

Zagreb, 3. prosinca 2013.g.

HRVATSKA LIJEČNIČKA KOMORA  
Predsjedniku i dopredsjednicima HLK  
Predsjedniku Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu  
Ulica fra Grge Tuškana 37  
10000 Zagreb

**Predmet: očitovanje na obveze liječnika primarne zdravstvene zaštite iz Pravilnika o uvjetima i postupku ostvarivanja prava na jednokratnu novčanu pomoć Ministarstva branitelja ( NN 49/2013)**

Poštovani,

Unazad tjedan dana mnogo kolega obiteljskih liječnika mi se obratilo zbog zahtjeva pacijenata za popunjavanjem Obrasci 7 i 8(Prilog1) iz Pravilnika o uvjetima i postupku ostvarivanja prava na jednokratnu novčanu pomoć Ministarstva branitelja ( NN 49/2013).

Naime Članak 9. Stavak 1 i o utvrđuje obvezu liječnika primarne zaštite da procijeni težinu akutne, kronične, maligne bolesti ili ozljede kako bi pacijent mogao ostvariti svoja materijalna prava.

Obzirom da ne postoji sustav klasifikacija težine akutnih, kroničnih, malignih bolesti (laka ili teška bolest) smatramo da takva obveza ne ulazi u ovlasti obiteljskog doktora. Također smatramo da je klasifikacija težine ozljeda u nadležnosti sudskih vještaka.

Molimo nadležna tijela HLK da se očituje o zahtjevima iz navedenog Pravilnika te molimo HLK da podnese prijedlog za ocjenu zakonitosti ovog podzakonskog akta.

Molimo za žurni odgovor uz srdačan pozdrav,

Predsjednica KoHOM-a

Ines Balint dr.med.spec.obiteljske medicine



Udruga  
Koordinacija  
hrvatske obiteljske medicine  
**KoHOM**

Na znanje:

Ministarstvu zdravlja

Prilog:

Potvrda liječnika PZZ:  
-Obrazac broj 7  
-Obrazac broj 8

Obrazac broj 7

Potvrda liječnika primarne zdravstvene zaštite o osnovnoj bolesti zbog koje je potreban učestali prijevoz u zdravstvenu ustanovu

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_

Ja, liječnik \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, iz \_\_\_\_\_

(titula) (ime i prezime pacijenta) (mjesto sjedišta)

potvrđujem da \_\_\_\_\_ boluje od

(ime i prezime pacijenta)

bolesti navedene pod rednim brojem \_\_\_\_\_, te mu – joj je zbog iste potreban učestali prijevoz u zdravstvenu ustanovu.

1. maligna bolest tijekom aktivne faze liječenja ili terminalni oblici bolesti
2. stanje nakon ozljede ili bolesti mozga ili kralježničke moždine s oštećenjem motoričke funkcije udova (teži oblici ataksije, hemiplegije, paraplegije, tetraplegije, paralize)
3. stanje nakon ozljede ili bolesti mozga s teškim oštećenjem kognitivnih funkcija
4. teški oblici parkinsonizma
5. slabo kontrolirani EPI napadaji Jaksonovog tipa uz terapiju
6. traumatski gubitak oba gornja ili donja ekstremiteta
7. traumatski gubitak donjeg ekstremiteta iznad koljena
8. traumatski gubitak donjeg ekstremiteta ispod koljena osobe vezane uz kolica
9. traumatska amputacija stopala po Lisfrancu ili Chopartu
10. traumatska amputacija oba skočna zgloba
11. teški oblici psihoza koji unatoč terapiji zahtijevaju liječnički nadzor ili nadzor druge osobe
12. sljepilo (nedostatak vida na oba oka)
13. teška KOPB kao samostalna bolest ili posljedica TBC s velikim promjenama u ABS (acidobazni status)
14. teška miokardna, valvularna ili krvožilna bolest srca sa znakovima teške dekompenzacije koja bitno ograničava svaku fizičku aktivnost
15. teški oblici bolesti jetre s opsežnim ascitesom i znakovima karidiorespiratorne insuficijencije ili trajna imunosupresivna terapija nakon transplantacije
16. teški oblici bolesti bubrega koji zahtijevaju hemodijalizu ili trajnu imunosupresivnu terapiju nakon transplantacije
17. teški oblici šećerne bolesti s komplikacijama (sljepoća, dijaliza, mutilacija ekstremiteta)
18. bolest \_\_\_\_\_

(navesti dijagnozu)

o kojoj prilažem medicinsku dokumentaciju kojom se opravdava nesamostalnost bolesne osobe i potreba za učestalim prijevozom u svrhu liječenja.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (pečat i potpis)

Obrazac broj 8

Potvrda liječnika primarne zdravstvene zaštite o teškoj akutnoj, teškoj kroničnoj ili malignoj bolesti ili teškoj ozljedi

IME I PREZIME PACIJENTA: \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_

DATUM ROĐENJA: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_

Ja, liječnik \_\_\_\_\_, iz \_\_\_\_\_

(titula) (ime i prezime pacijenta) (mjesto sjedišta)

potvrđujem da \_\_\_\_\_ boluje od

(ime i prezime pacijenta)

\_\_\_\_\_

(navesti dijagnozu)

koja je prema mojem mišljenju:

a) teška akutna bolest

b) teška kronična bolest

c) maligna bolest

d) teška ozljeda nastala uslijed nesretnog slučaja o kojoj prilažem medicinsku dokumentaciju.

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(pečat i potpis)