O D L U K U
O OSNOVAMA ZA SKLAPANJE UGOVORA O PROVOĐENJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Interni pročišćeni tekst obuhvaća Odluku o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 43/10.), njezine izmjene i dopune objavljene u „Narodnim novinama“ broj 71/10., 88/10., 124/10.m 1/11., 6/11.„50711., 54/11. i 61/11., te ispravak Odluke o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja („Narodne novine“ broj 16/11.)

OPĆE ODREDBE

Članak 1.

Ovom Odlukom utvrđuje se način provođenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, cijene zdravstvene zaštite u ukupnom iznosu za punu vrijednost prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja kao i uvjeti i način pod kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod) sklapa ugovore za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima, te sa drugim provoditeljima zdravstvene zaštite u skladu s Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (u daljnjem tekstu: Zakon), Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, drugim propisima i općim aktima Zavoda.

Članak 2.

Na osnovi odredaba članka 25. Zakona o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti, te na razini zdravstvenih zavoda.

Članak 3.

Zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti osigurane osobe Zavoda (u daljnjem tekstu: osigurane osobe) ostvaruju slobodnim izborom doktora medicine i doktora stomatologije/dentalne medicine kojeg, u pravilu, biraju prema mjestu prebivališta**,** odnosno boravka u skladu s Zakonom i općim aktom Zavoda.

Zdravstvenu zaštitu na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti osigurane osobe Zavoda ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka i specijalističke uputnice iz članka 9. stavka 9. ove odluke.

Zdravstvenu zaštitu na razini zdravstvenih zavoda osigurane osobe ostvaruju na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti prema mjestu prebivališta, odnosno boravka, a na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti na osnovi uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite i bolničke specijalističko uputnice iz članka 9. stavka 9. ove Odluke.

Članak 4.

U skladu s člankom 69. Zakona za potrebe popune Mreže javne zdravstvene službe (u daljnjem tekstu: mreža) Zavod na osnovi odredaba ove Odluke raspisuje natječaj za sklapanje ugovora za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i to primarne, specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite u pravilu za razdoblje od 3 godine (u daljnjem tekstu: ugovorno razdoblje), ako posebnim propisom nije drugačije određeno.

Natječaj iz stavka 1. ovog članka ne raspisuje se za djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti koje u skladu s Zakonom o zdravstvenoj zaštiti obavljaju na osnovi koncesije.

S odabranim ponuditeljem iz stavka 1. ovog članka kao i zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima koji ispunjavaju uvjete za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvneog osiguranja utvrđene ovom Odluke Zavod sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja na pojedinoj razini zdravstvene djelatnosti za ugovorno razdoblje (u daljnjem tekstu: ugovorna zdravstvena ustanova/ugovorni privatni zdravstveni radnik).

Ugovorno razdoblje iz stavka 1. ovog članka može se u skladu s posebnim propisima produžiti/skratiti za pojedine djelatnosti posebnom odlukom Upravnog vijeća.

Sa zdravstvenim radnicima u mreži koji su se javili na natječaj iz stavka 1. ovog članka koji će tijekom ugovornog razdoblja navršiti 65 godina života i 20 godina staža osiguranja Zavod će sklopiti ugovore o provođenju zdravstvene zaštite najduže do zadnjeg dana kalendarske godine u kojoj navršavaju 65 godina života i 20 godina staža osiguranja.

Iznimno od stavka 5. ovog članka Zavod može u slučaju ugroženosti pružanja zdravstvene zaštite na osnovi odobrenja ministra nadležnog za zdravstvo o produljenju obavljanja privatne prakse i posebne odluke Upravnog vijeća Zavoda sklopiti ugovore o provođenju zdravstvene zaštite sa zdravstvenim radnicima koji su navršili 65 godina života i 20 godina staža osiguranja, a najduže do popunjena mreže, odnosno do navršenih 70 godina života zdravstvenog radnika**.**

Ugovorna zdravstvena ustanova i ugovorni privatni zdravstveni radnik obvezni su istaknuti naziv da su ugovorni subjekt Zavoda te naznačiti ugovorenu zdravstvenu djelatnost.

Članak 5.

Ako nakon provedenog natječaja iz članka 4. ove Odluke za određenu djelatnost i za određeno područje mreža ostane nepopunjena Zavod za potrebe popune mreže može ponoviti raspisivanje natječaja.

Postupak iz stavka 1. ovog članka provodi se u skladu s odredbama članka 4. ove Odluke.

Za djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti koje se u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti obavljaju na osnovi koncesije, popuna mreže provodi se u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti.

Članak 6.

Zavod može tijekom ugovornog razdoblja sklapati ugovore sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima kojima je rješenjem ministra nadležnog za zdravstvo odobren rad u djelatnostima koje su uključene u mrežu.

Ako se temeljem praćenja listi čekanja na određene dijagnostičke postupke utvrdi značajno produženje čekanja, Zavod može, bez raspisivanja natječaja iz članka 4. stavka 1. ovog Ugovora na zahtjev Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, interventno ugovoriti provođenje tih dijagnostičkih postupaka s pojedinim zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima.

Ugovaranje novih ugovornih subjekata u djelatnosti hemodijalize provodi se u slučaju kada je, uz zadovoljavanje svih kriterija utvrđenih zakonskim, podzakonskim aktima i općima aktima Zavoda, zadovoljen kriterij maksimalno provedenog vremena na putu na hemodijalizu i minimalnog broja osiguranih osoba u postupku hemodijalize.

Maksimalno provedeno vrijeme na putu na hemodijalizu utvrđuje se na razini od ukupno 1 sat u dolasku i odlasku, odnosno kada vrijeme provedeno na putu između postojeće ugovorne ustanove koja provodi djelatnost hemodijalize i ustanove koja je podnijela zahtjev za sklapanje ugovora u djelatnosti hemodijalize iznosi ukupno najmanje 1 sat.

Minimalni broj osiguranih osoba u postupku hemodijalize utvrđuje se na razini od 10 osiguranih osoba, odnosno ustanova koja je podnijela zahtjev za ugovaranje djelatnosti hemodijalize mora imati izjave najmanje 10 osiguranih osoba koje će provoditi hemodijalizu u toj ustanovi.

Za ustanove za povođenje djelatnosti hemodijalize koje se osnivaju na otocima minimalni broj osoba u postupku hemodijalize je 5.

Vrijeme provedeno na putu iz stavka 4. ovog članka utvrđuje zdravstvena ustanova ugovorena u djelatnosti sanitetskog prijevoza na području na kojem se nalazi ustanova koja je podnijela zahtjev za sklapanje ugovora.

Članak 7.

Ugovorom iz članka 4. stavka 3. ove Odluke određuje se:

- vrsta, kvaliteta i način provođenja zdravstvene zaštite u određenoj djelatnosti
- opseg ugovorene zdravstvene zaštite u skladu sa Zakonom i općim aktima Zavoda
- početak i razdoblje provođenja ugovorene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u određenoj djelatnosti
- cijena i ukupna novčana sredstva za ugovorenu zdravstvenu zaštitu iz određene djelatnosti
- način, uvjeti i rokovi plaćanja ugovorene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja
- nadzor nad ostvarivanjem ugovornih obveza i ugovorne kazne
- druga međusobna prava i obveze ugovornih strana.

Članak 8.

Ugovorne zdravstvene ustanove i ugovorni privatni zdravstveni radnici obvezni su na svim razinama zdravstvene djelatnosti bez uputnice pružati hitnu medicinu svim osiguranim osobama bez obzira na mjesto prebivališta, odnosno boravka osigurane osobe.

Pod hitnom medicinom iz stavka 1. ovog članka podrazumijeva se pružanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji su nužni u otklanjanju neposredne opasnosti po život i zdravlje osigurane osobe, odnosno zbog otklanjanja mogućnosti nastanka trajnog invaliditeta.

Članak 9.

Ugovorna zdravstvena ustanova i ugovorni privatni zdravstveni radnik obvezani su u provođenju ugovorene zdravstvene zaštite na svim razinama zdravstvene djelatnosti osigurati lijekove utvrđene Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Osnovna lista lijekova) i Odlukom o utvrđivanju Dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Dopunska lista lijekova), potrošni i ugradbeni materijal, te ortopedska i druga pomagala u skladu s Zakonom, općim aktima Zavoda i ugovorenom djelatnošću.

Zdravstveni radnici ugovorne ustanove i ugovorni privatni zdravstveni radnik ne smije upućivati osiguranu osobu da osobno o svom trošku nabavi lijekove, potrošne ili ugradbene materijale te ortopedska i druga pomagala.

Zdravstveni radnici ugovorne zdravstvene ustanove i ugovorni privatni zdravstveni radnik ne smiju upućivati osiguranu osobu Zavoda da terapijski i/ili dijagnostički postupak, koji su obvezni u skladu s ugovorom o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja pružiti osiguranoj osobi Zavoda, provede o vlastitom trošku.

Upućivanje na kontrolne preglede i daljnju dijagnostičku obradu nakon provedene specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, kao i utvrđivanje prava na bolovanje u nadležnosti je izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite.

Doktori specijalisti bolničke zdravstvene ustanove u obvezi su u svezi s uputnom dijagnozom, ukoliko je na uputnici zatražen kompletan pregled, osnovom specijalističke uputnice uputiti osiguranu osobu na daljnju specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu koja se može provesti u toj ugovornoj bolničkoj ustanovi.

Doktori specijalisti bolničke zdravstvene ustanove, u slučaju postavljanja indikacije za operaciju, i zakazivanja termina za operaciju, u obvezi su osnovom specijalističke uputnice uputiti osiguranu osobu na prije operacijsku obradu, koja se može provesti u toj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu osnovom specijalističke uputnice iz stavka 5. ovog članka ugovorna bolnička zdravstvena ustanova obvezna je provesti u roku od 60 dana od dana izdavanje specijalističke uputnice.

Ako je vrijeme čekanja osigurane osobe na medicinski indicirani operacijski zahvat dulje od 60 dana, doktor specijalist koji je postavio indikaciju za operativni zahvat, dužan je osiguranu osobu naručiti na

kontrolni pregled koji će biti vremenski u skladu s predviđenim terminom operacije, te pri tom osiguranoj osobi izdati specijalističke uputnice za neophodne dijagnostičke pretrage i specijalističko-konzilijarne preglede, uključujući i potrebne laboratorijske pretrage s primarne razine.

Ako bolnička zdravstvena ustanova ne može provesti određene dijagnostičke pretrage, osiguranu osobu uputiti će temeljem specijalističke uputnice u drugu ugovornu bolničku zdravstvenu ustanovu ili zavod za javno zdravstvo koji može pružiti traženu zdravstvenu uslugu.

Članak 10.

Ugovorna zdravstvena ustanova i ugovorni privatni zdravstveni radnik obvezni su pružati zdravstvene zaštitu uključujući i lijekove koji se propisuju na recept osobama iz država s kojima Republika Hrvatska ima sklopljen ugovor o socijalnom osiguranju, a koji privremeno borave u Republici Hrvatskoj pod uvjetima, na način i u opsegu kako je to utvrđeno tim ugovorima, te strancima koji su u Zavodu osigurani prema odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

Osobe iz stavka 1. ovog članka, koje koriste zdravstvenu zaštitu na osnovi međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju, a imaju prebivalište, odnosno odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj imaju status osigurane osobe Zavoda, te zdravstvenu zaštitu na svim razinama zdravstvene djelatnosti koriste na način i u opsegu predviđenom za članove obitelji osiguranika Zavoda, a na osnovi iskaznice zdravstveno osigurane osobe Zavoda.

Članak 11.

Zavod s Hrvatskim crvenim križem, odnosno državnim zavodima, te drugim zdravstvenim ustanovama koje u svrhu unapređenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja provode posebne zadaće u djelatnosti zdravstvene zaštite, sklapa ugovore za provođenje programa koje je posebnom odlukom usvojilo Upravno vijeće Zavoda. Programom se utvrđuju poslovi i zadaće od interesa za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja s rokovima izvršenja, naznakom potrebnih radnika i novčanom naknadom.

Radi provođenja primarne zdravstvene zaštite osiguranih osoba koje obavljaju poslove u svezi s osiguranjem i zaštitom integriteta Republike Hrvatske Zavod će u skladu s posebnom odlukom Upravnog vijeća Zavoda ugovorima urediti međusobna prava i obveze.

Članak 12.

Ustanova je obvezna u slučaju spriječenosti svojih radnika u obavljanju ugovorenih zdravstvenih djelatnosti osigurati zamjenu, te unaprijed, odnosno odmah nakon saznanja o tome izvijestiti nadležni područni ured Zavoda putem tiskanice koja je sastavni dio Općih uvjeta ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti).

Ugovorni privatni zdravstveni radnik obvezan je u slučaju spriječenosti u provođenju ugovorene zdravstvene zaštite osigurati zamjenu u skladu s odredbom članka 155. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, te unaprijed, odnosno odmah nakon saznanja o tome izvijestiti nadležni područni ured Zavoda putem tiskanice iz stavka l. ovog članka.

Ugovorni privatni zdravstveni radnik obvezan je u slučaju spriječenosti zdravstvenog radnika s kojim u timskom radu obavlja ugovornu zdravstvenu djelatnost osigurati zamjenu za potonjeg, te unaprijed, odnosno odmah nakon saznanja o tome izvijestiti nadležni područni ured Zavoda putem tiskanice iz stavka 1. ovog članka.

Ako izabrani ugovorni doktori koji su na specijalističkom usavršavanju na teret sredstava Zavoda ili bolovanju dužem od 42 dana ne osiguraju zamjenu u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, dom zdravlja na čijem području se nalazi izabrani doktor je obvezan osigurati kontinuitet u pružanju zdravstvene zaštite osiguranim osobama.

Dom zdravlja kontinuitet u pružanju zdravstvene zaštite osiguranih osoba iz stavka 4. ovog članka osigurava na način da osigurane osobe preusmjeri na timove doma zdavlja koji u skrbi imaju manje od standardnog broja osiguranih osoba.

Ako se pružanje zdravstvene zaštite osiguranim osobama ne može osigurati u skladu s stavkom 5. ovog članka dom zdravlja obvezan je osigurati zamjenu za ugovorog doktora.

Dom zdravlja osiguranje kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite iz stavka 5. i 6 ovog članka izabranim doktorima koji su na specijalističkom usavršavanju na teret sredstava Zavoda provodi bez posebne naknade od strane izabranog doktora koji je na specijalističkom usavršavanju.

Izabranim doktorima koji su na bolovanju dužem od 42 dana dom zdravlja osiguranje kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite iz stavka 5. i 6 ovog članka nakon 42 dana provodi bez posebne naknade od strane doktora koji je na dugotrajnom bolovanju.

Zavod izabranom doktoru koji je na bolovanju dužem od 42 dana i kojem je zamjena osigurana u skladu sa stavkom 5. i 6. ovog članka uskraćuje novčana sredstva utvrđena prema broju opredijeljenih osiguranih osoba u brutto iznosu od 535,21 kuna po danu počevši od 43. dana bolovanja.

Naknada domu zdravlja za osiguranje kontinuiteta u pružanju zdravstvene zaštite osiguranim osobama do 42 dana ne može biti veća od iznosa utvrđenog u stavku 9. ovog članka.

