

OBRAZLOŽENJE ZA NACRT PRIJEDLOGA ODLUKE O OSNOVAMA ZA SKLAPANJE UGOVORA O PROVOĐENJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

U odnosu na dosadašnje odredbe Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Odluka o osnovama) ovim Nacrtom Odluke o osnovama najveće izmjene su provedene vezano uz dijagnostičko-terapijske postupke na svim razinama zdravstvene zaštite kao i dijagnostičko terapijske skupine. Vrijednost svih dijagnostičko terapijskih postupaka (u daljnjem tekstu: DTP) izražena je samo koeficijentom, a osnovna vrijednost kojom se množe koeficijenti utvrđena je u visini od 52,00 kune.

Na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti provedena je revizija i ažuriranje svih DTP-a u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne). U skladu s navedenim provedeno je brisanje 6 DTP-a u djelatnosti opće obiteljske medicine (OM015, OM054, OM0994, OM158, OM188 OM190). Kod značajnog dijela DTP-a unutar sve četiri djelatnosti provedene su izmjene na način da su im utvrđene mogućnosti i kriteriji obračuna u odnosu na druge DTP postupke te su upotpunjeni definicijom i opisom. U definiranju, opisu i kriterijima za obračun pojedinih DTP postupaka postupalo se u skladu s odredbama članka 23. Zakona o liječništvu („Narodne novine“, broj: 121/03 i 117/08) kojima se određuje da je liječnik obavezan voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju kao i da je obavezan dokumentaciju koja se čuva na elektronskom mediju osigurati od mijenjanja, prijevremenog uništenja ili nedopuštenog korištenja te je obavezan čuvati podatke o ambulantnom liječenju bolesnika deset godina nakon završenog liječenja, a nakon toga roka postupiti prema propisima o čuvanju dokumentacije.

Isto tako provedena je revizija koeficijenata kroz vrednovanje pojedinog DTP-a sukladno očekivanoj/pruženoj zdravstvenoj zaštiti, potrebnoj opremi, utrošenim sredstvima i edukaciji doktora. U skladu s navedenim provedeno je povećanje kao i smanjenje koeficijenata pojedinih DTP-a.

Kako je u postojećem popisu DTP postupaka postojala neujednačenost sadržaja napomena s određenom oznakom eksponenta, provedena je revizija teksta svih napomena te je korigiran redoslijed brojeva oznaka eksponenta i utvrđena je jednoobrazna primjena eksponenta kao oznake napomene postupaka svih razina DTP-a.

S obzirom na novu organizaciju djelatnosti hitne medicine provedena je i korekcija (povećanje) godišnje vrijednosti standardnih timova.

U djelatnosti sanitetskog prijevoza povećan je broj timova sanitetskog prijevoza po pojedinim županijama.

U djelatnostima opće obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena brisana je mogućnost ugovaranja dodatne medicinske sestre/medicinskog tehničara unutar skupne prakse kao i s domovima zdravlja dok je u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne) brisana mogućnost ugovaranja dodatnog doktora unutar skupne prakse.

Za djelatnosti za koje se u skladu s Odlukom o osnovama ne raspisuje natječaj utvrđeno je dostavljanje dokumentacije u svrhu sklapanja ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za novo ugovorno razdoblje.

U specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti također je provedena revizija i ažuriranje podataka vezanih uz utvrđeni popis DTP-a, uvedeno je 50 novih DTP postupaka (EN021, FT031, FT032, FT033, FT034, GE052, GE053, GE054, JK041, JK042, JK043, JK044, JK045, JK046, JK047, JK048, JK049, JK050, JK051, JK052, JK053, JK054, JK055, LB887, LB888, LB889, LB890, LB891, LB892, LG211, LG212, LM386, NM144, OR052, OR053, PP031, PU043, TM013, TM014, TM015, TM016, TM017, TM018, TM019, UL036, UL037, UZ075, UZ076, ZS053 i ZS054) te su provedene korekcije opisa pojedinih postupaka.

Analizom troška po pojedinom DTP-u provedena je i korekcija cijena.

Provedena je korekcija pedijatrijske prilagodbe na način da je ista smanjena sa 30% na 15%, sa 20% na 10% i sa 10% na 5%., a pojedinim DTP-ima pedijatrijska prilagodba je brisana (AU001, AU003, DT031, FT005, DT033, JK029, KL002, KL007, KL010, KL012, NM067, NM068, NM069 OR007, OR008, PL007, PL008, PL003, PL004, PL009, PL010, PL012, PL017, PL018, PL019, PL020, PL022, PP001, PP002, PP003, PP004, PP005, PP09, PP020, PP022, PP023, PP029, SK123, SK124, SK125, UL035, UZ005, ZS028, ZS029, ZS030, ZS031, ZS032, ZS033, ZS034, ZS049, ZS050, ZS051, ZS052) budući da je postupak već sam po sebi prilagođen pedijatrijskoj populaciji.

Provedena je i izmjena pojedinih postupaka vezano uz mogućnosti i kriterije obračuna (npr. mogu se ispostaviti samo jednom u istom danu (napomena (9)), utvrđeni postupci koji se uz njih ne mogu obračunati i sl.)

Brisano je ukupno 7 postupaka (FT017, LG178, TM002, TM007, TM010, LB304, LC005).

U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti provedene su izmjene DTS-a na način da su provedenom analizom troška po pojedinoj DTS kategoriji napravljene izmjene cijena (smanjenje i povećanje) te je provedena korekcija pedijatrijske prilagodbe sa 20% na 10%..

Isto tako provedena je izmjena DBL-a 55 Intenzivno produženo liječenje na način da mu je izmijenjen naziv te korigiran opis postupka.

Osim navedenih izmjena provedene su i izmjene vezano uz postupak kolonoskopije koji se provodi u sklopu Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka debelog crijeva. Umjesto dosadašnjeg jednog postupka uvedena su dva (Kolonoskopija bez polipektomije i Kolonoskopija s polipektomijom).

Utvrđeni su i novi indikatori pokazatelja učinkovitosti (KPI) i kvalitete(QI) u bolničkim zdravstvenim ustanovama koje provode liječenje bolesnika oboljelih od akutnih bolesti, te ih sada ima ukupno osam. Dodatni prihod koji se ostvaruje osnovom pokazatelja učinkovitosti (KPI) i kvalitete(QI) utvrđen je u visini od najviše 3.2% od izvršenja, ali ne više od maksimalnog iznosa sredstava utvrđenog za provođenje zdravstvene zaštite osiguranim osobama Zavoda, što za svaki od ostvarenih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete iznosi najviše 0,4% mjesečnog iznosa sredstava ostvarenog za provođenje zdravstvene zaštite osiguranim osobama Zavoda. Dodatni prihod ostvaruje se u slučaju da bolnička zdravstvena ustanova u cijelosti izvrši utvrđeni avansni iznos sredstava kao i da joj je udjel računa dijagnostičko terapijske skupine kategorije A (kompleksnosti) manji odnosno isti od utvrđene vrijednosti prema kategoriji bolnice.