore navedenu zakonsku odredbu, u svim ranijim ugovorima, predmetna klauzula vezana za naknadu eventualne štete bila je propisana na način da HZZO istu mora potraživati pred nadležnim sudom stoga smo čvrstog uvjerenja da je HZZO prije bilo kakvog umanjenja najprije dužan dokazati eventualnu štetu pred sudom, a ne arbitrarno oduzimati sredstva ugovornim liječnicima. 4. PRIJEDLOG: Predlažemo izmjenu članka 17. Odluke o osnovama na način da se u tablici pod rednim brojem 1. u kadrovski normativ tima opće/obiteljske medicine pored 1	

		specijalista obiteljske medicine ili dr. med. i 1 medicinske sestre uključi kao dodatna mogućnost (ne i obaveza) i 1 zdravstveni suradnik, a sve kako bi se omogućilo administrativno rasterećenje unutar timova. U Timovima s ugovorenim 3. članom tima treba uvećati iznos hladnog pogona u visini iznosa utvrđene bruto plaće. OBRAZLOŽENJE: Dnevno radno opterećenje timova obiteljske medicine neprekidno raste te uvođenje 3. člana tima (zdravstvenog suradnika) postaje nasušna potreba. U tom slučaju zdravstveni suradnik mogao bi na sebe preuzeti jednostavnije radne zadatke, kojih je u svakodnevnim radu doista puno, rasterećujući liječnika i medicinsku sestru koji bi to vrijeme mogli utrošiti pružanju kompleksnije zdravstvene skrbi. 5. PRIJEDLOG: Predlažemo da se u članku 17. i 21. Odluke o osnovama kao standardni broj osiguranika po timu opće/obiteljske medicine propiše standardni broj od 1450 osiguranika. OBRAZLOŽENJE: Naime, ukupan broj osiguranika HZZO-a je 4.022.478. Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000. Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125). Kada aktualni broj osiguranika HZZOa koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli. Dakle, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max. 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim. 6. PRIJEDLOG: Isplaćivati puni iznos hladnog pogona svim ugovorenim timovima opće/obiteljske medicine, bez obzira na broj pacijenata u skrbi OBRAZLOŽENJE: Na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj Prijedlog, a na kojoj je uz ministricu Hrstić sudjelovao i ravnatelj HZZO-a, jasno je komunicirano da će svi timovi opće/obiteljske medicine dobiti puni hladni pogon, neovisno o broju pacijenata u skrbi. Isto je prethodno usuglašeno i kroz Radnu skupinu za unaprjeđenje PZZ. Slijedom svega navedenoga ovaj je prijedlog neophodno implementirati.	

		7. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 4. Prijedloga na način da se umjesto predloženog brisanja riječi „u visini od 140% do 160% glavarine“, navedeni citirani tekst zamijeni riječima "u visini od 180% glavarine". OBRAZLOŽENJE: Navedeno je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ u kojoj je sudjelovao i HZZO. Dodatno, liječnici obiteljske medicine nemaju osnovu za odbijanje upisa novih pacijenata do maksimalnog dopuštenog broja pacijenata po timu, a često im se pacijenti pod pritiskom HZZO-a upisuju u tim i mimo njihove volje (i granice izdržljivosti i mogućnosti kvalitetnog pružanja zdravstvene usluge). U takvim okolnostima, nema niti jednog jedinog opravdanog razloga za financijsko kažnjavanje ili destimulaciju velikih timova! U svrhu pravedne i realne valorizacije rada obiteljskih liječnika, i oni obiteljski liječnici koji u skrbi imaju veći broj pacijenata te shodno tome najčešće i veće kvantitativno dnevno opterećenje zaslužuju sredstava prema računima ispostavljenim za provedene dijagnostičko-terapijske postupke u istovjetnom postotku glavarine kao i manji timovi. U prijevodu, potrebno je propisati isti postotak za sve timove - 180%, baš kako je predloženo. 8. PRIJEDLOG: U članku 3. Prijedloga brojku “8,00“ zamijeniti brojkom "15,00" (umjesto predloženom brojkom "12,00") OBRAZLOŽENJE: Sadašnja vrijednosti koeficijenta je jako niska i svakako je treba povisiti, ali povišenje s 8,00 na 12,00 smatram nedovoljnim. Posebno napominjem kako su limiti svakako definirani i ovo povišenje kako predlažemo ne bi rezultiralo većim prihodima ugovornih subjekata, ali bi zato fakture prema stranim osiguranjima (u slučaju osiguranika s H osiguranjem) bile primjerenije i realnije (iako i dalje nikako realne). Isto tako, treba imati na umu da vrijednost dijagnostičko-terapijskih postupaka ne smije banalizirati i obezvrjeđivati rad obiteljskih liječnika. Uzimaju u obzir sve navedeno, predlažemo kako je gore navedeno. 9. PRIJEDLOG: Standardni broj pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici za tim sa standardnim brojem osiguranih osoba povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Obzirom na rast broja kroničnih i onkoloških bolesnika u našoj skrbi, dosege suvremene medicine i produženje života, lijekove i procedure liječenja kod kojih je neophodno redovno kontrolirati laboratorijske nalaze, smatramo neophodnim podići mjesečne limite za laboratorijsku dijagnostiku za 100%.	