Iznos iz stavka 9. ovog članka utvrđen je u skladu sa Zakonom o plaćama u javnim službama, Uredbom o nazivima radnih mjesta i koeficijentima složenosti poslova u javnim službama i Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja.

Dom zdravlja obvezan je o zamjeni odmah nakon saznanja izvijestiti Zavod putem Centralnog zdravstvenog informatičkog sustav Hrvatske (CEZIH).

U provođenju zamjene mogu sudjelovati svi ugovorni doktori na određenom području u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zašiti i posebnim propisima.

Članak 13.

Zavod je obvezan tijekom ugovornog razdoblja provoditi nadzor nad izvršavanjem ugovornih obveza ugovornih subjekata Zavoda.

Nadzor se provodi u skladu s odredbama Zakona i općih akata Zavoda na sljedeći način:

– pregledom i provjerom financijske, medicinske i druge dokumentacije kod ugovornog subjekta Zavoda

– pregledom i provjerom dostavljene dokumentacije u ustrojstvenim jedinicama Zavoda zbog provjere točnosti podataka koji se dostavljaju Zavodu.

Postupkom nadzora iz stavka 1. ovog članka posebno se nadzire da li izabrani doktor medicine, odnosno doktor stomatologije/dentalne medicine:

1. provodi mjere zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja na svojoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđene opsegom prava na zdravstvenu zaštitu iz članka 16., 17. i 18. Zakona,

2. primjenjuje pravila struke, a kod propisivanja terapije preporuke glede farmakoterapije, kliničke smjernice te načela farmakoekonomike vodeći računa o interakcijama i kontraindikacijama za pojedini slučaj,

3. postupa protivno odredbama Zakona, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, drugih zakona, posebnih propisa, podzakonskih akata te općih akata Zavoda,

4. zlorabi pravo u svezi s utvrđivanjem prava na bolovanje osiguranika iz članka 33. stavka 1. Zakona.

Način i postupak provođenja nadzora iz stavka 1. ovog članka uređen je Pravilnikom o ovlastima i načinu rada kontrolora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Članak 14.

Iznimno od odredaba ove Odluke posebnom Odlukom Upravnog vijeća Zavoda utvrđuju se posebni standardi i mjerila za njihovu primjenu za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za osigurane osobe Zavoda na područjima gdje postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite.

RAZINE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

1. Primarna razina zdravstvene djelatnosti

Članak 15.

Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstveno osiguranja na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti:

1. opću/obiteljsku medicinu
2. zdravstvenu zaštitu predškolske djece
3. zdravstvenu zaštitu žena
4. patronažnu zdravstvenu zaštitu
5. zdravstvenu njegu u kući bolesnika (u daljnjem tekstu: zdravstvena njega)
6. stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu)
7. higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu
8. preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata
9. laboratorijsku dijagnostiku
10. ljekarništvo
11. hitnu medicinu
12. sanitetski prijevoz
13. javno zdravstvo
14. zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti

Članak 16.

Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnostima na primarnoj razini prema Pravilniku provode: doktori medicine, doktori specijalisti obiteljske (opće) medicine, doktori specijalisti pedijatri, doktori specijalisti školske medicine u dijelu preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, doktori specijalisti ginekolozi, doktori specijalisti epidemiolozi, doktori specijalisti javnog zdravstva, doktori specijalisti psihijatri, psiholozi, doktori stomatologije/dentalne medicine, magistri medicinske biokemije ili specijalisti medicinske biokemije, magistri farmacije, medicinske sestre/medicinski tehničari, fizioterapeuti i ostali zdravstveni radnici više i srednje stručne spreme.

U provođenju zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti koja se obavlja u timskom radu uz zdravstvene radnike visoke stručne spreme iz stavka 1. ovog članka sudjeluju i zdravstveni radnici više ili srednje stručne spreme.

Za provođenje zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka Zavod sklapa ugovore s domovima zdravlja, ljekarničkim ustanovama, zavodima za javno zdravstvo, ustanovama za hitnu medicinsku pomoć, ustanovama za zdravstvenu skrb, zavodima za hitnu medicinu, ustanovama i privatnim praksama za zdravstvenu njegu, privatnim zdravstvenim radnicima.

Članak 17.

Osnova za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne), laboratorijske dijagnostike i zdravstvene njege je ugovor o koncesiji za obavljanje javne zdravstvene službe uz odgovarajuće rješenje Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi o odobrenju za rad.

Osnova za sklapanje ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite s domom zdravlja za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) i laboratorijske dijagnostike predstavljaju nepopunjena mjesta u mreži nakon dodjele koncesije.

Članak 18.

Osnova ugovaranja patronažne zdravstvene zaštite je broj stanovnika na području nadležnog doma zdravlja.

Članak 19.

Osnova ugovaranja higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite je broj stanovnika na području nadležnog zavoda za javno zdravstvo županije, odnosno Grada Zagreba.

Za djelatnost preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata osnova za sklapanje ugovora je broj školske djece i studenata na području nadležnog zavoda za javno zdravstvo županije, odnosno Grada Zagreba.

Osnova za ugovaranje javnog zdravstva i zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti, je broj timova utvrđen u mreži.

Članak 20.

Osnova za ugovaranje ljekarničke djelatnosti je rješenje Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi o odobrenju za rad ljekarne/ljekarničke ustanove.

Članak 21.

Za područja županije, gdje nije uspostavljen ustroj hitne medicine (u daljnjem tekstu: HM) u skladu s Pravilnikom o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći (u daljnjem tekstu: Pravilnik o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći) osnova za ugovaranje HM-e je broj stanovnika na području doma zdravlja, odnosno pojedine organizacijske jedinice županijskog doma zdravlja, a prema organizacijskim oblicima provođenja HM-e i kadrovskim normativima propisanim Pravilnikom.

Za područja županija/Grada Zagreba, gdje je uspostavljen ustroj HM u skladu s Pravilnikom o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći, osnova ugovaranja HM je broj stanovnika na području županije/Grada Zagreba, a prema kadrovskom normativu iz Pravilnika o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći i uz primjenu pripadajućeg koeficijenta izračunatog na osnovi korektivnih faktora iz ove Odluke.

Članak 21.a

Osnova za ugovaranje sanitetskog prijevoza je broj utvrđenih timova po županiji/Gradu Zagrebu.“

Članak 22.

Broj osiguranih osoba po timu u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) utvrđen je prema standardu u skladu s Pravilnikom (u daljnjem tekstu: standard).

Doktori medicine i doktori stomatologije/dentalne medicine u zdravstvenim ustanovama, odnosno doktori medicine i doktori stomatologije/dentalne medicine privatne prakse ugovoreni u djelatnostima iz stavka 1. ovog članak moraju imati za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba, odnosno ne mogu sklopiti ugovor za više opredijeljenih osiguranih osoba od maksimalno propisanog 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	7.500
4. Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)	1.650	2.200	2.750

Standard u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece koji se za 50 osiguranih osoba počeo smanjivati u 2011. godini, tijekom naredne dvije godine smanjivat će se za 50 osiguranih osoba godišnje.

Iznimno od odredaba stavka 2. ovog članka doktori medicine i stomatologije/dentalne medicine koji prvi puta sklapaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja sa Zavodom obvezni su radi sklapanja ugovora sa Zavodom imati za sebe opredijeljenih 25% standardnog broja opredijeljenih osiguranih osoba po timu za djelatnost.

Radi nastavka ugovornog odnosa sa Zavodom ugovorni doktori iz stavka 4. ovog članka kao i do sada ugovorni doktori koji nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba po timu za djelatnost obvezni su u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora sa Zavodom osigurati 50% standranog broja opredijeljenih osiguranih osoba utvrđenog u tablici iz stavka 2. ovog članka, a u roku četiri godine od dana sklapanja ugovora obvezni su, radi nastavka ugovornog odnosa sa Zavodom, osigurati minimalni broj opredijeljenih osiguranih osoba utvrđen u tablici iz stavka 2. ovog članka.

Iznimno, doktori privatne prakse i zdravstvene ustanove za svoje doktore radnike, koji provode primarnu zdravstvenu zaštitu u ordinacijama koje se nalaze u domovima umirovljenika, odnosno u socijalnim ustanovama, imaju pravo sklopiti ugovor za provođenje zdravstvene zaštite sa Zavodom i za manji broj osiguranih osoba od minimalnog broja osiguranih osoba propisanog stavkom 2. ovog članka.

Doktori privatne prakse i zdravstvene ustanove za svoje doktore radnike koji provode primarnu zdravstvenu zaštitu u ordinacijama koje osim provođenja djelatnosti primarne zdravstvene zaštite ujedno služe kao nastavna baza fakultetima zdravstvenog usmjerenja imaju pravo, iznimno, sklopiti ugovor sa Zavodom za manji broj osiguranih osoba od propisanog minimalnog broja osiguranih osoba iz stavka 2. ovog članka, s time da taj broj ne može biti manji od 80% propisanog minimalnog broja za određenu djelatnost.

Doktori medicine i doktori stomatologije/doktori dentalne medicine koji imaju za sebe opredijeljen broj osiguranih osoba iznad maksimalnog propisanog broja po timu za djelatnost ne mogu upisivati nove osigurane osobe.

Maksimalni broj osiguranih osoba za koji može skrbiti laboratorij na razini primarne zdravstvene zaštite koji ima standardni kadrovski normativ iznosi 49 000 osiguranih osoba.

Članak 23.

Doktor ugovoren u djelatnosti opće/obiteljske medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za osigurane osobe starije od 4 godine.

Iznimno od stavka 1. ovog članka doktor ugovoren u djelatnosti opće/obiteljske medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za osigurane osobe - djecu dobi od 0 do 4 godina, ako prema mjestu prebivališta, odnosno boravka djeca navedene dobi nemaju mogućnost izbora doktora specijalista pedijatra.

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

Doktor specijalist ginekolog ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za osigurane osobe – žene starije od 15 godina.

Na području na kojem nema dostatan broj doktora medicine za provođenje zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena, zdravstvena zaštita se ugovara s domom zdravlja osnovom "tima bez nositelja".

Doktor stomatologije/doktori dentalne medicine ima pravo ugovoriti provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za osigurane osobe Zavoda svih dobnih skupina.

Članak 24.

Zavod je obvezan mjesečno pratiti promjenu broja opredijeljenih osiguranih osoba po pojedinim

timovima primarne zdravstvene zaštite, odnosno ukupno za timove primarne zdravstvene zaštite na području pojedinog doma zdravlja.

Na osnovi utvrđenih podataka Zavod će mjesečno obavljati usklađenje broja opredijeljenih osiguranih osoba po pojedinim timovima primarne zdravstvene zaštite na način da će ugovoreni broj osiguranih osoba prema utvrđenoj promjeni, kao i na osnovi zaprimljenih prijava za novorođenu djecu vrednovati od prvog dana u mjesecu u kojem je provjerom utvrđena promjena u djelatnostima opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece, odnosno u kojem je obavljen prvi pregled novorođenog djeteta.

Zavod je obvezan mjesečno pratiti promjenu broja osiguranih osoba za laboratorijsku dijagnostiku, te će osnovom utvrđenih podataka mjesečno obavljati usklađenje broja osiguranih osoba po pojedinim timovima primarne zdravstvene zaštite na način da će se ugovoreni broj osiguranih osoba prema utvrđenoj promjeni, kao i na osnovi zaprimljenih prijava za novorođenu djecu vrednovati od prvog dana u mjesecu u kojem je provjerom utvrđena promjena, odnosno u kojem je nakon obavljenog pregleda doktora opće/obiteljske medicine ili doktora pedijatra za zdravstvenu zaštitu predškolske djece obavljena laboratorijska dijagnostika za novorođeno dijete.

U mjesečnom izvješću Zavoda o promjeni broja osiguranih osoba bit će iskazan po doktoru i broj osiguranih osoba u djelatnosti opće/obiteljske medicine koje mogu ostvarivati prava na naknadu plaće zbog bolovanja, kao i podatak o novčanom iznosu utrošenih sredstava za lijekove propisane na recept.

Zavod na osnovi ugovorene djelatnosti i ugovorenog broja osiguranih osoba ugovornim zdravstvenim ustanovama i ugovornim doktorima privatne prakse tijekom ugovornog razdoblja tromjesečno izdaje potreban broj brojčano označenih tiskanica recepata, uputnica i naloga za sanitetski prijevoz koji je utvrđen na osnovi prosječnog broja po osiguranoj osobi na godišnjoj razini.

Članak 25.

Radi praćenja prosječne stope bolovanja u djelatnosti opće/obiteljske medicine Zavod je obvezan mjesečno pratiti prosječnu stopu bolovanja te poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Prosječna ukupna stopa bolovanja, iz stavka 1. ovog članka, iskazana po tromjesečnim razdobljima tijekom godine za svaki tim, utvrđuje se u visini od 3,0% i ne uključuje bolovanja zbog komplikacija u trudnoći, bolovanja zbog priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti.

U slučaju neopravdanog prekoračenja utvrđene stope bolovanja Zavod će poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 26.

Radi praćenja potrošnje novčanih sredstava za lijekove propisane na recept za svaku kalendarsku godinu utvrđuje se prosječan iznos sredstava za lijekove koji se mogu propisivati na recept po osiguranoj osobi posebno iskazano za muškarce, a posebno za žene u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena.

Prosječan iznos sredstava za lijekove iz stavka 1. ovog članka za 2011. godinu iznosi:

Djelatnost	Dobne skupine	Iznos po osiguranoj osobi	
		M	Ž
Opća/obiteljska medicina i pedijatrija	0-2	220,17	183,40
	2-7	186,59	159,44
	7-18	146,23	144,15
	18-25	124,44	143,24
	25-30	152,24	166,48
	30-35	194,73	201,06

	35-40	270,90	261,25
	40-45	349,74	349,57
	45-50	488,34	504,91
	50-55	692,79	750,98
	55-60	966,02	1.021,69
	60-65	1.248,82	1.305,29
	65-70	1.536,96	1.608,71
	> 70	1.669,71	1.618,16
Zdravstvena zaštita predškolske djece	0-2	220,17	183,40
	2-7	186,59	159,44
	7-14	146,23	144,15
Zdravstvena zaštita žena	> 15		25,03

* izvor podataka je evidencija Zavoda o sredstvima utrošenim za lijekove propisane na recept „

Iznimno od odredbe stavka 2. ovog članka troškovi za lijekove prema sljedećim ATK šiframa: J05AB14, od L01AA01 do L04AD02, N05AE03, N05AE04, od N05AH03 do N05AH04, N05AL05, N05AX08, N07BC01 do N07BC02, N07BC51, V06CA01, od V06DX01 do V06DX03 ne uračunavaju se u prosječni iznos novčanih sredstava za lijekove koji se mogu propisati na recept.

Zavod je obvezan mjesečno pratiti potrošnju novčanih sredstava za lijekove po izabranom doktoru, kontrolirati utrošak utvrđenog iznosa i osnovom izvješća o potrošnji (mjesečnog, polugodišnjeg i godišnjeg) poduzimati mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Članak 27.

Zavod je obvezan radi praćenja medicinske opravdanosti provođenja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite ostvarene u izvanbolničkim ugovornim zdravstvenim ustanovama/privatnim praksama, te ugovornim bolničkim zdravstvenim ustanovama pratiti troškove po ugovornom izabranom doktoru u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece.

Radi provedbe odredbe stavka 1. ovog članka za svaku kalendarsku godinu utvrđuje se prosječan iznos sredstva za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu po osiguranoj osobi.

Prosječan iznos sredstva za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu po osiguranoj osobi za 2011. godinu iznosi:

Djelatnost	Dobne skupine	Iznos po osiguranoj osobi
Opća/obiteljska medicina	0 - 7	525,44
	>7 - 18	419,40
	>18 - 45	431,23
	>45 - 65	809,84
	>65	802,92
Zdravstvena zaštita predškolske djece	0 - 7	501,81
	>7 - 14	419,40
Zdravstvena zaštita žena	>15	84,11

Zavod je obvezan za osigurane osobe opredijeljene za ugovorne izabrane doktore u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece pratiti i troškove

ostvarene za specijalističko-konzilijarnu zdravstvene zaštitu koju osigurane osobe ostvaruju osnovom hitnog prijama.

Članak 28.

Radi praćenja medicinske opravdanosti provođenja pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici, Zavod je obvezan mjesečno pratiti izvršenje pretraga u primarnoj laboratorijskoj dijagnostici po izabranom doktoru u odnosu na standard i osnovom izvješća o ostvarenom izvršenju poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Radi praćenja medicinske opravdanosti provođenja zdravstvene njege, Zavod je obvezan mjesečno pratiti izvršenje zdravstvene njege po izabranom doktoru, kontrolirati prosječnu zastupljenost dijagnostičko-terapijskih postupaka za zdravstvenu njegu (u daljnjem tekstu: DTP-a) prema stupnju zahtjevnosti zdravstvene njege i osnovom izvješća o ostvarenom izvršenju poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Prosječna zastupljenost DTP-a prema stupnju zahtjevnosti zdravstvene njege iz stavka 2. ovog članka iznosi:

Prosječna zastupljenost DTP-a prema stupnju zahtjevnosti zdravstvene njege

Redni broj	**DTP NJEGA**	**Postotak**
1.	NJEGA 1	80%
2.	NJEGA 2	
3.	NJEGA 3	20%
4.	NJEGA 4	

Radi praćenja opravdanosti propisivanja ortopedskih i drugih pomagala od strane izabranog doktora, Zavod je obvezan mjesečno pratiti potrošnju sredstava za ortopedska i druga pomagala po izabranom doktoru i osnovom izvješća o potrošnji sredstava poduzimati odgovarajuće mjere iz svoje nadležnosti u skladu sa sklopljenim ugovorom o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Prosječan iznos sredstva za ortopedska i druga pomagala po osiguranoj osobi za 2011. godinu iznosi:

Dob osigurane osobe	**Prosječna godišnja potrošnja za pomagala* po osiguranoj osobi**
0-2	**1,90**
2-7	**14,46**
7-18	**27,97**
18-25	**24,75**
25-30	**23,44**
30-35	**25,35**
35-40	**28,88**
40-45	**34,48**
45-50	**45,38**
50-55	**70,08**
55-60	**112,97**

60-65	**170,87**
65-70	**207,65**
> 70	**372,47**

*odnosi se na pomagala iz nadležnosti izabranog doktora u slijedećim skupinama: pomagala kod šećerne bolesti, pomagala za probavni sustav, pomagala kod urinostome, pokrivala za rane i pomagala za inkontinenciju.

Članak 29.

Zavod u skladu s odredbama članka 6. ove Odluke sklapa ugovore s ljekarnama za opskrbu osiguranih osoba lijekovima utvrđenim Osnovnom listom lijekova i Dopunskom listom lijekova, te za opskrbu osiguranih osoba zavojnim materijalom za potrebe kućnog liječenja.

Ljekarne su obvezne nabavljati i isporučivati osiguranim osobama Zavoda sve lijekove utvrđene listama lijekova iz stavka 1. ovog članka koji se izdaju na recept, te zavojni materijal za potrebe kućnog liječenja koji doktori primarne zdravstvene zaštite propisuju na recept.

Ljekarnik ima pravo izdati na recept samo onaj lijek koji je propisan receptom i pod uvjetom da je propisan u skladu s odredbama Zakona, Zakona o lijekovima, Zakona o ljekarništvu, Pravilnika o načinu razvrstavanja lijekova, te propisivanju i izdavanju lijekova, Pravilnika o načinu propisivanju i izdavanju lijekova na recept i drugih općih akata Zavoda.

Ako ljekarna nema propisan lijek obvezna je postupiti u skladu s odredbama Pravilnika o načinu propisivanja i izdavanja lijekova na recept.

Članak 30.

Osim za opskrbu lijekovima i zavojnim materijalom iz članka 29. ove Odluke Zavod sa ljekarnama sklapa ugovore za opskrbu osiguranih osoba ortopedskim i drugih pomagala serijske proizvodnje u skladu s odredbama Pravilnika ortopedskim i drugim pomagalima.

Iznimno od stavka 1. ovog članka ljekarne ne mogu sklapati ugovor za isporuku sljedećih ortopedskih i drugih pomagla:

- serijskih pomagla koji su dijelovi proteza
- serijskih pomagala koji su dijelovi individulano izdrađenih ortoza
- invalidskih kolica i dijelova invalidskih kolica
- očnih pomagla
- slušnih pomagala
- koncentratora kisika
- potrošni materijal za kućnu hemodijaliza i peritonijska dijaliza.

Iznimno od stavka 2. ovog članka Zavod ugovorom utvrđuje šifre za pomagala unutar skupina pomagala iz stavka 2. ovog članka koje ljekarne mogu isporučivati osiguranim osobama Zavoda.

Ljekarne isporučuju osiguranim osobama ortopedska i druga pomagala samo od isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala s kojima je Zavod sklopio ugovor za isporuku tih pomagala.

Ljekarne pomagala isporučuju prema cijenama utvrđenim u Popisu pomagala, a na osnovi ovjerene potvrde o ortopedskim i drugim pomagalima iz članka 10. Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima.

Ljekarne su obvezne voditi propisano materijalno i financijsko knjigovodstvo.

2. Sekundarna i tercijarna razina zdravstvene djelatnosti

Članak 31.

Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, uključujući i telemedicinu kao i bolničku zdravstvenu zaštitu.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja provode bolnice čiji je osnivač Republika Hrvatska, bolnice čiji je osnivač županija, odnosno Grad Zagreb, poliklinike,

privatni zdravstveni radnici - specijalisti te ustanove i privatni zdravstveni radnici više i srednje stručne spreme za obavljanje djelatnosti fizikalne terapije u kući bolesnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

Iznimno, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja provode i domovi zdravlja s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

Članak 32.

Zavod sklapa ugovore za provođenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite prema posebnim programima utvrđenim odlukom Upravnog vijeća Zavoda s općim bolnicama i poliklinikama.

Članak 33.

Bolničku zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja provode: klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike, kao i opće bolnice, specijalne bolnice i lječilišta s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

Članak 34.

Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na tercijarnoj razini obuhvaća najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti.

Članak 35.

Najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz specijalističkih djelatnosti, koji se provode na tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti, a prema posebnim programima utvrđenim odlukom Upravnog vijeća Zavoda, provode državni zdravstveni zavodi, klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite.

Članak 36.

Ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnici obvezni su osiguranu osobu upućenu radi korištenja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite primiti odmah, a najkasnije u roku 30 dana od dana kad im se osigurana osoba s uputnicom izabranog doktora prvi put javila.

Članak 37.

Ugovorna bolnička zdravstvena ustanova obvezna je upućenu osiguranu osobu primiti na bolničko liječenje u najkraćem mogućem roku, a u slučajevima ugroženosti života, odmah.

3. Razina zdravstvenih zavoda za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Članak 38.

Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa.

Članak 39.

Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstveno osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provode državni zdravstveni zavodi, županijski zavodi za javno zdravstvo, odnosno Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

Članak 40.

Higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo i zdravstvenu zaštita mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti provode županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba s kojim je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

Specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, kao i zdravstvenu zaštitu prema posebnim programima utvrđenim odlukom Upravnog vijeća Zavoda provode državni zdravstveni zavodi i županijski zavodi za javno zdravstvo, odnosno Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, s kojima je Zavod sklopio ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom i ovom Odlukom.

CIJENE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ZA PUNU VRIJEDNOST PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Članak 41.

Cijene zdravstvene zaštite za punu vrijednost prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti utvrđuju se ovom Odlukom za svaku kalendarsku godinu u skladu s odredbama Zakona, Zakona o proračunu Republike Hrvatske, Zakona o izvršavanju državnog proračuna Republike Hrvatske za tekuću kalendarsku godinu, drugim propisima i općim aktima Zavoda.

1. Cijene i način plaćanja zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti

Članak 42.

Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost opće/obiteljske medicine utvrđuje se u Tablici 1.1 kako slijedi:

Tablica 1. 1. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost opće/obiteljske medicine

Vrsta zdravstvene zaštite	**Mogući prihod tijekom 2011. godine**					
	Standardni iznos novčanih sredstava			**Godišnja naknada za administrativne poslove**	**Godišnja naknada za CEZIH**	**Sveukupno** (1+2+3+4+5)
	prema broju opredijeljenih osiguranih osoba	**za plaćanje po DTP** (10%)	**za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja** (10%)			
0	1	2	3	4	5	6
Opća/obiteljska medicina dr. med. spec.	357.743,88	35.774,39	35.774,39	18.000,00	5.112,00	452.404,66

Opća/obiteljska medicina dr. med.	344.814,40	34.481,44	34.481,44	18.000,00	5.112,00	436.889,28

U skladu s Tablicom 1.1. iz stavka 1. ovog članka doktori medicine ugovoreni u djelatnosti opće/obiteljske medicine osnovom ugovora sa Zavodom ostvaruju godišnji iznos sredstava po timu koji se sastoji od godišnjeg iznosa:

- prema broju opredijeljenih osiguranih osoba (stupac 1), odnosno godišnjeg iznosa utvrđenog u skladu s člankom 48. ove Odluke (u daljnjem tekstu: obračunski iznos)
- prema računima ispostavljenim za dijagnostičko-terapijske postupke utvrđene u tablici 1.7. iz članka 49. ove Odluke (stupac 2)
- za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja (stupac 3)
- naknade za administrativne poslove (stupac 4)
- naknade za CEZIH (stupac 5)

Iznos iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka utvrđuje se u iznosu do 10% obračunskog iznosa.

Praćenje izvršenja DTP postupaka iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka Zavod vodi mjesečno, a usklađenje izvršenja u odnosu na maksimalni iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka provodi se tromjesečno.

Konačno usklađenje izvršenja u odnosu na iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka obavlja se sa stanjem na dan 31. prosinca tekuće godine.

Iznos iz stavka 2. podstavka 3. ovog članka utvrđuje se u iznosu od 10% obračunskog iznosa.

Doktori medicine ugovoreni u djelatnosti opće/obiteljske medicine koji osnovom rješenja iz članka 17. stavka 1. ove Odluke prvi puta sklapaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba za djelatnost utvrđen u članku 22. ove Odluke ostvaruju novčani iznos sredstava u visini 50% vrijednosti standardnog tima za djelatnosti opće/obiteljske medicine, kao i 50% godišnje naknade za administrativne poslove.

Doktorima medicine iz stavka 7. ovog članka koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju veći iznos sredstava od 50% standardne vrijednosti tima utvrđuje se godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba.

Doktori medicine ugovoreni u prethodnom ugovornom razdoblju u djelatnosti opće/obiteljske medicine koji nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba po timu za djelatnost ostvaruju godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba u skladu sa stavkom 2. ove Odluke.

Članak 43.

Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece utvrđuje se u Tablici 1.2. kako slijedi:

Tablica 1.2. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece

Vrsta zdravstvene zaštite	**Mogući prihod tijekom 2011. godine**				
	Standardni iznos novčanih sredstava			**Godišnja naknada za CEZIH**	**Sveukupno** (1+2+3+4)
	prema broju opredijeljenih osiguranih osoba	**za plaćanje po DTP** (10%)	**za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja** (5%)		
0	1	2	3	4	5
Zdravstvena zaštita predškolske djece	357.743,87	35.774,39	17.887,19	5.112,00	416.517,45

U skladu s Tablicom 1.2 iz stavka 1. ovog članka doktori medicine ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece osnovom ugovora sa Zavodom ostvaruju godišnji iznos sredstava po timu koji se sastoji od godišnjeg iznosa:

- prema broju opredijeljenih osiguranih osoba (stupac 1), odnosno utvrđenog u skladu s člankom 48. ove Odluke(u daljnjem tekstu: obračunski iznos)
- prema računima ispostavljenim za dijagnostičko-terapijske postupke utvrđene u tablici 1.7. iz članka 49. ove Odluke (stupac 2)
- za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja (stupac 3)
- naknade za CEZIH (stupac 4).

Iznos iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka utvrđuje se u iznosu do 10% obračunskog iznosa.

Praćenje izvršenja DTP postupaka iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka Zavod vodi mjesečno, a usklađenje izvršenja u odnosu na maksimalni iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka provodi se tromjesečno.

Konačno usklađenje izvršenja u odnosu na iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka obavlja se sa stanjem na dan 31. prosinca tekuće godine.

Iznos iz stavka 2. podstavka 3. ovog članka utvrđuje se u iznosu od 5% obračunskog iznosa.

Doktori medicine ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece koji osnovom rješenja iz članka 17. stavka 1. ove Odluke prvi puta sklapaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba za djelatnost utvrđen u članku 22. ove Odluke, ostvaruju novčani iznos sredstava u visini 50% vrijednosti standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece.

Doktorima medicine iz stavka 7. ovog članka koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju veći iznos sredstava od 50% standardne vrijednosti tima utvrđuje se godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba.

Doktori medicine ugovoreni u prethodnom ugovornom razdoblju u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece koji nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba po timu za djelatnost ostvaruju godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba u skladu sa stavkom 2. ove Odluke.

Članak 44.

Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zdravstvene zaštite žena utvrđuje se u Tablici 1.3. kako slijedi:

Tablica 1.3. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite žena

Vrsta zdravstvene zaštite	**Mogući prihod tijekom 2011. godine**					
	Standardni iznos novčanih sredstava			**Godišnja naknada za administrativne poslove**	**Godišnja naknada za CEZIH**	**Sveukupno** (1+2+3+4+5)
	prema broju opredijeljenih osiguranih osoba	**za plaćanje po DTP** (10%)	**za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja** (5%)			
0	1	2	3	4	5	6
Zdravstvena zaštita žena	357.743,88	35.774,39	17.887,19	6.000,00	5.112,00	422.517,46

U skladu s Tablicom 1.3. iz stavka 1. ovog članka doktori ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite žena osnovom ugovora sa Zavodom ostvaruju godišnji iznos sredstava po timu koji se sastoji od godišnjeg iznosa:

- prema broju opredijeljenih osiguranih osoba (stupac 1), odnosno utvrđenog u skladu s člankom 48. ove Odluke (u daljnjem tekstu: obračunski iznos)
- prema računima ispostavljenim za dijagnostičko-terapijske postupke utvrđene u tablici 1.7 iz članka 49. ove Odluke (stupac 2)
- za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja (stupac 3)
- naknade za administrativne poslove (stupac 4)
- naknade za CEZIH (stupac 5)

Iznos iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka utvrđuje se u iznosu do 10% obračunskog iznosa.