		10. PRIJEDLOG: Prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi u djelatnosti opće/obiteljske medicine povisiti za 100% OBRAZLOŽENJE: Kako medicina kontinuirano napreduje tako imamo dostupne i sve novije i kvalitetnije, a time najčešće i značajno skuplje klase lijekove, s kojima postižemo bolju kontrolu bolesti, produžavamo život i osiguravamo bolju kvalitetu života naših kroničnih bolesnika. Propisivanje takvih lijekova, koji izravno utječu na život i zdravlje bolesnika, nipošto i ni u kom slučaju ne smije dovoditi do "financijske penalizacije" kroz probijanje mjesečnih "limita" (tj. prosječne potrošnje iznosa sredstava) za lijekove u ordinaciji (45% KPI). Obzirom na navedeno neophodno je povećati navedene "limite" za potrošnju lijekova za 100%. 11. PRIJEDLOG: U članku 63. stavku 3. Odluke tekst "do 10%" mijenja se tekstom "do 25%", a tekst "do maksimalno 15%" mijenja se tekstom "do maksimalno 40%" OBRAZLOŽENJE: Kao što je i na samom javnom predstavljanju ovog prijedloga pred medijima komunicirano, intencija je osnažiti obiteljsku medicinu, potaknuti ulaganje u nadstandardnu opremu i obavljanje više dijagnostičko-terapijskih postupaka više razine u obiteljskoj medicini kako bi se rasteretilo SKZZ i skratilo liste čekanja. Ulaganje u navedenu opremu je skupo, kao i održavanje opreme, potrošni materijal i osposobljavanje liječnika za njihovo provođenje. Stoga, zadržavanje sadašnjih "limita" ne predstavlja adekvatan motiv za ulaganje u opremu niti omogućuje povrat uloženih sredstava. Ako se doista želi ojačati obiteljsku medicinu, osnažiti ju da samostalno provodi više ovih postupaka i zbrine pacijente na razini PZZ, neophodno je podići postotke kako je predloženo. 12. PRIJEDLOG: U članku 2. Prijedloga u dobnim skupinama 7-18, 18-45, 45-65 te >65 godišnji iznos sredstava po osiguranoj osobi (tzv. "glavarina") za doktora medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine sa sadašnjih ~76.5% iznosa sredstava namijenjenih liječniku specijalistu obiteljske medicine podići na prosječno 82.5% tih iznosa. Točnije u dobnoj skupini 7-18 godišnji iznos sa 6,26€ podići na 6,74€, u dobnoj skupini 18-45 godišnji iznos sa 8,16€ podići na 8,79€, u dobnoj skupini 45-65 godišnji iznos sa 10,98€ podići na 11,83€, a u dobnoj skupini >65 godišnji iznos sa 13,96€ podići na 15,06€. OBRAZLOŽENJE: Potpuno uvažavajući završenu specijalizaciju iz obiteljske medicine i tako stečena znanja i kompetencije, ipak ostaje i činjenica da liječnici bez specijalizacije obavljaju isti opseg posla, snose isto radno opterećenje te istu profesionalnu i pravnu odgovornost za svoj rad. Mnogi od njih rade u obiteljskoj medicini dugi niz godina - 10,	

		20, 30, pa čak i 40. Razne su okolnosti zbog kojih nisu završili specijalizaciju, a u mnogim slučajevima oni sami na njih nisu mogli utjecati. Stoga bi bilo primjereno da se s ciljem realnijeg, pravednijeg i poštenijeg valoriziranja njihova rada, uz zadržavanje sadašnjih godišnjih iznosa sredstava po osiguranoj osobi za specijaliste obiteljske medicine, povise godišnji iznosi sredstava po osiguranoj osobi za doktore medicine bez specijalizacije iz obiteljske medicine u opsegu kako je predloženo. Ovime bi razlika u prihodovanju između specijalista i ne-specijalista OM bila malo smanjena, ali i dalje jasno preferirajući i financijski ispravno bolje valorizirajući specijaliste obiteljske medicine. 13. PRIJEDLOG: Uputnice za laboratorijsku obradu napravljenu po preporuci SKZZ specijalista, lijekovi propisani po preporuci SKZZ specijalista, antibiotici propisani po preporuci SKZZ specijalista te antibiotici propisani neopredjeljenim pacijentima ne bi trebali ulaziti u "limite" koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. OBRAZLOŽENJE: QI i KPI kao pokazatelji kvalitete i učinkovitosti rada liječnika obiteljske medicine ne bi smjeli uzimati u obzir parametre koje nije sam indicirao liječnik obiteljske medicine, već je to napravio SKZZ specijalist, a liječnik obiteljske medicine je samo krajnji izvršitelj tuđe indikacije (jer je zakonom stavljen u takvu poziciju, da je kao liječnik na PZZ razini on taj koji jedini izdaje recepte i uputnice za primarni laboratorij). Posebice skrećem pažnju kako propisivanje antibiotika u skupini neopredjeljenih pacijenata nipošto ne bi smjelo utjecati na QI, budući da ti pacijenti nisu uračunati u limite (ni ukupno ni po dobi). Tako se primjerice može dogoditi da zbog jedne kutije antibiotika propisane u radnoj suboti malom djetetu otpuštenom iz hitne pedijatrijske ambulante ordinacija izgubi prihod od QI, jer zbog dobne strukture ordinacije limit za antibiotike u skupini pacijenata 0-7 godina je - 0 kutija. Slična je situacija i s kolegama koji rade u turističkim mjestima i imaju veliki broj pregleda neopredjeljenih pacijenata koji im se javljaju na preglede zbog akutnih infektivnih bolesti - pa shodno tome i neizbježno povećanu potrošnju antibiotika u ovoj skupini pacijenata. Zbog svega navedenoga, potrebno je uvažiti traženo i sve uputnice i lijekove propisane po preporuci SKZZ specijalista, kao i antibiotike propisane neopredjeljenim pacijentima izuzeti iz parametara koji se uzimaju u obzir za QI i KPI. 14. PRIJEDLOG: Cijenu sata rada u posebnom dežurstvu povećati za 20%, i za doktora i za medicinsku sestru. OBRAZLOŽENJE: Povećanje cijene sata rada u posebnom	

		dežurstvu treba pratiti opće uvećanje prihodovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine, inflaciju, rast troškova energenata (prijevoz) i indeksa potrošačkih cijena. 15. PRIJEDLOG: U skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite, a isto je objavljeno i na press koferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda, ukinuti ograničenja kombiniranja raznih dijagnostičko-terapijskih postupaka. S tim u svezi, potrebno je omogućiti kombiniranje DTP OM001 (prvi pregled), OM002 (kontrolni pregled), OM042 (Namjenski pregled djeteta), OM104 (proširenI pregled) i OM117 (Namjenski pregled) sa sljedećim DTP-ima: OM003 (konzultacija), OM105 (savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti), OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija) i OM106 (prošireno savjetovanje s kroničnim bolesnikom) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je potrebno radi korektnijeg i dosljednijeg bilježenja i valorizacije rada liječnika obiteljske medicine. Posebice napominjem kako pacijent može biti pregledan radi akutne bolesti i doista nema smisla onemogućavati bilježenja proširenog savjetovanja s kroničnim bolesnikom ako se pri dolasku radi akutnog stanja učini i prošireno savjetovanje vezano za kronične bolesti. Omogućavanje kombiniranja drugih predloženih DTP-a ni ne treba posebno obrazlagati jer je potpuno jasno da bi se uz pregled trebalo moći bilježiti i učinjenu otoskopiju, rinoskopiju, savjetovanje i sve druge postupke koje na pregledu učinimo. Ponavljamo isto je u skladu sa zaključcima Radne skupine za unaprjeđenje PZZ kao i prezentiranim na presskonferenciji na kojoj je sudjelovao i ravnatelj HZZO-a prim. Korda skupa s ministricom Hrstić. 16. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati dodatni DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika - kronična bubrežna bolesti (npr. nova šifra DTP: OM177), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Kronična bubrežna bolest pogađa oko 10% odrasle populacije. I sam HZZO omogućio je lakši probir na KBB omogućavajući određivanje uACR u primarnim laboratorijima u pacijenata s visokim rizikom za razvoj KBB. KoHOM i HDNDT razvili su Panel za KBB koji je implementiran u gotovo sva programska rješenja u kojima rade liječnici obiteljske medicine. Neophodno je napokon valorizirati kroz bilježenje DTP-a ispunjavanje panela i praćenje ove skupine bolesnika.	

		17. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP "Cijepljenje - Pojedinačna aplikacija vakcine, izvan kalendara cijepljenja" (npr. šifra DTP-a OM007), koeficijent 0.5, plaćanje vanlimitno. OPIS/KLAUZULA/ SMJERNICA: "Može se bilježiti samo kod cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. Obvezno je evidentirati vrstu vakcine." OBRAZLOŽENJE: Ovaj novi DTP je neophodno uvesti, jer osim cijepljenja po kalendaru cijepljenja imamo i druga cijepljenja izvan kalendara cijepljenja koja se aktivno provode u ordinacijama obiteljske medicine. Sukladno predloženom opisu/klauzuli/smjernici predloženi DTP odnosi se na cijepljenja protiv gripe, pneumokoka, HPV-a i COVID-19. DTP je potrebno plaćati potpuno vanlimitno za sva pobrojana cijepljenja kako bi se i na taj način dodatno stimuliralo liječnike obiteljske medicine na provođenje ovih cijepljenja na razini PZZ, jer su podaci iz stvarnog svijeta pokazali da se najbolji obuhvat postiže upravo kroz angažman liječnika obiteljske medicine, posebice kada se radi o oportunističkom cijepljenju kao što je najčešće slučaj s cijepljenjem protiv pneumokoka ili HPV-a, ali i sezonskim cijepljenjem kao što je slučaj s gripom. Predložen je koeficijent 0.5 uz vanlimitno plaćanje kao stimulativna mjera radi svega gore obrazloženog. 18. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP postupka "Ispunjavanje dijagnostičkih i terapijskih upitnika" (npr. predložena šifra OM158), kao DTP prve razine s koeficijentom 0.29 OBRAZLOŽENJE: Postoji mnoštvo upitnika kojima se objektivizira stanje pacijenta i potreba za liječenjem (npr. mini mental, upitnici za depresiju, benignu hiperplaziju prostate, astmu, KOPB, HAS BLED i CHAD VAS, DLCNS i dr.). Trebalo bi omogućiti bilježenje DTP-a kod njihovog ispunjavanja. 19. PRIJEDLOG: Kod DTP-a pod šifrom OM053 (Praćenje kardiovaskularnog rizika) sadašnji opis/klauzulu/smjernicu dopuniti tekstom: "Procjena kardiovaskularnog rizika utvrđuje se sukladno aktualnim stručnim smjernicama - SCORE2, SCORE2-OP i SCORE2-Diabetes." OBRAZLOŽENJE: Trenutni algoritam procjene kardiovaskularnog rizika koji se koristi u sklopu programa i panela za praćenje kardiovaskularnog rizika je zastario, ne prati aktualne stručne smjernice i često značajno podcjenjuje stvarni kardiovaskularni rizik. Nažalost mnogi obiteljski liječnici te činjenice nisu svjesni i oslanjaju se na takvu procjenu kardiovaskularnog rizika. Budući da liječenje u nekih bolesti ovisi upravo o procijenjenom kardiovaskularnom riziku, oslanjanje na sadašnje zastarjele i netočne algoritme može predstavljati izravnu ugrozu zdravlja te imati ozbiljne i trajne posljedice na zdravlje i život pacijenata. Zbog navedenog traži se dopuna	