Praćenje izvršenja DTP postupaka iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka Zasvod vodi mjesečno, a usklađenje izvršenja u odnosu na maksimalni iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka provodi se tromjesečno.

Konačno usklađenje izvršenja u odnosu na iznos novčanih sredstava utvrđen u skladu sa stavkom 3. ovog članka obavlja se sa stanjem na dan 31. prosinca tekuće godine.

Iznos iz stavka 2. podstavka 3. ovog članka utvrđuje se u iznosu od 5% obračunskog iznosa.

Doktori medicine ugovoreni u djelatnosti zdravstvene zaštite žena koji osnovom rješenja iz članka 17. stavka 1. ove Odluke prvi puta sklapaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba za djelatnost utvrđen u članku 22. ove Odluke ostvaruju novčani iznos sredstava u visini 50% vrijednosti standardnog tima za djelatnost zdravstvene zaštite žena, kao i 50% godišnje naknade za administrativne poslove.

Doktorima medicine iz stavka 7. ovog članka koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju veći iznos sredstava od 50% standardne vrijednosti tima utvrđuje se godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba.

Doktori medicine ugovoreni u prethodnom ugovornom razdoblju u djelatnosti zdravstvene zaštite žena koji nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba po timu za djelatnost ostvaruju godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba u skladu sa stavkom 2. ove Odluke.

Članak 45.

Godišnja vrijedost standardnog tima za djelatnost stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) utvrđena je u tablici 1. 4. kako slijedi:

Tablica 1.4. Godišnja vrijednost standardnog tima za djelatnost stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne)

Vrsta zdravstvene zaštite	**Mogući prihod tijekom 2011. godine**				
	Standardni iznos novčanih sredstava		**Godišnja naknada za administrativne poslove**	**Godišnja naknada za CEZIH**	**Sveukupno** (1+2+3+4)
	prema broju opredijeljenih osiguranih osoba	**za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja** (5%)			
0	1	2	3	4	5
Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna) "s"	396.898,77	19.844,94	6.000,00	5.112,00	427.855,71

»S« Iznimno ako prema zatečenom stanju stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu) provodi ugovoreni viši zubar na potonjeg se primjenjuju iznosi srazmjerno umanjeni za 17,80%, osim iznosa navedenih u stupcima 3 i 4

U skladu s Tablicom 1.4. iz stavka 1. ovog članka doktori ugovoreni u djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) osnovom ugovora sa Zavodom ostvaruju godišnji iznos sredstava po timu koji se sastoji od godišnjeg iznosa:

- prema broju opredijeljenih osiguranih osoba (stupac 1), odnosno utvrđenog u skladu s člankom 48. ove Odluke (u daljnjem tekstu: obračunski iznos)
- za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja (stupac 2)
- naknade za administrativne poslove (stupac 3)
- naknade za CEZIH (stupac 4)

Iznos iz stavka 2. podstavka 2. ovog članka utvrđuje se u iznosu od 5% obračunskog iznosa

Doktori stomatologije/ dentalne medicine ugovoreni u djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) koji osnovom rješenja iz članka 17. stavka 1. ove Odluke prvi puta sklapaju ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja i nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba za djelatnost utvrđen u članku 22. ove Odluke ostvaruju novčani iznos sredstava u visini 50% vrijednosti standardnog tima za djelatnost stomatološke zdravstvene zaštite kao i 50% godišnje naknade za administrativne poslove.

Doktorima stomatologije/dentalne medicine iz stavka 4. ovog članka koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju veći iznos sredstava od 50% standardne vrijednosti tima utvrđuje se godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba.

Doktori stomatologije/dentalne medicine ugovoreni u prethodnom ugovornom razdoblju u djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) koji nemaju za sebe opredijeljen minimalni propisani broj osiguranih osoba po timu za djelatnost ostvaruju godišnji iznos sredstava osnovom opredijeljenih osiguranih osoba u skladu sa stavkom 2. ove Odluke.

Članak 46.

Godišnji iznos novčanih sredstava po osiguranoj osobi za djelatnost opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) utvrđuje se u tablici 1.5. kako slijedi:

Tablica 1.5. Godišnji iznos po osiguranoj osobi za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne)

Red. broj	Djelatnost	Dobna skupina	Iznos po osiguranoj osobi
1.	Opća/obiteljska medicina		
1.1.	dr. med. spec.	od 0 do 4 godina	402,93
		od 4 do 7 godina	341,03
		od 7 do 18 godina	143,10
		od 18 do 45 godina	188,29
		od 45 do 65 godina	255,53
		od 65 godina i stariji	325,22
1.2.	dr. med.	od 0 do 4 godina	387,82
		od 4 do 7 godina	328,24
		od 7 do 18 godina	137,93

		od 18 do 45 godina	181,48
		od 45 do 65 godina	246,30
		od 65 godina i stariji	313,47
2.	Zdravstvena zaštita predškolske djece	od 0 do 4 godina	402,93
		od 4 do 7 godina	341,03
		od 7 do 14 godina	143,10
3.	Zdravstvena zaštita žena	> 15 godina	59,62
4.	Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)	od 0 do 3 godine	90,20
		od 3 do 18	193,61
		od 18 godina i stariji	180,41

»S« Iznimno ako prema zatečenom stanju stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu) provodi ugovoreni viši zubar na potonjeg se primjenjuju iznosi srazmjerno umanjeni za 17,80%.

Članak 47.

Makismalna godišnja vrijedost tima osnovom broja opredijeljenih osiguranih osoba utvrđuje se u Tablici 1.6 kako slijedi:

Tablica 1.6. Maksimalni godišnji iznos sredstava za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne)

Red. broj	Djelatnost	Maksimalna godišnja vrijednost tima osnovom broja opredijeljenih osiguranih osoba
1.	Opća/obiteljska medicina	
1.1.	dr. med. spec.	486.040,69
1.2.	dr. med.	468.475,88
2.	Zdravstvena zaštita predškolske djece	447.179,85
3.	Zdravstvena zaštita žena	447.179,85
4.	Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)	494.679,53

Članak 48.

Doktorima medicine i stomatologije/dentalne medicine koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju iznos ugovorenih sredstava veći od iznosa sredstava za djelatnost utvrđenog u Tablici 1.6. iz članka 47. ove Odluke utvrđuje se u razdoblju od 2011. do 2013. godine iznos sredstava na način da se iznos sredstava koji prelazi maksimalni iznos za djelatnost utvrđen u Tablici 1.6. iz članka 47. ove Odluke plaća kako slijedi:

- 75% vrijednosti iznosa u 2011. godini
- 50% vrijednosti iznosa u 2012. godini
- 25% vrijednosti iznosa u 2013. godini.

Nakon 2013. godine doktorima medicine i doktorima dentalne medicine koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju iznos sredstava veći od iznos sredstava za djelatnost utvrđen u Tablici 1.6. iz članka 47. ove Odluke isplaćuje se iznos sredstava za djelatnost utvrđen u Tablici 1.6. iz članka 47. ove Odluke**.**

Zavod kod provođenja postupka preraspodijele osiguranih osoba opredijeljenih za tim s propisanim maksimalnim brojem osiguranih osoba po timu za djelatnosti utvrđenim u članku 22. ove Odluke utvrđuje kriterije preraspodijele kako slijedi:

1. udaljenost mjesta prebivališta/boravka osigurane osobe od sjedišta ordinacije izabranog doktora (osigurana osoba kojoj je značajno narušena dostupnost zdravstvene zaštite, jer im je mjesto prebivališta/boravka udaljeno od sjedišta ordinacije izabranog doktora, upućuje se da izabere drugog ugovornog doktora koji je bliži po mjestu prebivališta/boravka)

2. opredijeljenost većine članova uže obitelji za drugog ugovornog doktora (osigurana osoba kojoj je većina članova uže obitelji opredijeljena za drugog ugovornog doktora Zavoda upućuje se da izabere drugog ugovornog doktora koji srbi za većinu članova njezine uže obitelji)
3. dužina opredijeljenosti za ugovornog doktora (osigurana osoba koja se posljednja opredijelile za ugovornog doktora medicine i doktora stomatologije, a nije član obitelji koja je u skrbi izabranog doktora, upućuje se da izabere drugog ugovornog doktora).

Iznimno od stavka 1. ovog članka doktori medicine i stomatologije/dentalne medicine koji osnovom opredijeljenih osiguranih osoba ostvaruju iznos ugovorenih sredstava veći od iznosa sredstava za djelatnost utvrđenog u Tablici 1.6. iz članka 47. ove Odluke, a nalaze se na područjima na kojima se Mreža iz objektivnih razloga ne može popuniti i osigurane osobe se ne mogu preusmjeriti na druge timove, ostvaruju iznos sredstva osnovom svih opredijeljenih osiguranih osoba.

Članak 49.

Dijagnostičko terapijski postupci koje mogu provoditi doktori ugovoreni u djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvne zaštite predškolske djece i zdravstvene zaštite žena utvrđeni su u Tablici 1.7. kako slijedi:

Tablica 1.7. Cijene dijagnostičko terapijskih postupaka - DTP – primarna zdravstvena zaštita

Red. br.	Šifra	Naziv DTP-a	Djelatnost	Opis	Cijena*
1.	PZZ01	Elektrokardiografija i očitavanje EKG nalaza	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		25,00
2.	PZZ02	Kateterizacija mokraćnog mjehura, uvođenje ili zamjena trajnog katetera	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena		30,00
3.	PZZ03	Otoskopija, ispiranje cerumena	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		20,00
4.	PZZ04	Zaustavljanje krvarenja iz nosa, prednja tamponada	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		50,00
5.	PZZ05	Primarna opskrba površinskih i manjih rana	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	Uključuje šivanje jednog sloja tkiva i previjanje	75,00
6.	PZZ06	Incizija gnojnih procesa kože i potkožnog tkiva, uključuje apsces Bartol. žlijezde i vulve	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Uključuje previjanje	50,00
7.	PZZ07	Odstranjivanje nokta ili parcijalna resekcija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	Uključuje previjanje.	50,00
8.	PZZ08	Površinska, lokalna anestezija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Može se zaračunati samo uz postupke PZZ05, PZZ06, PZZ07 i PZZ32	20,00
9.	PZZ09	Odstranjivanje šavova	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena		25,00
10.	PZZ10	Transvaginalna sonografija (TVS)	Zdravstvena zaštita žena		50,00

11.	PZZ12	Pretraga ultrazvukom u trudnoći	Zdravstvena zaštita žena		75,00
13.	PZZ14	Previjanje	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena	Ne može se računati uz postupak PZZ05, PZZ06, PZZ07 i PZZ32.	15,00
14.	PZZ15	Ispiranje želuca	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		100,00
15.	PZZ16	Uvođenje i zamjena trahealne kanile	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		45,00
16.	PZZ17	Zamjena vrećice i toaleta kolostome	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		45,00
17.	PZZ18	Toaleta gastrostome	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		45,00
18.	PZZ19	Uzimanje venske krvi za laboratorijsku analizu***	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena		10,00
19.	PZZ20	Spirometrija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		30,00
20.	PZZ21	Kvalitativna analiza urina u trudnoći test trakom	Zdravstvena zaštita žena		10,00
21.	PZZ22	Postavljanje, vađenje i toaleta pesara	Zdravstvena zaštita žena		50,00
22.	PZZ23	Folikulometrija	Zdravstvena zaštita žena		75,00
23.	PZZ24	Ultrazvuk dojki	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita žena		75,00
24.	PZZ25	Ultrazvuk abdomena	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		75,00
25.	PZZ26	Amnioskopija	Zdravstvena zaštita žena		50,00
26.	PZZ27	Kardiotokografija (CTG)	Zdravstvena zaštita žena		50,00
27.	PZZ28	Intravenozna injekcija/intravenozna infuzija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena		10,00
28.	PZZ29	Intramuskularna, potkožna injekcija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece Zdravstvena zaštita žena		10,00
29.	PZZ30	Terapija protiv bolova (TENS)**	Opća/obiteljska medicina		15,00
30.	PZZ31	Uvođenje nazogastrične sonde	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		50,00
31.	PZZ32	Primarna opskrba dubljih i većih rana	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	uključuje šivanje više slojeva tkiva i previjanje	150,00
32.	PZZ33	Rinoskopija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		35,00

33.	PZZ34	Izvješće s nalazom i mišljenjem liječnika (tiskanica 1 IN Zahtjeva za invalidsku mirovinu)	Opća/obiteljska medicina		250,00
34.	PZZ35	Peak-flow metrija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	ne može se obračunati uz spirometriju	30,00
35.	PZZ36	Inhalacija	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	inhalacije s primjenom 1-3 lijeka (uključeni kortikosteroidi)	15,00
36.	PZZ37	Klizma	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		100,00
37.	PZZ38	Uzimanje mikrobioloških uzoraka nosa, uha, grla	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		15,00
38.	PZZ39	Digitorektalni pregled	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		45,00
39.	PZZ40	Odstranjivanje površinskih stranih tijela iz oka, nosa, uha	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		75,00
40.	PZZ41	Odstranjivanje stranih tijela sa sluznice i iz mekih tkiva	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece	uključuje anesteziju i opskrbu rane	150,00
41.	PZZ42	Izvješće s nalazom i mišljenjem liječnika za potrebe vještačenja djece s teškoćama u razvoju i težim oštećenjima zdravlja	Opća/obiteljska medicina Zdravstvena zaštita predškolske djece		250,00
42.	PZZ43	Prva posjeta osiguranika nakon priznavanja ozljede na radu****	Opća/obiteljska medicina		143,00

* Uključuje sav potrošni medicinski materijal, osim za PZZ 19

** Ne može se ispostaviti račun Zavodu tijekom provođenja ambulantne fizikalne terapije u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti

*** Uzimanja venske krvi za laboratorijsku analizu u ordinacijama opće/obiteljske medicine je obveza.

**** ne uračunava se u maksimalno utvrđeni iznos novčanih sredstava za plaćanje po DTP-u

Članak 50.

Ugovorene aktivnosti s domom zdravlja obuhvaćaju:

- sudjelovanje u radu centra opće medicine doma zdravlja, odnosno centra dentalne medicine za djelatnost stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne)
- provođenje preventivnih programa/postupaka.

Iznos sredstava utvrđen za ugovorene aktivnosti s domom zdravlja iz stavka 1. ovog članka Zavod isplaćuje osnovom izvješća doma zdravlja ugovornom doktoru Zavodu.

Članak 51.