		opisa/klauzule/smjernice ovog DTP-a kako bi se programske kuće "primoralo" da algoritam izračuna kardiovaskularnog rizika prilagode aktualno važećim stručnim smjernicama. 20. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT019 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV, bez troška testa. Promijeniti opis/kriterij/smjernicu u: "Kada ustanova/ordinacija ne nabavlja sama test. Uključuje uzimanje uzorka" OBRAZLOŽENJE: Brzi antigenski testovi pokazali su se kao brz, dobar, kvalitetan i jednostavan dijagnostički alat. Osim za COVID-19 široko se koriste i za gripu A i B te za RSV, često i kao 2u1 ili 3u1 testovi. Koriste se i na objedinjenim hitnim bolničkim prijemima. Širenje mogućnosti testiranja s COVID-19 i na gripu i RSV omogućilo bi nam kvalitetniji i jednostavniji rad, brže i sigurnije postavljanje dijagnoze, ali bi dovelo i do značajne uštede za zdravstveni sustav (nemjerljivo jeftinije od slanja na PCR testiranje, putni troškovi za djecu, manje propisivanje antibiotika), ali bi i racionaliziralo propisivanje antibiotika u vremenu kada bilježimo sve veću rezistenciju na lijekove upravo radi prekomjernog propisivanja istih. Predlažemo promjenu opisa/kriterija/smjernice budući da sadašnja definira da se radi o testovima dobivenima od HZJZ, a ponekad i sami pacijenti kupe test prilikom dolaska u ordinaciju na pregled, pa bi shodno tome DTP trebalo proširiti na sve slučajeve kada ordinacija ne nabavlja sama test. 21. PRIJEDLOG: DTP-u pod šifrom BT020 promijeniti naziv u "Brzi antigenski test na COVID-19, gripu i/ili RSV koji uključuje i trošak testa. OBRAZLOŽENJE: Isto kao i kod prijedloga promjene za BT019. 22. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM143 - Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija (uključuje pregled i previjanje) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 10%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do 10% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 25%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.96 na 2. OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebno je posebno znanje i vještina. Velika većina bolesnika kojima je potreban ovaj zahvat završava na SKZZ razini i rješava se po kirurgu, nerijetko i na OHBP-u (nedostupnost kirurga redovnim putem u razumnom roku). Stoga je potrebno na ovaj način stimulirati liječnike obiteljske medicine na obavljanje navedenog zahvata u ordinacijama. Povišenje koeficijenta je potrebno, jer je sadašnji van svake logike. Ovaj DTP ima koeficijent 0.96, a u sebi uključuje osim	

		resekcije i pregled (čiji je samostalni koeficijent 1) i previjanje (koeficijent 0.29). Stoga, da bi ovaj koeficijent imao smisla neophodno je povisiti njegov koeficijent na 2. Dodatno je potrebno staviti ga izvan limita, kako je gore predloženo. 23. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM222 - Terapija protiv bolova (TENS) uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem koeficijent DTP-a podići s 0.29 na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema, kao i češće zanavljanje potrošnih dijelova (elektrode). Svjesni smo kolike su enormno dugačke liste čekanja na fizikalne terapije, koliko je više dana bolovanja radi koštano-mišićnih bolnih sindromima i koliki sveukupni benefit za cijeli zdravstveni sustav može proizaći iz provođenja ovog postupka na razini obiteljske medicine. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje TENS-a kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i slabo osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj, njegovo održavanje i nabavku rezervnih dijelova te ne odražava realnu vrijednosti učinjenog terapijskog postupka. 24. PRIJEDLOG: DTP pod šifrom OM202 - Dermoskopija uključiti u skupinu DTP-a "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTPa" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatno predlažem naziv DTP-a izmijeniti u "Dermatoskopija" jer je taj naziv uvriježeniji u stručnoj literaturi i kliničkoj praksi. Također, koeficijent DTP-a treba podići s 0.96 na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Za obavljanje ovog postupka potrebna je dodatna oprema i edukacija. Veliki broj bolesnika s melanomima otkriva se (pre)kasno. S ciljem pravovremenog otkrivanja melanoma i podizanja svijesti o melanomu provode se i brojne javnozdravstvene akcije. Poticanje liječnika obiteljske medicine na nabavku dermatoskopa i obavljanje ovog dijagnostičkog postupka moglo bi dovesti do ranijeg otkrivanja melanoma i boljih ishoda liječenja. Dodatno napominjem da je isti ovaj DTP, ali pri horizontalnom upućivanju, već uvršten u skupinu DTP-a "vanlimitni 10%". Ako se već stimulira provođenje dermatoskopije kod bolesnika kolega iz skupne prakse, doista nema nikakve logike i opravdanja da se po istom principu to	