Sudjelovanjem u radu centra opće medicine osiguranim osobama Zavoda omogućuje se:

- 14 satnu dostupnost zdravstvene zaštite (od 7 do 21 sat)
- 14 satnu dostupnost doktora za kućne posjete (od 7 do 21 sat)
- centralno naručivanje pacijenata za sve doktore uključene u rad centra i usmjeravanje pacijenata po hitnosti
- dostupnost potrebne dokumentacije pacijenata svim doktorima koji sudjeluju u radu centra

- timski rad doktora uključenih u rad centra kroz stručne konzultacije i evaluaciju rada
- praćenje učinka rada centra od strane doktora koji sudjeluju u radu centra te od strane Zavoda
- konzultacije doktora koji sudjeluju u radu centra prema posebnim znanjima i vještinama pojedinog doktora
- druge sadržaje koji pridonose učinkovitijem provođenju zdravstvene zaštite osiguranim osobama Zavoda.

Članak 52.

Provođenje preventivnih programa iz članka 50. ove Odluke obvezno obuhvaćaju sudjelovanje u provođenju nacionalnih i županijskih preventivnih programa kao i preventivnih programa iz Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Preventivni programi u djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) obvezno obuhvaćaju i provođenje preventivnih pregleda utvrđenih u članku 18. Pravilnika o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja u Tablici b-preventivna stomatološka zaštita djece do 18. godina i Tablici b-preventivna stomatološka zaštita osiguranih osoba iznad 18 godina.

Članak 53.

Doktori medicine i doktori stomatologije/dentalne medicine ugovoreni u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) obvezni su s nadležnim domom zdravlja sklopiti ugovor o provođenju aktivnosti utvrđenim člankom 50. ove Odluke.

Tekst ugovora iz stavka 1. ovog članka utvrđuje posebno povjerenstvo koje imenuje ravnatelj Zavoda.

Povjerenstvo iz stavka 2. ovog članka obvezno je dostaviti tekst ugovora Zavodu na suglasnost.

Članak 54.

Za provođenje stomatološke zdravstvene zaštite obračunavaju se i troškovi zubotehničara za stomatološko-protetska pomagala, ortodontske uređaje, udlage, resekcijske proteze, epiteze i opturatore (u daljnjem tekstu: stomatološko pomagalo), posebice za svako naručeno i izrađeno stomatološko pomagalo za osigurane osobe u skladu s Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima i općim aktom Zavoda o utvrđivanju cijene rada i materijala zubotehničara za izradu stomatoloških pomagala za osigurane osobe.

Troškovi zubotehničara iz stavka 1. ovog članka naknađuju se ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za radnika doktora stomatologije i ugovornom privatnom doktoru stomatologije osnovom ispostavljenih osobnih računa, a prema ovjerenim potvrdama o izradi ili popravku stomatološkog pomagala.

Ugovorna zdravstvena ustanova za radnika doktora stomatologije, te ugovorni privatni doktor stomatologije obvezan je platiti zubotehničaru troškove za izrađeno stomatološko pomagalo odmah, a najkasnije u roku od 5 dana računajući od dana zaprimanja sredstava za ispostavljene i priznate osobne račune za izrađeno stomatološko pomagalo od strane Zavoda.

Članak 55.

Cijena rada zubotehničara za izradu stomatološkog pomagala utvrđuje se na osnovi broja bodova iz Odluke o utvrđivanju popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima - vremenski i kadrovski normativi (u daljnjem tekstu: Popis postupaka) koji su utvrđeni za zubotehničara za svako pojedino stomatološko pomagalo i vrijedeće cijene boda iz Tablice 1.9. iz članka 58. ove Odluke, odnosno Tablice 2.1 iz članak 65. ove Odluke te cijene materijala zubotehničara za izradu pomagala iz Pravilnika o ortopedskim i drugim pomagalima.

Članak 56.

Zavod u skladu s odredbama ove Odluke, općim aktima Zavoda i posebnim Odlukama Upravnog vijeća Zavoda utvrđuje domovima zdravlja maksimalni iznos novčanih sredstava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Makismalni iznos novčanih sredstava iz stavka 1. ovog članka domovima zdravlja utvrđuje se u skladu s ugovorenim sadržajima pojedinog doma zdravlja s time da se za sve timove doma zdravlja ugovorene u djelatnostima opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) utvrđuje iznos godišnje novčane vrijednosti standardnog tima.

Članak 57.

Zavod se obvezuje u djelatnosti opće/obiteljske medicine pratiti prosječan indeks urednog izvršavanje ugovornih obveza.

Prosječan indeks urednog izvršavanja ugovornih obveza iz stavka 1. ovog članka, a utvrđuje se polugodišnje osnovom:

- pridržavanja utvrđene stope bolovanja
- potrošnja sredstava za lijekove propisane na recept.

Prosječan indeks iz stavka 2. ovog članka u skladu s kojim se vrši umanjenje polugodišnjeg novčanog iznosa sredstava utvrđenog prema broju opredijeljenih osiguranih osoba utvrđuje se kako slijedi:

Prosječan indeks	Umanjenje
1,06-1,10	1%
1,11-1,15	2%
1,16-1,20	3%
1,21-1,25	4%
1,26-1,30	5%
1,31-1,35	6%
1,36-1,40	7%
1,41-1,45	8%
1,46-1,50	9%
>1,50	10%

Doktori medicine koji nisu zadovoljni utvrđenim prosječnim indeksom urednog izvršavanja ugovornih obveza imaju pravo podnijeti prigovor posebnom povjerenstvu.

Prigovor iz stavka 3. ovog članka podnosi se putem nadležnog područnog ureda Zavoda najviše dva puta godišnje.

Povjerenstvo iz stavka 3. ovog članka sačinjavaju jedan predstavnik Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, jedan predstavnik nadležne komore, jedan predstavnik ugovornog subjekta Zavoda i dva predstavnika Zavoda.

Članak 58.

Cijene zdravstvene zaštite za punu vrijednost prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se za ostale djelatnosti ugovorene na primarnoj razini zdravstvene zaštite u tablicama 1.8., 1.9., 1.10. i 1.11 kako slijedi:

Tablica 1.8. Godišnja vrijednost standardnog tima i iznos po stanovniku/osiguranoj osoba za djelatnost patronažne zdravstvne zaštite, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, preventivno odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitiu školske djece i studenata, laboratorijske dijagnostike, javnog zdravstva i zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti

Red. broj	VRSTA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	GODIŠNJA VRIJEDNOST STANDARDNOG TIMA u kn*	
		po stanovniku/osig. osobi	po standard. timu

		dr. med./dipl. ing. med. biok./viša med. sestra	dr. spec./spec. med. biok.	dr. med./dipl. ing. med. biok./viša med. sestra	dr.spec./spec. med. biok.
0	1	3	4	5	6
1.	Patronažna zdravstvena zaštita	28,52		145.465,88	
2.	Higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita		11,41		456.403,49
3.	Preventivno odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata				
3.1.	- učenici osnovnih škola	111,62	121,77	334.850,22	365.317,15
3.2.	- učenici srednjih škola	83,71	91,33		
3.3.	- studenti	55,81	60,89		
4.	Laboratorijska dijagnostika				
4.1.	– žene	38,40	38,71	1.452.354,14	1.465.273,27
4.2.	– muškarci	33,40	33,71		
5.	Javno zdravstvo				353.246,67
6.	Zdravstvena zaštita mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti				476.748,52

*Iznimno ako prema zatečenom stanju u timu radi medicinska sestra SSS, odnosno doktor bez specijalizacije, plaćanje se provodi u skladu su sa stvarnim sastavom tima

Tablica 1.9. Vrijednost boda za djelatnosti/postupke koji se plaćaju po načelu cijena x usluga

Red. broj	Vrsta zdravstvene zaštite	Bod (kn)
0	1	2
1.	Ljekarništvo	7,15
2.	Primarna laboratorijska dijagnostika	7,00
3.	Zdravstvena njega	7,10
4.	Zubna tehnika na primarnoj razini zdravstvene zaštite*	7,00
5.	Primarna zdravstvena zaštita - dr. med./dr. stom/dr. dentalne medicine**	7,15

* Primjenjuje se u djelatnosti stomatološke zdravstvene zaštite (polivalentne) prilikom ispostavljanja računa za usluge zubne tehnike.
** Primjenjuje se samo u slučaju kada se usluge iskazuju/plaćaju po načelu cijena x usluga.

Tablica 1.10. Godišnja vrijednost standardnog tima i iznos po stanovniku/osiguranoj osobi za djelatnost hitne medicine i stanitetskog prijevoza te godišnja vrijednost standardnog tima za ljekarničko, dentalno i posebno dežurstvo

Red. broj	VRSTA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	STANDARD (br. stanovnika/ osig. osoba po timu)	GODIŠNJA VRIJEDNOST STANDARDNOG TIMA u kn		PUTNI TROŠAK
			po stanovniku/ osig. osobi	po standardnom timu	
0	1	2	3	4	5
1.	Hitna medicina				

1.1.	Standardni tim HM	od 35.000 nadalje		598.625,32	15% cijene 1 litre benzina Eurosuper 95
1.2.	Standardni tim dežurstva po punktu	do 35.000		1.050.968,31	15% cijene 1 litre benzina Eurosuper 95
1.3.	Standardni tim pripravnosti po punktu	do 35.000		318.197,92	
1.4.	Standardni tim sanitetskog prijevoza ****			457.561,63	15% cijene 1 litre benzina Eurosuper 95
1.4.	Standardni tim sanitetskog prijevoza			457.561,63	15% cijene 1 litre benzina Eurosuper 95
1.5.	Standardni tim prijavno dojavne jedinice	od 35.000 do 60.000		139.502,76	
1.6.	Standardni tim prijavno dojavne jedinice za regionalne centre	od 250.000 nadalje		241.893,82	
1.7.	Hitna medicina i sanitetski prijevoz **	35.000	137,45		
1.8.	Hitna medicina***	35.000	94,33		
2.	Dežurstvo u ljekarništvu			499.485,96	
3.	Posebno dežurstvo u djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece	60.000*		151.026,20	
4.	Dežurstvo u dentalnoj zdravstvenoj zaštiti (polivalentnoj)	regionalni centar		768.126,00	

* broj osiguranih osoba
** množi se s koeficijentom iz Tablice 1.11.
*** odnosi se na ustanove koje ugovaraju hitnu medicinu i sanitetski prijevoz kao samostalne djelatnosti

Tablica 1.11. Koeficijenti u djelatnosti hitne medicine za županije/Grad Zagreb

Red. broj	Naziv županije	Ukupan broj stanovnika	Broj stanovnika po km²*	% suvremenog kolnika	Gustoća cestovne mreže u m/km²	Udaljenost od bolnice u km	Broj otoka	Korektivni faktor					UKUPNO
								I	II	III	IV	V	
0	1	2	3	4	5	6	7	8					9
1	Bjelovarsko-bilogorska	133.084	50	70	564	47		1	1,1	1	1,015	1	1,115
2	Međimurska	118.426	162	95	756	29		0,75	0,9	1,05	0,975	1	0,675
3	Dubrovačko--neretvanska	122.870	69	97	548	97	7	0,95	0,85	1	1,115	1,175	1,09

4	Ličko-senjska	53.677	10	85	355	96	1	1,1	1	0,95	1,115	1,025	1,19
5	Karlovačka	141.787	39	77	449	60		1	1,05	0,975	1,035	1	1,06
6	Koprivničko--križevačka	124.467	71	71	672	32		0,95	1,1	1,025	0,975	1	1,05
7	Krapinsko-zagorska	142.432	116	86	758	48		0,85	0,95	1,05	1,015	1	0,865
8	Osječko-baranjska	330.506	80	83	389	37		0,9	1	0,95	0,995	1	0,845
9	Istarska	206.344	73	91	650	75	1	0,95	0,9	1,025	1,055	1,025	0,955
10	Požeško-slavonska	85.831	47	70	397	45		1	1,1	0,95	0,995	1	1,045
11	Primorsko--goranska	305.505	85	92	417	70	5	0,90	0,9	0,975	1,055	1,125	0,955
12	Sisačko-moslavačka	185.387	42	72	463	60		1	1,1	0,975	1,035	1	1,11
13	Brodsko-posavska	176.765	87	85	455	32		0,9	1	0,975	0,975	1	0,85
14	Splitsko--dalmatinska	463.676	102	89	546	75	5	0,85	0,95	1	1,055	1,125	0,98
15	Šibensko-kninska	112.891	38	79	403	38	6	1	1,05	0,975	0,995	1,15	1,17
16	Varaždinska	184.769	146	78	909	37		0,8	1,05	1,075	0,995	1	0,92
17	Vukovarsko--srijemska	204.768	83	82	413	40		0,9	1	0,975	0,995	1	0,87
18	Virovitičko--podravska	93.389	46	80	451	55		1	1,05	0,975	1,015	1	1,04
19	Zadarska	162.045	44	72	463	60	5	1	1,1	0,975	1,035	1,125	1,235
20	Grad Zagreb	779.145	1.216	91	1.172	25		0,7	0,9	1,075	0,975	1	0,65
21	Zagrebačka	309.696	101	79	612	40		0,85	1,05	1,025	0,995	1	0,92
	Ukupno	4.437.460	78		501		30						

Napomena: Ukupni koeficijent izračunat je prema odstupanju od jedan.

Naknada za sudjelovanje u dežurstvu i pripravnosti iz članka 16. Pravilnika o standardima utvrđuje se u najmanjem iznosu bruto satnice kako slijedi:

	Dežurstvo		**Pripravnost**
	doktor	med. sestra/tehničar	doktor

radni dan	38,32 kn	19,71 kn	15,53 kn
subota, nedjelja, radni dan pred neradni	58,24 kn	29,57 kn	23,29 kn
blagdan	77,65 kn	39,43 kn	31,06 kn

Članak 59.

Medicinsko biokemijski laboratoriji ugovorni na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti ostvaruju godišnji novčani iznos sredstava primjenom iznosa po osiguranoj osobi.

Članak 60.

Za ugovorenu djelatnost hitne medicine, koja nije organizirana u skladu s Pravilnikom o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći cijena se utvrđuje prema vrijednosti standardnog tima za hitnu medicinsku pomoć, sanitetski prijevoz, prijavno-dojavnu jedinicu, dežurstvo i pripravnost u skladu s člankom 58. ove Odluke.

Za izvršene usluge prijevoza u hitnoj medicini i sanitetskom prijevozu, koji se ugovaraju prema stavku 1. ovog članka, cijena se utvrđuje po prijeđenom kilometru, prema priloženim radnim, odnosno putnim nalozima.

Za ugovorenu djelatnost hitne medicine organizirane u skladu s odredbama Pravilnika o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći cijena se utvrđuje umnoškom utvrđenog novčanog iznosa po stanovniku, broja stanovnika i pripadajućeg koeficijenta za županiju/Grad Zagreb.

Ustanove za hitnu medicinsku pomoć ugovorene na području na kojem je provođenje hitne medicinske pomoći organizirano sukladno Pravilniku o izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj pomoći za izvršene usluge sanitetskog prijevoza osiguranih osoba Zavoda na liječenje u inozemstvo ispostavljaju Zavodu račun po prijeđenom kilometru po cijenama utvrđenim člankom 58. Odluke, a prema priloženim radnim, odnosno putnim nalozima.

Članak 61.