		ne valorizira i za naše vlastite pacijente. Dodatno, povišenje koeficijenta DTP-a potrebno je jer je sadašnji koeficijent neadekvatan i ne osigurava povrat sredstava uloženih u uređaj i potrebnu edukaciju te ne odražava realnu vrijednost učinjenog dijagnostičkog postupka. 25. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM140 (Uvođenje inzulinske terapije) sadašnji koeficijent 1.92 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). U opis/klauzulu/smjernicu dodati tekst "Bilježi se isključivo kada liječnik obiteljske medicine samostalno indicira i uvodi inzulinsku terapiju kod bolesnika sa šećernom bolešću." OBRAZLOŽENJE: Radi se o DTP-u koji zahtjeva veliko znanje, sigurnost i iskustvo u skrbi za bolesnika sa šećernom bolešću. Ovo je terapijski postupak kojeg radi mali dio obiteljskih liječnika, a predstavlja važnu kariku u optimalnoj i pravovremenoj skrbi za ovu skupinu bolesnika, posebice uzimajući u obzir sve veći broj bolesnika sa šećernom bolešću i sve duže liste čekanja na specijalistički pregled endokrinologa/dijabetologa. 26. PRIJEDLOG: Za predloženi DTP pod šifrom OM404 (Obrada pacijenta nakon otpusta s bolničkog liječenja) predloženi koeficijent 2 zamijeniti koeficijentom 2,5. OBRAZLOŽENJE: Kao što predloženi opis DTP-a sugerira, ovaj DTP obuhvaća pregled medicinske dokumentacije, korekciju terapije, često vrlo opsežno savjetovanje bolesnika i/ili obitelji o primjeni terapije (inhalacijske, injektibilne, terapije s posebnim režimom uzimanja i sl.), organiziranje obilaska patronažne sestre, organiziranje zdravstvene njege u kući bolesnika, uključenje u mobilni palijativni tim, upućivanje na liječničko povjerenstvo radi odobrenja fizikalne terapije u kući bolesnika ili radi odobrenja stacionarne fizikalne rehabilitacije, propisivanje ortopedskih pomagala i po potrebi edukaciju o njihovoj primjeni, itd. itd. Kompletna obrada i zbrinjavanje bolesnika nakon otpusta s bolničkog liječenja nerijetko zna potrajati i 45 minuta. Zbog kompleksnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi koju obuhvaća ovaj DTP neophodno je podići koeficijent DTP-a na 2,5. 27. PRIJEDLOG: Kod DTP postupaka pod šifrom OM108 (Savjet telefonom bolesniku ili članu obitelji) i OM160 (e-Konzultacija s bolesnikom ili članom obitelji) koeficijent DTP-a 0.19 povisiti na 0.5 OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje putem telefona, kao i e-Konzultacija, zahtijevaju više odvojenog vremena (posebice e-Konzultacije), često su zahtjevnije i odgovornije jer pacijent nije fizički prisutan u ordinaciji i savjet/konzultacija se daje bez mogućnosti pregleda, samo temeljem anamnestičkih podataka i kliničkog	

		iskustva. Posebno ističem činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 (što apsolutno podržavam!), ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 28. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM105 (Savjet s bolesnikom ili rođakom u ambulanti) koeficijent 0.38 povisiti na 0.65. Dodatno omogućiti kombinaciju ovog DTP-a s DTPima koji obuhvaćaju pregled (OM001, OM002, OM005, OM006, OM104, OM116, OM117) i konzultaciju (OM003). OBRAZLOŽENJE: Savjetovanje s pacijentom je temeljni alat liječnika obiteljske medicine, često su vrlo opsežna, uključuju odgovore na puno pitanja i savjetovanja oko više različitih tegoba te kao takvo nosi veliku odgovornost. Također, neophodno je omogućiti njegovo bilježenje uz navedene DTP-ove, upravo zbog širine samog DTP-a i činjenice da se pacijenti u ordinacije često javljaju radi politopnih tegoba, pa i samo savjetovanje vrlo često nije niti vezano za tegobe radi koje je učinjen pregled. Posebno ističemo činjenicu kako je za novi DTP "Naručivanje pacijenta na SKZZ (termin pregleda, dijagnostika)" (šifra OM099) predložen koeficijent 0.38 , ali u usporedbi s tim DTP-om ovaj je neusporedivo zahtjevniji u svakom pogledu. 29. PRIJEDLOG: Novopredloženom DTP-u šifre OM403 iz ovog Prijedloga koeficijent s 1,00 povećati na 1,25. Obavezno plaćanje ovog DTP-a staviti potpuno vanlimitno (po principu cijena x usluga), kao što je to do sada bilo za DTP šifre OM095 (Pregled neopredjeljene osigurane osobe - migrirajuće). OBRAZLOŽENJE: Pregled i zbrinjavanje akutnog neopredjeljenog pacijenta predstavlja dodatno radno i vremensko opterećenje za svaki tim. Radi se o pregledu pacijenta o kojemu ne znamo ništa, nemamo uvid u medicinsku dokumentaciju, terapiju i sl., pa samim time pregled zahtjeva više vremena od pregleda pacijenta koji je opredijeljen u našim tim. Shodno tome treba biti jače financijski stimulirano. 30. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM104 (Proširenи pregled - 3 i više organskih sustava) koeficijent 1.5 povisiti na 2.25. OBRAZLOŽENJE: Prošireni pregled koji obuhvaća 3 i više organskih sustava iziskuje prije svega puno više izdvojenog vremena po pacijentu i predstavlja kompleksniji oblik pružene zdravstvene skrbi te je zbog toga potrebno povisiti koeficijent ovog DTP-a kako je predloženo.	

		31. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM200 (Standardna elektrokardiografija s očitanjem nalaza) koeficijent 0.72 povisiti na 1.5 OBRAZLOŽENJE: Ovaj DTP zahtjeva veliko inicijalno ulaganje u opremu (kupnja EKG uređaja), pretpostavlja trošak potrošnog materijala (EKG papir, gel za EKG), trošak redovnog servisiranja i održavanja uređaja, kao i medicinsko znanje za pravilno očitavanje i interpretaciju EKG nalaza. Upravo ovaj DTP i njegova dosadašnja "vrijednost", postali su sinonim za podcijenjenost obiteljske medicine te je krajnje vrijeme da se ova nepravda ispravi i da se ovaj DTP realno i poštedno honorira. Posebno napominjem kako je za novi DTP "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) predložen koeficijent 0.64 (što apsolutno podržavam!), a u usporedbi s mjerenjem tlaka snimanje EKG-a i njegovo očitanje predstavlja neusporedivo zahtjevniji dijagnostički postupak. 32. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM224 - Inhalacija s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi) sadašnji koeficijent 0.38 podići na 0.7 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno ulaganje u opremu, ulaganje u zamjenske dijelove (plastične cijevi, maske), kao i trošak lijeka. Nevjerojatno je da koeficijent ovog DTP-a ovoliko obezvrijeđen te se trenutno nalazi na razini predloženog koeficijenta za novi DTP "Naručivanja za SKZZ" (OM099). U najmanju ruku koeficijent ovog DTP-a mora biti nešto viši od predloženog koeficijenta DTP-a "Mjerenje krvnog tlaka" (OM056) koji se ovim prijedlogom uvodi. Stoga se predlaže minimalni koeficijent 0.7 za ovaj DTP. 33. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM201 (Spirometrija) sadašnji koeficijent 0.96 podići na 1.35 OBRAZLOŽENJE: Izvođenje ovog DTP-a zahtjeva inicijalno nemalo ulaganje u opremu (spirometar), trošak potrošnih dijelova (jednokratni usnik), redovno servisiranje i održavanje uređaja, kao i iskustvo i znanje za pravilno izvođenje i interpretaciju pretrage (što uključuje i medicinsku sestru i liječnika). Zbog svega navedenoga potrebno je podići koeficijent DTP kako je predloženo. 34. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM199 (Uzimanje uzoraka krvi u ordinaciji) sadašnji koeficijent 0.22 podići na 0.38 OBRAZLOŽENJE: Koeficijent ovog DTP-a je do sada bio jako podcijenjen. Sadašnji koeficijent je manji čak i od koeficijenta DTP-a "Preuzimanje uzoraka urina/stolice za biokemijske i bakteriološke pretrage i organizacija dostave" (OM098) koji iznosi 0.25. I dok primjerice preuzimanje uzoraka stolice/urina u	

		pravilu i jest samo preuzimanje, DTP uzimanja uzoraka krvi u ordinaciji predstavlja zahtjevniji postupak pa shodno tome mora biti i ispravnije vrednovan višim koeficijentom DTP-a, pa se predlaže njegovo podizanje na 0.38. 35. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM118 (rinoskopija), OM120 (otoskopija), OM121 (ispiranje zvukovoda) i OM124 (peak-flow metrija) podići koeficijent sa sadašnjih 0.29 na 0.53 te omogućiti njihovo kombiniranja sa svim drugim DTP-ima. OBRAZLOŽENJE: Sadašnji koeficijent i vrednovanje ovih DTP u istom rangu koeficijenta kao npr. za izdavanje liječničkih potvrda jasno ukazuje na podcjenjivanje predmetnih DTP-a za koje je potrebna pripadajuća medicinska oprema i kliničke kompetencije. Zato je s ciljem adekvatnijeg vrednovanja ovih DTP neophodno podići koeficijent na 0.53, uz omogućavanje kombiniranja ovih DTP sa svim drugim DTP-ima. 36. PRIJEDLOG: Za DTP-e pod šiframa OM170, OM171, OM172 i (ovdje novopredloženi) OM177 (Vođenje panela kroničnih bolesnika) podići koeficijent sa sadašnjih 0.1 na 0.25 OBRAZLOŽENJE: Vođenje panela kroničnih bolesnika predstavlja važan oblik skrbi za kronične bolesnike kroz njihovo dugotrajno i sistematično praćenje. Kao takvo, vođenje panela kroničnih bolesnika je do sada bilo valorizirano najnižim mogućim koeficijentom i praktično uopće nije valoriziralo ovaj oblik liječničkog rada i praćenja bolesnika. S ciljem adekvatnijeg i pravednijeg valoriziranja izvršenja ovih DTP-a potrebno je podići koeficijent kako je navedeno. 37. PRIJEDLOG: Izmijeniti čl. 20. Prijedloga na način da se odredbe primjenjuju od 1. svibnja 2026. (s prvom isplatom u lipnju 2026.) OBRAZLOŽENJE: Navedeno je bilo usuglašeno na razini MiZ - HZZO, te je upravo tako bilo i prezentirano na press-konferenciji na kojoj je predstavljen ovaj prijedlog, a na kojoj su sudjelovali ministrica Hrstić i ravnatelj HZZO-a Zvonimir Ante Korda. 38. PRIJEDLOG: Omogućiti prijenos sredstava "u ladici" u narednu kalendarsku godinu OBRAZLOŽENJE: Potpuno nam je jasno da mogućnost prihodovanja po osnovi DTP-a mora biti u određenoj mjeri limitirana, no isto tako smatramo potrebnim da se sredstva zarađena izvan limita koji se plaćaju (tzv. "ladica") mogu prenijeti u narednu kalendarsku godinu, a ne da se brišu s datumom 01.01. sljedeće godine. Stajališta smo da bi se zarađena sredstva trebala brisati tek pretekom druge kalendarske godine od kada su	