Cijena provođenja ugovorene zdravstvene njege utvrđuje se primjenom dijagnostičko-terapijskih postupaka za zdravstvenu njegu kako slijedi:

Tablica 1.12. Cijene dijagnostičko terapijskih postupaka - DTP – zdravstvena njega

Red. br.	Šifra	Naziv DTP-a	Vrijeme	Cijena
1.	NJEGA1	Minimalna zdravstvena njega	30	46,50
2.	NJEGA2	Pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	60	79,50
3.	NJEGA3	Opsežna zdravstvena njega	90	110,50
4.	NJEGA4	Zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	120	137,50
5.	NJEGA5	Primjena klizme	-	50,00
6.	NJEGA6	Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja	-	40,00

7.	NJEGA7	Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja	-	80,00
8.	NJEGA8	Postavljanje i promjena nazogastrične sonde	-	40,00

Maksimalni godišnji iznos sredstava po medicinskoj sestri/medicinskom tehničaru za djelatnost zdravstvene njege iznosi 113.838,00 kuna.

Članak 62.

Cijena lijekova koji se propisuju na recept utvrđuje se na osnovi cijene lijeka iz Osnovne liste lijekova i cijene lijeka iz Dopunske liste lijekova koju pokriva obvezno zdravstveno osiguranje i cijene usluge obračunate u skladu s Popisom postupaka, te utvrđene vrijednosti boda za ljekarništvo

Članak 63.

U djelatnosti higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite i patronažne zdravstvene zaštite cijena se utvrđuje primjenom iznosa po stanovniku, a za djelatnost preventivno-odgojnih mjera zdravstvene zaštite školske djece i studenata cijena se utvrđuje primjenom iznosa po osiguranoj osobi (školska djeca i studenti).

U djelatnosti javnog zdravstva i zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti cijena se utvrđuje prema vrijednosti standardnog tima.

2. Cijene i način plaćanja zdravstvene zaštite na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti

Članak 64.

Na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti, cijene zdravstvene usluge utvrđuju se za:

- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu primjenom Popisa postupaka, utvrđene cijene boda za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, cijene lijeka iz Osnovne liste lijekova i cijene lijeka iz Dopunske liste lijekova koju pokriva obvezno zdravstveno osiguranje, kao i cijene potrošnog materijala primijenjenog u liječenju osigurane osobe ili primjenom plaćanja po DTP-u
- bolničku zdravstvenu zaštitu bolesnika oboljelih od akutnih bolesti primjenom DTS-a iz Tablice 3.1. iz članka 66. ove Odluke u koje se razvrstavaju bolesnici koji imaju sličnu bolničku potrošnju i slične kliničke osobitosti i osnovne vrijednosti iz članka 66. stavka 3. ove Odluke.
- bolničku zdravstvenu zaštitu bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti prema cijeni dana bolničkog liječenja iz Tablice 3.2. iz članak 67. ove Odluke.
– posebno skupe lijekove primijenjene u vrijeme bolničkog liječenja u skladu s Odlukom o utvrđivanju posebno skupih lijekova utvrđenih Odlukom o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Članak 65.

Vrijednost boda za specijalističko-konzilijarnu zdavstvenu zaštitu i cijene specijalističko-konzilijarnih dijagnostičko-terapijskih postupaka utvrđene su u tablicama 2.1., 2.2. i 2.3. kako slijedi:

Tablica 2.1. – Vrijednost boda za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u izvanbolničkim zdravstvenim ustanovama/specijalističkim ordinacijama i bolničkim zdravstvenim ustanovama, dnevni smještaj i dobrovoljno davalaštvo krvi

Red. broj	VRSTA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	Vrijednost boda (kn)	Dnevni smještaj (kn)

0	1	2	3
1.	**Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita – izvanbolnička**		
1.1.	Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita	7,15	
1.2.	Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna laboratorijska dijagnostika	7,00	
1.3.	Fizikalna terapija, zubna tehnika, zubni RTG *	7,00	
2.	**Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita – bolnička**		
2.1.	Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita u bolničkim zdravstvenim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih bolesti – KBC, KB, Klinike	8,40	82,46
2.2.	Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita u bolničkim zdravstvenim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od akutnih bolesti - Opće bolnice	8,05	82,46
2.3.	Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita u bolničkim zdravstvenim ustanovama za liječenje bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti	7,70	82,46
3.	**Smještaj jednog roditelja uz dijete**		
3.1.	Smještaj i prehrana jednog roditelja uz dijete		165,00
3.2.	Dnevni smještaj jednog roditelja uz dijete		39,96
4.	**Dobrovoljno davalaštvo krvi (vrećica)**		72,14

* Za postupke koje provode fizioterapeuti, zubni tehničari i inženjeri medicinske radiologije

Tablica 2.2. Cijene dijagnostičko-terapijskih postupaka –DTP-specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

ŠIFRA	NAZIV DTP-A	KRITERIJ – dijagnoza	KRITERIJ – šifra postupka	OPIS	CIJENA*
SKZ01	Hemodijaliza**	N18, N18.0, N18.8, N18.9	88531, 88572	Kronička acetatna ili bikarbonatna hemodijaliza s uračunatim eritropoetinom.	744,50(1) 783,60 (2)
SKZ03	Urin mikrobiološki aerobno		25001, 25063, 25065, 25094, 25102, 25111, 25112, 25301, 25332		48,00
SKZ04	Stolica mikrobiološki aerobno		25074, 25101, 25102, 25103, 25111, 25140, 25203, 25301, 26121		72,00
SKZ05	Bris ždrijela, bris nazofarinksa mikrobiološki		25068, 25081, 25102, 25103, 25140, 25301		48,00
SKZ06	Citološka analiza brisa cerviksa obojenih po Papanicolaou		29106, 29108		43,00
SKZ07	Telemedicinska konzultacija				24,00

SKZ08	Pozitronska emisijska tomografija (PET) pomoću 18-florodeoksiglukoze (FDG)		35308		6.392,00
SKZ09	Izvantjelesna magnetska inervacija u liječenju urinarne inkontinencije		86055	Na preporuku ginekologa ili urologa za žene sa statičkom inkontinencijom, mlađe od 65 godina, u kojih je trajanje bolesti kraće od 10 godina, urinarna inkontinencija nije prethodno operativno liječena, nije izvršena histerektomija. Iznimno histerektomirane bolesnice s urgentnom inkontinencijom koja je rezistentna na medikamentoznu terapiju.	144,00
SKZ13	PET/CT[4]		35307		6.392,00
SKZ14	SPECT mozga pomoću I-123 ioflupana		35309		5.770,40
SKZ15	Tekućinska citologija		29110	Samo kod žena kod kojih je prethodnim PAPA testom utvrđen nalaz CIN I, CIN II, ASCUS, AGCUS. Jednom u 5 godina.	164,00
SKZ16	Elektromioneurografij a gornjih i/ili donjih ekstremiteta[5]		12030, 12031, 13631, 13632, 13633, 13692		204,00
SKZ17	Ehokardiografija s doppler-ehokardiografijom		36122, 36127		233,60
SKZ18	Hiperbarična oksigenoterapija		86110		476,80
SKZ38	LDL-afereza (HELP)		88595		9.249,60
SKZ39	Pozitronska emisijska tomografija (PET) pomoću 18-F-fluorocholina		35305		11.526,40
SKZ50	IUI/AIH/AID prirodnom ciklusu	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3			1.280,00
SKZ51	IUI/AIH/AID u stimuliranom ciklusu [3]	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3			2.800,00
SKZ52	IVF/ICSI u prirodnom ciklusu	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3	29801, 56991		3.200,00
SKZ53	IVF/ICSI u stimuliranom ciklusu-blagi protokol [3]	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3	29801, 56991		7.600,00
SKZ54	IVF/ICSI u stimuliranom ciklusu-standardni protokol [3]	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3	29801, 56991		12.400,00
SKZ55	Sekundarni IVF/ICSI	N97.0 - 9 Z31.1, Z31.2, Z31.3	29801, 56991		3.600,00

SKZ56	Kompjutorizirana tomografija (CT), jedna regija ***(4,5)		34403, 34404, 34405, 34406, 34407, 34408, 34409, 34410, 34411, 34412, 34413, 34414, 34415, 34416, 34417, 34418, 34419, 34420, 34421, 34422, 34423, 34424, 34425, 34426, 34427, 34428, 34429, 34430, 34431, 34432, 34433, 34434, 34435, 34436, 34437, 34438, 34439, 34440, 34441, 34442, 34443, 34444, 34445, 34446, 34447, 34448, 34449, 34450, 34451, 34452, 34453, 34456, 34457, 34458, 34460, 34461, 34462, 34463, 34464, 34465, 34466, 34467, 34470, 34471, 34472, 34473, 34475, 34476, 34477, 34478, 34479, 34488, 34491, 34492, 34493, 34494, 34495, 34496, 34497, 34499		480,00
SKZ57	Magnetska rezonanca (MR), jedna regija***(4,5)		34250, 34501, 34510, 34512, 34514, 34515, 34516, 34518, 34519, 34521, 34523, 34525, 34528, 34531, 34534, 34537, 34540, 34543, 34546, 34547, 34548, 34551, 34552, 34560, 34566, 34568, 34573, 34574, 34575, 34599, 34602, 34605, 34611, 34613, 34617, 34618, 34620, 34621, 34622, 34624, 34626, 34627, 34628, 34629, 34630, 34631, 34632, 34633, 34634, 34635, 34636, 34614, 34615, 34616, 34619, 34623, 34654, 34655, 34656, 34657, 34658, 34659, 34660, 34661, 34662, 34663, 34664, 34665, 34666, 34667, 34668, 34669, 34670, 34671, 34672, 34673, 34674, 34675, 34676, 34677, 34678, 34679, 34680, 34681		960,00
PHL01	Pregled bioptata 2. razine složenosti			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati	198,80

				uz PHL02-PHL09	
PHL02	Pregled bioptata 3. razine složenosti, do 3 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01, 03-09	279,60
PHL03	Pregled bioptata 3. razine složenosti, 4 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-02, 04-09	321,80
PHL04	Pregled bioptata 4. razine složenosti, do 3 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-03, 05-09	398,90
PHL05	Pregled bioptata 4. razine složenosti, 4 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-04, 06-09	489,60
PHL06	Pregled bioptata 5. razine složenosti, do 4 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-05, 07-09	564,70
PHL07	Pregled bioptata 5. razine složenosti, 5 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-06, 08-09	632,20
PHL08	Pregled bioptata 6. razine složenosti, do 12 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-07, PHL09	891,60
PHL09	Pregled bioptata 6. razine složenosti, 13 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL01-08	957,60
PHL10	Imunohistokemijski pregled bioptata, do 3 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL11-12	194,80
PHL11	Imunohistokemijski pregled bioptata, 4 ili 5 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL10 i PHL12	308,40
PHL12	Imunohistokemijski pregled bioptata, 6 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL10-11	436,20
PHL13	Imunohistokemijski pregled bioptata na HER2			Može se zaračunati samo jednom	386,10
PHL14	Histokemijski pregled bioptata, do 3 preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL15	87,80
PHL15	Histokemijski pregled bioptata, 4 i više preparata			Može se zaračunati samo jednom; ne može se zaračunati uz PHL14	153,20
PHL16	Pregled bioptata elektronskom mikroskopijom			Može se zaračunati samo jednom	1.485,60
PHL17	Obdukcija (s izradom zapisnika)				1.418,60
PHL18	Pregled bioptata jednog sjemenika radi IVF postupka	N46		Uključuje izradu preparata, imunohistokemiju, polutanke rezove, „scoring“, mišljenje i pohranu	1.353,80

PHL19	Pregled bioptata oba sjemenika radi IVF postupka	N46		Uključuje izradu preparata, imunohistokemiju, polutanke rezove, „scoring“, mišljenje i pohranu	1.964,50
PUL01	Spirometrija			uključuje krivulju disanja, protok/volumen i volumen/vrijeme	67,40
PUL02	Spirometrija kod djeteta do 6 godina			uključuje krivulju disanja, protok/volumen i volumen/vrijeme	84,90
PUL03	Spirometrija s farmakodinamskim testom (Ventolin test)			uključuje sva mjerenja tijekom testa	102,50
PUL04	Nespecifični provokativni bronhalni test (Metakolinski test)			uključuje kratki pregled liječnika, sva mjerenja, nadzor te intervencije	221,20
PUL05	Spiroergometrija			uključuje sva mjerenja funkcije srca i pluća, plinsku analizu krvi, nadzor i intervencije	450,60
PUL06	Tjelesna pletizmografija			uključuje mjerenje svih plućnih volumena, kapaciteta i otpora dišnih puteva osim difuzije	93,50
PUL07	Tjelesna pletizmografija s farmakodinamskim testom			uključuje mjerenje svih plućnih volumena, kapaciteta i otpora dišnih puteva osim difuzije	94,20
PUL08	Difuzijski kapacitet pluća (DLCO)			uključuje tjelesnu pletizmografiju	119,40
PUL09	Impulsna oscilometrija			uključuje sva mjerenja tijekom testa i probnu spirometriju	86,20
PUL10	Impulsna oscilometrija s bronhodilatacijskim testom			uključuje sva mjerenja tijekom testa i probnu spirometriju	97,70
PUL11	FeNO (Frakcija izdahnutog NO) plućni			uključuje sva mjerenja tijekom testa	82,60
PUL12	FeNO (Frakcija izdahnutog NO) nosni			uključuje sva mjerenja tijekom testa	315,00
PUL13	Rinomanometrija			uključuje sva mjerenja tijekom testa	65,20
PUL14	Rinoprovokacija			uključuje sva mjerenja tijekom testa	115,50
PUL15	Tjelesna pletizmografija za djecu do 2 godine			za djecu do 2 godine, uključuje i.v.sedaciju, sva mjerenja i nadzor anesteziologa	1.223,10
MOL01	Molekularna dijagnostika strukturnih promjena imunofluorescentnim tehnikama – FISH (I)			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom bez obzira na broj proba	1.251,80