		realizirana. Na konkretnom primjeru, da se fakture za DTP-e učinjene tijekom 2026. godine brišu tek s 01.01.2028. godine (umjesto kao što je do sada bio slučaj - s 01.01.2027.), tj. da se ti DTP-i iz 2026. godine po potrebi mogu fakturirati i tijekom čitave 2027. godine. 39. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela kroničnog bolesnika – Panel za astmu (npr. nova šifra DTP: OM179), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Astma pripada najčešćim bolestima dišnog sustava, s velikim javnozdravstvenim utjecajem na potrošnju resursa u zdravstvenom sustavu i s ogromnim utjecajem na kvalitetu življenja. U suradnji liječnika obiteljske medicine i specijalista pulmologa osmišljen je okvir Nacionalnog astma panela kao digitalnog alata, s ciljem poboljšanja u dijagnosticiranju, praćenju i liječenju oboljelih od astme u ordinacijama liječnika obiteljske medicine, u skladu sa Hrvatskim smjernicama za astmu i svjetskom strategijom za prevenciju i upravljanje astmom Globalne inicijative za astmu (engl. Global Initiative for Asthma , GINA). Smatramo potrebitim omogućiti implementaciju ovog panela u programska rješenja u kojima rade ugovorni liječnici obiteljske medicine, a kroz uvođenje ovog DTP-a potom i ispravno valorizirati njegovo provođenje u ordinacija obiteljske medicine 40. PRIJEDLOG: U članku 4. Prijedloga u Tablici "I. razina – postupci za koje nije potrebna dodatna oprema i/ili dodatna edukacija" potrebno je dodati sljedeći DTP postupak: - Vođenje panela bolesnica / rizične populacije – Panel za rak dojke – procjena rizika, rano prepoznavanje i praćenje (npr. nova šifra DTP: OM185), predloženi koeficijent 0.25 OBRAZLOŽENJE: Rak dojke najčešći je zloćudni tumor u žena i jedan od vodećih uzroka smrtnosti, pri čemu ishodi liječenja izravno ovise o pravovremenom probiru, ranoj dijagnostici i kontinuiranom praćenju. Panel predstavlja strukturirani alat koji omogućuje organizirano vođenje podataka, procjenu rizika, pravovremeno upućivanje na dijagnostičku obradu i praćenje bolesnica u ordinaciji obiteljske medicine. Panel ne zamjenjuje NPP, već u ordinaciji omogućuje prepoznavanje i motiviranje žena koje se nisu odazvale te njihovo usmjeravanje u program putem kontaktiranja nadležnih koordinatora. Također, panel omogućuje sustavno praćenje populacija koje nisu obuhvaćene NPP-om. Time se osigurava kontinuitet skrbi i dodatno unapređuje rana detekcija bolesti. Učestalost primjene DTP postupka: jednom u životu do 30. godine	

		života – u svrhu procjene rizika za rak dojke, a nakon 30. godine života DTP postupak može se obračunati jednom godišnje. Uvođenjem ovog DTP postupka omogućila bi se valorizacija sustavnog, proaktivnog i preventivno usmjerenog rada liječnika obiteljske medicine. 41. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Medicinsko-biokemijsko testiranje u liječničkoj ordinaciji, uključuje trošak testa“ (predložena šifra npr. OM099), koeficijent 1, plaćanje vanlimitno. OPIS/KRITERIJ/SMJERNICA: Moguće bilježiti samo za određivanje CRP-a, troponina i/ili Ddimera. Obvezno je u zdravstveni karton dokumentirati medicinsku indikaciju za učinjenu pretragu i rezultat testiranja. OBRAZLOŽENJE: Brzi dijagnostički postupci u ordinaciji obiteljske medicine (CRP, D-dimeri i troponini) učinjeni na POCT uređajima (eng. point od care testing) od iznimnog su značaja i pomoći u radu liječnicima obiteljske medicine, posebice onima koji se nalaze u dislociranim sredinama, ali i svim drugim liječnicima obiteljske medicine kao orijentir za postavljanje dijagnoze, liječenje i eventualno upućivanje pacijenata na SKZZ razinu ili ispravno upućivanje hitnim službama. Važno je napomenuti i da korištenje POCT uređaja dovodi do značajnih ušteda za zdravstveni sustav (smanjeno upućivanje pacijenata na laboratorijsku obradu i na OHBP, ušteda na putnim nalozima u slučaju djece i putnih naloga za njihovu pratnju, racionalnije propisivanje antibiotika i sl.). Obzirom na cijenu samog uređaja, kao i cijenu reagensa, potrebno je ovaj DTP uvrstiti među potpuno vanlimitne DTP s predloženim koeficijentom. 42. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Akupunktura“ (predložena šifra npr. OM223), koeficijent 0.85, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju. OBRAZLOŽENJE: Trenutno liječnicima obiteljske medicine nije omogućeno bilježenje ovog DTP-a, a isto je omogućeno liječnicima na drugim razinama zdravstvene zaštite, a radi se o kompetenciji koju na istovjetan način stječu i prakticiraju i liječnici obiteljske medicine i SKZZ specijalisti (npr. anesteziolozi, fizijatri, neurolozi). Isto tako, liste čekanja za akupunkturu na višim razinama zdravstvene zaštite su dugačke. S ciljem konačnog omogućavanja bilježenja ovog terapijskog postupka koji se može obavljati i već se i obavlja na razini	