MOL02	Molekularna dijagnostika numeričkih promjena imunofluorescentnim tehnikama – FISH (II)			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom bez obzira na broj proba	1.075,20
MOL03	Molekularna dijagnostika imunofluorescentnim tehnikama na parafinskim rezovima te testovi za istovremeno otkrivanje više promjena – FISH (III)			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom bez obzira na broj proba	1.428,50
MOL04	Kariogram-kromosomske studije plodne vode, tumora i drugih tkiva			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom za G, odnosno jednom za R i C pruge	1.770,20
MOL05	Kariogram-kromosomske studije periferne krvi			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom za G, odnosno jednom za R i C pruge	1.175,00
MOL06	Kariogram-kromosomske studije koštane srži, korionskih resica			Uključuje kulturu stanica; može se zaračunati samo jednom za G, odnosno jednom za R i C pruge	1.351,70
MOL07	Kultura stanica-dugotrajni uzgoj (više od 72 sata)			Višetjedna kultura stanica iz plodne vode, kože i drugih tkiva za potrebe citogenetskih i drugih biokemijskih pretraga. Ne može se zaračunati uz kariogram.	691,20
OFT01	Opći (jednostavni) oftalmološki pregled.			Uključeni jednostavniji ili kraći dijagnostički postupci: oftalmoskopija, digitalno mjerenje intraokularnog tlaka, orijentacijski pregled vida i slično. Odstranjivanje površinsko ležećih stranih tijela. Konzultacija.	60,00
OFT02	Usmjereni (složeni) oftalmološki pregled.			Pregled usmjeren određenom stanju, uključuje složenije ili dugotrajnije dijagnostičke postupke: mjerenja na prednjem očnom segmentu, mjerenja rožnice, pretrage suznog aparata, pretrage prednje očne sobice i šarenice, pretrage zjenice, pretrage u fokalnoj i postraničnoj rasvjeti, fotografiju oka, oftalmoskopiju i dijafanoskopiju, mjerenje intraokularnog tlaka s provokacijskim testovima, pregled očnog kuta (gonioskopiju), pregled fundusa trozrcalnom ili indirektnom lupom. Uključeni postupci iz općeg oftalmološkog pregleda. Ne može se zaračunati uz opći	96,00

				oftalmološki pregled (OFT01).	
OFT03	Mali zahvati na oku.			Proštrcavanje i/ili sondiranje suzno-nosnog kanala. Operacija chalaziona i chordeoluma. Uključen oftalmološki pregled i lokalna anestezija. Ne može se zaračunati uz opći i usmjereni oftalmološki pregled.	86,00
OFT04	Oftalmološki pregled s ispitivanjem vidne oštrine i refrakcije.			Uključuje ispitivanje vidne oštrine, subjektivno i objektivno, djeca i odrasli. Uključuje pregled za nošenje kontaktnih leća. Ne može se zaračunati uz opći i usmjereni oftalmološki pregled.	99,00
OFT05	Oftalmološki dijagnostički pregled vidnog polja/ osjeta svjetla/ osjeta boje.			Uključuje: konfrontacijsko ispitivanje vidnog polja, ispitivanje osjeta svjetla ispitivanje osjeta boje, ispitivanje bulbomotorike, test na dvoslike, stereovid, egzoftalmometrija, skijaskopija.	60,00
OFT06	Vidno polje po Goldmannu, kompjutorizirana perimetrija			Uključen oftalmološki pregled. Ne može se zaračunati uz opći i usmjereni oftalmološki pregled i oftalmološki dijagnostički pregled (OFT01,02,05)	112,00
OFT07	Elektrofiziološki testovi oka.			Uključuje elektroretinografiju, elektrookuolografiju, elektronistagmografiju i vizualne evocirane potencijaleNe može se zaračunati uz usmjereni oftalmološki pregled	99,00
OFT08	Dijagnostika strabizma.			Ne može se zaračunati uz usmjereni oftalmološki pregled	99,00
OFT09	Ultrazvučna dijagnostika oka.			Ultrazvučna dijagnostika oka, pahimetrija. Uključen oftalmološki pregled. Ne može se zaračunati uz usmjereni oftalmološki pregled	79,00

OFT10	Lasersko liječenje bolesti oka (Argon)			Uključen oftalmološki pregled. Ne može se zaračunati uz opći i usmjereni oftalmološki pregled.	172,00
OFT11	Lasersko liječenje bolesti oka (Y.A.G.)			Uključen oftalmološki pregled. Ne može se zaračunati uz opći i usmjereni oftalmološki pregled.	112,00
OFT12	Fluoresceinska angiografija.			Ne može se zaračunati uz usmjereni oftalmološki pregled	172,00
OFT13	Pretrage mrežnice i optičkog diska spektralnom optičkom koherentnom tomografijom (OCT)				172,00
OFT14	Terapija grešaka vida.			Uključuje liječenje eutiskopom, paslikama, realnim objektom i Heidingerovim snopićem, vježbe separacije, korespodencije, vježbe na sinoptoforu i slično. Ne može se zaračunati uz usmjereni oftalmološki pregled. Odnosi se na ciklus od 10 vježbi i može se zaračunati po završetku liječenja.	315,20

*Uključuje postupke, potrošni medicinski materijal i lijekove.
** Uključuje i troškove smještaja i prehrane
***Kontrastno sredstvo zaračunava se dodatno, u skladu s Listom lijekova Zavoda
(1) Hemodijaliza u bolničkim centrima.
(2) Hemodijaliza u izvanbolničkim centrima
(3) Uključuje i folitropin alfa (ATK šifra: G03GA05) i/ili menotropin (FSH+LH) (ATK šifra: G03GA02) za stimulaciju ovulacije do 6 pokušaja, a nakon svakog realiziranog poroda ostvaruje se pravo na dodatnih 6 pokušaja
(4) Kod PET/CT, CT i MR u općoj anesteziji, postupak anestezije, materijali i lijekovi s Liste lijekova Zavoda zaračunavaju se dodatno"
(5) za više od 1 regije cijena svake sljedeće regije iznosi 50% osnovne cijene

Tablica 2.3. Cijene dijagnostičko terapijskih postupaka - DTP – ortodoncija

ŠFRA	NAZIV DTP-A	KRITERIJ - DIJAGNOZA	KRITERIJ – ŠIFRA POSTUPKA	OPIS	CIJENA (KN) – UKUPNO
DMO01	Dijagnostički postupci u ortodonciji*		31014, 31003, 13020, 13021, 13023, 31013	Zaračunava se 1x pred početak ortodontskog liječenja. Uključuje specijalistički pregled, uzimanje otiska, izradu (zubni tehničar) i analizu studijskog modela, očitavanje ortopantomogram snimke, kefalometrijsku analizu i Rtg analizu šake.	420,00

DMO02	Fiksna ortodontska terapija za jednu čeljust		13020, 13021, 13023, 31014, 52482,52470, 52471, 52356, 91310, 52466, 52468, 52473, 45210, 45320, 52462	Uključuje specijalistički pregled, uzimanje otiska, izradu (zubni tehničar) i analizu studijskog modela, nacrt ortodontskog lječenja/ortodontske naprave, analizu telerentgenskih snimaka, strojno čišćenje cakline sa jetkanjem cakline,postavljanje fiksne ortodontske naprave za jednu čeljust, te potreban materijal (lukovi, prsteni, klasične metalne bravice,sa ostalim potrebnim materijalom)** kefalometrijsku analizu, Rtg analizu šake, kontrolni pregled tijekom ortodontske terapije s prilagođavanjem i aktiviranjem fiksne ortodontske naprave , skidanje bravica, prstena, lukova,čišćenje i poliranje zubi u jednoj čeljusti i fluoridacija zubi sa ostalim potrebnim materijalom*** , izradu i postavu retainera nakon ortodontske terapije, uzimanje završnog otiska i arhiviranje sa ostalim potrebnim materijalom**** uključujući troškove rada i materijala zubnog tehničara, kontrole tijeka ortodontske terapije s readaptacijom retainera- naprave za retenciju po čeljusti.	6.460,00
DMO03	Mobilna ortodontska terapija – monomaksilarnom napravom (jedna čeljust)		13020, 13021, 13023, 52460, 52462, 52485, 52487, 91310, 52466	Uključuje specijalistički pregled, uzimanje otiska, izradu i analizu studijskog modela, nacrt ortodontskog liječenja/ortodontske naprave, izrada i postavu monomaksilarane mobilne ortodontske naprave, troškove rada i materijala zubnog tehničara, kontrole tijeka ortodontske terapije s readaptacijom mobilne monomaksilarne ortodontske naprave.	2.695,00
DMO04	Mobilna ortodontska terapija – bimaksilarnom napravom (obje čeljusti)		13020, 13021, 13023, 52461, 52463, 52486, 52488, 91310, 52466	Uključuje specijalistički pregled, uzimanje otiska, izradu i analizu studijskog modela, nacrt ortodontskog lječenja/ortodontske naprave, izradu i postavu bimaksilarne mobilne ortodontske naprave, troškove rada i materijala zubnog tehničara, kontrolu tijeka ortodontske terapije s readaptacijom mobilne bimaksilarne ortodontske naprave.	3.200,00
DMO05	Delairova maska	K07.1, K07.2, Q35	13020, 13021, 13023, 91310, 52466	Uključuje uzimanje otiska i postavljanje Delairove maske u tijeku ortodontske terapije fiksnom ortodontskom napravom, troškove materijala dr. spec. ortodonta i zubnog tehničara, kontrole tijeka ortodontske terapije Delairovom maskom s readaptacijom.	2.172,00

DMO06	Ortodontska naprava za forsirano širenje nepca-RPE	K07.0, K07.1, K07.2, Q35	13020, 13021, 13023, 91310,52466	Uključuje uzimanje otiska,analizu i nacrt liječenja, izradu i postavu ortodontske naprave za širenje nepca-RPE s kontrolnim pregledima uključujući potrošni materijal i rad i materijal zubnog tehničara.	1.290,00
DMO07	Headgear-potporanj po Delair-u		52472	Uključuje troškove materijala i postavljanje Headgear-a u tijeku ortodontske terapije fiksnom ortodontskom napravom, kontrole tijeka ortodontske terapije Headgear-om s readaptacijom.	780,00
DMO08	Reparatura mobilne ortodontske naprave		13020, 13021, 1302352464, 52465	Reparatura mobilne ortodontske naprave bez ili sa novim elementina.Uključuje uzimanje otiska, rad i troškove materijale zubnog tehničara.	250,00

* ispostavlja se račun u svrhu dijagnostičke obrade kod osigurane osobe kod koje se ne nastavlja liječenje ortodontskom napravom
** ljepilo za bravice,intermaksilarne gumice,elastični lančić,opruge,vezilice,stoperi i separator
*** karbidna svrdla,polirne gumice,sredstva za fluoridaciju, pasta za poliranje
**** tvrdi gips,prozirne folije,akrilat,žica,tekući kompozit,sredstvo za jetkanje sa adhezivom , alginat.“

Članak 66.

Dijagnostičko terapijske skupine u koje se razvrstvaju bolesnici oboljeli od aktutnih bolesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama koji imaju sličnu bolničku potrošnju i slične kliničke osobitosti i koeficijenti za dijaganostičko-terapijske skupine utvrđeni su u tablici 3.1.

Tablica 3.1. iz stavka 1. ovog članka sastavni je dio ove Odluke

Osnovna vrijednost kojom se množe koeficijeti iz tablice 3.1 utvrđuje se posebnom Odlukom Upravnog vijeća Zavoda.

Članak 67.

Cijene po danu bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti u bolničkim zdavstvenim ustanovama i cijena po danu liječenja u općem stacionaru doma zdravlja utvrđene su u Tablici 3.2 kako slijedi:

Tablica 3.2. – Cijene po danu bolničkog liječenja bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama i cijena po danu liječenja u općem stacionaru doma zdravlja

Redni broj	Vrsta zdravstvene zaštite	Kriterij – djelatnost/dijagnoza	Iznos u kn
0	**1**	**2**	**3**
1.	**Liječenje bolesnika oboljelih od subakutnih bolesti – produženo liječenje**	3200000	286,00
1.1.	Produženo liječenje – pojačana skrb*	3200000	486,00
2.	**Liječenje bolesnika oboljelih od kroničnih bolesti**		
2.1.	Kronične duševne bolesti	3910000	252,00
2.2.	Kronične dječje bolesti	3940000	498,00
2.3.	Kronične plućne bolesti	3950000	360,00

2.4.	**Fizikalna medicina i rehabilitacija u specijalnim bolnicama i lječilištima**	**3920000**	
2.4.1.1.	Spinalna rehabilitacija početna	G82, G95.2, S12, S22.0, S32	489,00
2.4.1.2.	Spinalna rehabilitacija održavajuća		365,00
2.4.2.1.	Kraniocerebralna rehabilitacija početna	G81, R40.2, G35	533,00
2.4.2.2.	Kranicerebralna rehabilitacija održavajuća		398,00
2.4.3.	Rehabilitacija nakon amputacije	Z89	371,00
2.4.4.	Kardiovaskularna rehabilitacija	I21, Z95	550,00
2.4.5.	Reumatološka rehabilitacija	M05, M06.8, M07, M08, M45	342,00
2.4.6.	Ostalo	S72, S82, M96.9, Z96.6, M41, M23, J44, J45, G12.2, G36, G60, G61, G63.3, G71.0, G80	338,00
3.	**Opći stacionar u domu zdravlja – dan liječenja u općem stacionaru doma zdravlja**		**360,00**
4.	**Liječenje bolesnika oboljelih od subakutnih ili kroničnih bolesti ovisnih o trajnoj mehaničkoj ventilaciji, dan liječenja**	**3200000, 3940000, 3950000**	**974,00**

"*Kod zbrinjavanja osiguranih osoba sa sistemskim i ostalim teškim infekcijama, opsežnim dekubitalnim ranama, te u terminalnoj fazi maligne bolesti. "

Članak 68.

Cijenik presadatka utvrđuje se u tablici 3.3. kako slijedi:

Tablica 3.3. - Cjenik presadaka*

Šifra	Presadak	Mjerna jedinica	Ukupna cijena (kn)
Z010000001	Tkivo rožnice za transplantaciju	kom	8.958,59
Z010000002	Tkivo sklere za transplantaciju	kom	2.304,61
Z010000003	Tkivo limbalnih stanica za transplantaciju	kom	3.264,61
Z010000004	Tkivo amnijske membrane za transplantaciju	kom	772,71
Z010000005	Tkivo kože za transplantaciju	cm^2	65,50
Z010000006	Glava femura	kom	3.600,00
Z010000007	Acetabulum (bez kriste ilijake)	kom	4.850,00
Z010000008	Femur cijeli	kom	10.800,00
Z010000009	Proksimalna ili distalna polovica femura	kom	6.550,00
Z010000010	Tibija	kom	9.350,00
Z010000011	Proksimalna ili distalna polovica tibije	kom	6.450,00

Šifra	Presadak	Mjerna jedinica	Ukupna cijena (kn)
Z010000012	Kondili tibije s meniscima	kom	4.850,00
Z010000013	Proksimalna polovica fibule	kom	1.400,00
Z010000014	Dijafiza duge kosti	cm	200,00
Z010000015	Humerus	kom	9.200,00
Z010000016	Achilova tetiva	kom	3.700,00
Z010000017	Cijeli ligament patele s patelom	kom	5.400,00
Z010000018	Polovica ligamenta patele s krajnjim koštanim dijelovima	kom	4.250,00
Z010000019	Fascia lata	cm^2	33,00

*cijene presadaka uključene su u odgovarajuću DTS kategoriju

Članak 69.

Cijene dijagnostičko terapijskih postupaka koji se provode u sklopu nacionalnih programa preventive zdravstvene zaštite utvrđene su u tablici 4.1 kako slijedi:

Tablica 4.1 – Cijene dijagnostičko terapijskih postupaka – DTP – nacionalnih programa preventivne zdravstvene zaštite

Red.br.	Šifra	Naziv DTP-a	Cijena*
1.	NPP01	Mamografija s dvostrukim očitavanjem nalaza i preporukom	178,00
2.	NPP03	Kolonoskopija i ostali dijagnostički i terapijski postupci vezani uz kolonoskopiju **	450,00

*Uključuje postupke, potrošni medicinski materijal i lijekove.

**Ljekarne izdavanje lijeka Purisan zaračunavaju Zavodu u iznosu od 24,58 kn po ispitaniku.

Članak 70.

Ugovorne zdravstvene ustanove koje provode bolničku i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu ispostavljaju račune Zavodu u skladu sa cijenama utvrđenim na način propisan člankom 64. ove Odluke, a do maksimalno ugovorenog iznosa novčanih sredstava.