		obiteljske medicine te njegovog ispravnog honoriranja potrebno je uvesti ovaj DTP postupak na način kako je predloženo. 12 43. PRIJEDLOG: Uvođenje novog DTP „Kontinuirano bilježenje električne aktivnosti srca tijekom 24 sata (Holter EKG)“ (predložena šifra npr. OM229), koeficijent 2.5, DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). Dodatni OPIS/KRITERIJ/SMJERNICU: Obavezno u zdravstveni karton evidentirati medicinsku indikaciju i zabilježiti nalaz. OBRAZLOŽENJE: Jedan dio liječnika obiteljske medicine u svojim ordinacijama radi ovu pretragu te je potrebno omogućiti bilježenje ovog dijagnostičnog postupka, tim više što se radi o dijagnostičkom postupku za koji postoje liste čekanja u većem dijelu Hrvatske. Predložen je koeficijent 2.5 uvažavajući inicijalnu cijenu uređaja, trošak potrošnog materijala (elektrode) i redovno serviranje uređaja. 44. PRIJEDLOG: Kod DTP postupka pod šifrom OM225 i OM235 (Kontinuirano mjerenje krvnog tlaka kroz 24 sata) koeficijent DTP-a 1.92 povisiti na 2.35 OBRAZLOŽENJE: Potrebno je korigirati koeficijente ovih DTP-a uvažavajući potrebna inicijalna ulaganja u KMAT uređaj, redovno održavanje i servis uređaja, zamjene manšeta koje se troše korištenjem i dr. Povišenje koeficijenta DTP-a djelovalo bi također poticajno da što veći broj ugovornih ordinacija obiteljske medicine nabavi KMAT uređaj i provodi ovu dijagnostičku pretragu što bi dovelo do smanjenja listi čekanja za KMAT na SKZZ razini, ali i dovelo do bolje kontrole i liječenja bolesnika s hipertenzijom te posljedičnog boljih ishoda liječenja i manje neželjenih incidenata kao posljedice neadekvatno reguliranih vrijednosti krvnoga tlaka. 45. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM147 (Opskrba površinskih i manjih rana – uključuje šivanje i previjanje) sadašnji koeficijent 1.35 podići na koeficijent 1.75, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi potrošni materijal koji je skup (anestetik, konac za šivanje), a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na	

		obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja manjih rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja. 46. PRIJEDLOG: Za DTP pod šifrom OM207 (Primarna opskrba dubljih i većih rana – uključuje lokalnu anesteziju, šivanje više slojeva tkiva i previjanje) sadašnji koeficijent 2.12 podići na koeficijent 3, a sam DTP uvrstiti u skupinu "vanlimitno 15%, tj. za koje je utvrđen maksimalni iznos sredstava u visini do maksimalno 15% izvršenja DTP-a" (gore predloženo da se korigira u 40%). OBRAZLOŽENJE: Kao i u obrazloženju za 45. prijedlog, neophodno je ovaj DTP uvrstiti u predloženu skupinu vanlimitnih DTP-a jer se radi o terapijskom postupku kod kojega se koristi anestezija i konac za šivanje koji su skupi, a izvođenje samog postupka zahtjeva specifična klinička znanja i vještine. Isto je potrebno i radi poticanja liječnika obiteljske medicine na obavljanje ovog terapijskog postupka u ordinacijama obiteljske medicine, a koje se sada rijetko izvodi budući da trenutno donosi gubitak ordinacijama zbog visokih ulaganja u potrošni materijal bez mogućnosti povrata sredstava. Radi toga većina liječnika ne šiva rane u svojim ordinacijama, nego upućuje pacijente na SKZZ razinu. Istovremeno, prihvaćanje ovog prijedloga dovelo bi do smanjenog upućivanja na SKZZ razinu radi šivanja rana, uštede za zdravstveni sustav (jeftiniji DTP za PZZ razini, putni troškovi i sl.) smanjenog opterećenja objedinjenih hitnih bolničkih prijema i hitnih kirurških ambulanti te benefita za samog bolesnika koji bi u skladu s intencijom Ministarstva zdravstva problem mogao riješiti na primarnoj razini. Posebna korist bila bi za dislocirane ambulante, ruralna i turistička područja.	
211			
212			

213			
214			