Maksimalni iznos novčanih sredstava iz stavka 1. ovog članka do kojeg ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni privatni zdravstveni radnik ima pravo Zavodu ispostavljati račune za ugovorenu i izvršenu zdravstvenu zaštitu utvrđuje odlukom Upravno vijeće Zavoda.

Ugovorne zdravstvene ustanove na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti imaju pravo Zavodu ispostavljati račune za izvršenu zdravstvenu zaštitu u skladu s posebnim Odlukama Upravnog vijeća

Za provođenje stomatološke zdravstvene zaštite obračunavaju se i troškovi zubotehničara za stomatološka pomagala u skladu s člankom 54. i 55. ove Odluke.

Članak 71.

Za pruženu zdravstvenu zaštitu na svim razinama zdravstvene djelatnosti osnovom odredaba članka 10. ove Odluke, ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnici privatne prakse, obvezni su ispostavljati i pojedinačne račune primjenom cijene utvrđene člankom 64. ove Odluke, te ih dostavljati Zavodu na daljnju obradu radi izvršavanja obveza Zavoda u skladu sa sklopljenim međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju.

Za osigurane osobe iz članka 10. stavka 2. ove Odluke, kao i za strance iz članka 10. stavka 1. ove Odluke, osigurane u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj, zdravstvena zaštita pružena na primarnoj razini plaća se primjenom iznosa po osiguranoj osobi, a izabrani doktor je obvezan za strance iz članka 10. stavka 1. ove Odluke osigurane u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj za te usluge ispostaviti i pojedinačne račune u skladu s člankom 64. ove Odluke, te ih dostaviti Zavodu radi evidencije.

Za zdravstvene usluge pružene osnovom specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite osiguranim osobama iz stavka 1. i 2. ovog članka ispostavljaju se i plaćaju pojedinačni računi prema odredbama članka 64. ove Odluke.

Za osigurane osobe iz članka 10. stavka 1. ove Odluke, koje privremeno borave u Republici Hrvatskoj, a zdravstvenu zaštitu koriste osnovom međunarodnih ugovora o socijalnom osiguranju zdravstvena zaštita pružena na svim razinama, plaća se osnovom ispostavljenih pojedinačnih računa i to za primarnu zdravstvenu zaštitu na način propisan odredbama članka 64. ove Odluke.

Pojedinačni računi iz stavka 4. ovog članka ne uračunavaju se u maksimalno ugovoreni iznos novčanih sredstava na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti.

Posebnom odlukom Upravnog vijeća Zavoda utvrdit će se rokovi i način plaćanja pojedinačnih računa iz stavka 5. ovog članka.

Članak 72.

Za pružnu zdravstvenu zaštitu koja je posljedica bolesti, tjelesne ozljede prouzročene od strane druge osobe i prometne nesreće prouzročene uporabom vozila inozemne registracije ugovorna zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su ispostavljati pojedinačne račune Zavodu radi provedbe postupaka naknade štete u skladu s odredbom članka 113. i 118. Zakona.

Cijena zdravstvene zaštite iz stavka 1. ovog članka obračunava se za:

- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu primjenom Popisa postupaka, utvrđene cijene boda za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, cijene lijeka iz Osnovne liste lijekova i cijene lijeka iz Dopunske liste lijekova koju pokriva obvezno zdravstveno osiguranje, kao i cijene potrošnog materijala primijenjenog u liječenju osigurane osobe ili primjenom plaćanja DTP-u
- bolničku zdravstvenu zaštitu bolesnika oboljelih od akutnih bolesti primjenom dijagnostičko terapijskih skupina (u daljnjem tekstu: DTS) iz tablice 3.1 iz članka 66. ove Odluke u koje se razvrstavaju bolesnici koji imaju sličnu bolničku potrošnju i slične kliničke osobitosti i osnovne vrijednosti iz članka 66.. stavka 3. ove Odluke.
- bolničku zdravstvenu zaštitu bolesnika oboljelih od subakutnih i kroničnih bolesti prema cijeni dana bolničkog liječenja iz tablice 3.2. iz članak 67. ove Odluke.

Za provođenje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja za slučaj priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti osiguravaju se sredstva i način plaćanja u visini kako je to bilo utvrđeno općim aktima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu.

Za pruženu zdravstvenu zaštitu koja je posljedica priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti, zdravstvena ustanova, odnosno ugovorni zdravstveni radnici privatne prakse obvezni su ispostavljati Zavodu pojedinačne račune u skladu sa stavkom 1. ovog članka radi provedbe evidentiranja troškova s te osnove.“

Članak 73.

Cijene ortopedskih i drugih pomagala utvrđuju se na način utvrđen Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima.

Članak 74.

Sudjelovanje osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja utvrđeno je u skladu s člankom 16. stavkom 3., 4. i 5. Zakona, odnosno za lijekove s Dopunske liste lijekova u skladu s člankom 17. stavkom 5. Zakona.

Za izračun sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, u vrijednosti stomatološkog pomagala utvrđenog Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima, na razini primarne zdravstvene zaštite, koristi se utvrđena vrijednost boda za primarnu zdravstvenu zaštitu.

Iznos naplaćenog sudjelovanja iz članka 16. stavka 3. i članka 17. stavka 5. Zakona prihod je ugovorne zdravstvene ustanove, odnosno ugovornog privatnoga zdravstvenog radnika.

Iznos naplaćenog sudjelovanja iz članka 16. stavka 4. Zakona prihod je Zavoda.

Članak 75.

Zbog potreba praćenja rada, ugovorna zdravstvena ustanova i ugovorni privatni zdravstveni radnici, obvezni su koristiti programsku podršku za priključenje na Centralni zdravstveni informatički sustav Hrvatske (CEZIH).

Programska podrška iz stavka 1. ovog članka mora imati važeće odobrenje ministra nadležnog za zdravstvo.

Novčana sredstva za održavanje programske podrške kao i povezivanje primarne zdravstvene zaštite na CEZIH utvrđena se posebnom odlukom Upravnog vijeća Zavoda.

Tablica 3.1. – Koeficijenti za dijagnostičko terapijske skupine – DTS – bolnička zdravstvena zaštita bolesnika oboljelih od akutnih bolesti

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
A	**Pre MDC**	
A01Z	Transplantacija jetre	37,20
A03Z	Transplantacija pluća ili srca i pluća	42,00
A05Z	Transplantacija srca	31,60
A06Z	Traheostomija ili ventilacija > 95 sati	15,75
A07Z	Alogenična transplantacija matičnih stanica	36,25
A08A	Autologna transplantacija matičnih stanica s vrlo teškim KK	15,25
A08B	Autologna transplantacija matičnih stanica bez vrlo teških KK	7,49
A09A	Transplantacija bubrega s transplantacijom gušterače ili s vrlo teškim KK	15,64
A09B	Transplantacija bubrega, bez transplantacije gušterače, bez vrlo teških KK	9,37
A10Z	Transplantacija rožnice	1,11
A11Z	Priprema donora, multiorganska eksplantacija i eksplantacija tkiva	5,06
A12Z	Priprema donora i multiorganska eksplantacija	4,79

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
A13Z	Priprema donora i eksplantacija organa	4,93
A14Z	Priprema donora i eksplantacija rožnice/očne jabučice jednostrana i/ili obostrana	0,25
A40Z	Izvantjelesna membranska oksigenacija (ECMO) bez operacije srca	30,11
A41A	Intubacija, dob < 16 godina s KK	1,31
A41B	Intubacija, dob < 16 godina bez KK	0,55
A42Z	Serološka obrada donora organa/tkiva	0,20
B	**Bolesti i poremećaji živčanog sustava**	
B01Z	Revizija ventrikulskog spoja (shunta)	1,67
B02A	Kraniotomija s vrlo teškim KK	4,48
B02B	Kraniotomija s teškim ili umjerenim KK	3,54
B02C	Kraniotomija bez KK	2,68
B03A	Postupci na kralježnici s vrlo teškim ili teškim KK	5,20
B03B	Postupci na kralježnici bez vrlo teških ili teških KK	2,77
B04A	Ekstrakranijski postupci na krvnim žilama s vrlo teškim ili teškim KK	2,42
B04B	Ekstrakranijski postupci na krvnim žilama bez vrlo teških ili teških KK	1,34
B05Z	Operacija karpalnog kanala	0,27
B06A	Postupci zbog cerebralne paralize, mišićne distrofije, neuropatije s vrlo teškim ili teškim KK	5,61
B06B	Postupci zbog cerebralne paralize, mišićne distrofije, neuropatije bez vrlo teških ili teških KK	1,09
B07A	Postupci na perifernim i kranijskim živcima, te drugi postupci na živčanom sustavu s KK	3,24
B07B	Postupci na perifernim i kranijskim živcima, te drugi postupci na živčanom sustavu bez KK	1,17
B40Z	Plazmafereza kod neurološke bolesti	0,88
B42Z	Stereotaktička radiokirurgija gama-nož ("gamma knife")	4,81
B60A	Ustanovljena paraplegija/kvadriplegija s ili bez operativnog postupaka s vrlo teškim KK	5,41
B60B	Ustanovljena paraplegija/kvadriplegija s ili bez operativnog postupaka bez vrlo teških KK	1,55
B61A	Stanja kralježnične moždine s ili bez operativnog postupaka s vrlo teškim ili teškim KK	3,98
B61B	Stanja kralježnične moždine s ili bez operativnog postupaka bez vrlo teških ili teških KK	1,05
B62Z	Prijam zbog afereze	0,25
B63Z	Demencija i ostale kronične smetnje funkcije mozga	0,83
B64A	Delirij s vrlo teškim KK	0,82
B64B	Delirij bez vrlo teških KK	0,68
B65Z	Cerebralna paraliza	0,70
B66A	Novotvorina živčanog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	3,12
B66B	Novotvorina živčanog sustava bez vrlo teških ili teških KK	1,49
B67A	Degenerativni poremećaji živčanog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	5,07
B67B	Degenerativni poremećaji živčanog sustava, dob > 59 godina bez vrlo teških ili teških KK	1,69
B67C	Degenerativni poremećaj živčanog sustava, dob < 60 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,90
B68A	Multipla skleroza i cerebelarna ataksija s KK	4,21
B68B	Multipla skleroza i cerebelarna ataksija bez KK	0,74
B69A	TIA i precerebralna okluzija s vrlo teškim ili teškim KK	1,41

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
B69B	TIA i precerebralna okluzija bez vrlo teških ili teških KK	0,62
B70A	Inzult s vrlo teškim KK	2,93
B70B	Inzult s teškim KK	1,63
B70C	Inzult bez vrlo teških ili teških KK	1,00
B70D	Inzult, smrtni ishod ili premještaj u drugu ustanovu za akutnu skrb, boravak < 5 dana	0,82
B71A	Poremećaj kranijskih i perifernih živaca s KK	2,48
B71B	Poremećaj kranijskih i perifernih živaca bez KK	0,51
B72A	Infekcija živčanog sustava osim virusnog meningitisa s vrlo teškim ili teškim KK	3,09
B72B	Infekcija živčanog sustava osim virusnog meningitisa bez vrlo teških ili teških KK	1,23
B73Z	Virusni meningitis	0,67
B74Z	Netraumatski stupor i koma	1,38
B75Z	Febrilne konvulzije	0,58
B76A	Napad (cerebralni) s vrlo teškim ili teškim KK	1,56
B76B	Napad (cerebralni) bez vrlo teških ili teških KK	0,51
B77Z	Glavobolja	0,42
B78A	Intrakranijska ozljeda s vrlo teškim ili teškim KK	2,89
B78B	Intrakranijska ozljeda bez vrlo teških ili teških KK	1,11
B79Z	Prijelom lubanje	0,89
B80Z	Ostale ozljede glave	0,22
B81A	Ostali poremećaji živčanog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	2,32
B81B	Ostali poremećaji živčanog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,85
C	**Bolesti i poremećaji oka**	
C01Z	Postupci zbog penetrantne ozljede oka	1,21
C02Z	Enukleacija i postupci na orbiti	**0,55**
C03Z	Postupci na mrežnici	**2,50**
C04Z	Veliki postupci na rožnici, bjeloočnici i spojnici	0,73
C05Z	Dakriocistorinostomija	0,58
C10Z	Postupci zbog strabizma	0,43
C11Z	Postupci na vjeđi	0,47
C12Z	Ostali postupci na rožnici, bjeloočnici i spojnici	0,45
C13Z	Postupci na suznom aparatu	0,31
C14Z	Ostali postupci na oku	0,32
C15A	Glaukom i složeni postupci zbog katarakte	0,51
C15B	Glaukom i složeni postupci zbog katarakte, isti dan	0,51
C16A	Postupci na leći	0,48
C16B	Postupci na leći, isti dan	0,48
C60A	Akutne i velike infekcije oka, dob > 54 godine, ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,50
C60B	Akutne i velike infekcije oka, dob < 55 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,72
C61Z	Neurološki i krvožilni poremećaji oka	0,43
C62Z	Hifem i medicinski obrađena trauma oka	0,40
C63A	Ostali poremećaji oka s KK	0,31
C63B	Ostali poremećaji oka bez KK	0,30
D	**Bolesti i poremećaji uha, nosa, usta i grla**	

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
D01Z	Ugradnja pužničnog nadomjesnog uređaja	1,28
D02A	Postupci na glavi i vratu s vrlo teškim ili teškim KK	2,32
D02B	Postupci na glavi i vratu, s malignom bolesti, ili s umjerenim KK	2,01
D02C	Postupci na glavi i vratu, bez maligne bolesti, bez umjerenih KK	0,86
D03Z	Kirurški popravak rascijepa usne ili nepca	0,75
D04A	Operacija maksilarnog područja s KK	1,37
D04B	Operacija maksilarnog područja bez KK	0,74
D05Z	Postupci na parotidnoj žlijezdi	1,05
D06Z	Postupci na paranazalnim sinusima i mastoidnom nastavku, te složeni postupci na srednjem uhu	0,85
D09Z	Razni postupci na uhu, nosu, usnoj šupljini i grlu	0,54
D10Z	Postupci na nosu	0,54
D11Z	Tonzilektomija i/ili adenoidektomija	0,22
D12Z	Ostali postupci na uhu, nosu, usnoj šupljini i grlu	0,58
D13Z	Miringotomija s umetanjem cjevčice	0,30
D14Z	Postupci na usnoj šupljini i žlijezdama slinovnicama	0,58
D40Z	Vađenje i izrada ispuna ili nadomjestka zuba u općoj anesteziji	0,36
D60A	Maligna bolest uha, nosa, usne šupljine i grla s vrlo teškim ili teškim KK	2,27
D60B	Maligna bolest uha, nosa, usne šupljine i grla bez vrlo teških ili teških KK	0,78
D61Z	Gubitak ravnoteže	0,40
D62Z	Krvarenje iz nosa	0,28
D63A	Upala srednjeg uha i infekcije gornjih dišnih putova s KK	0,41
D63B	Upala srednjeg uha i infekcije gornjih dišnih putova bez KK	0,36
D64Z	Laringotraheitis i epiglotitis	0,32
D65Z	Trauma i deformacija nosa	0,45
D66A	Ostale dijagnoze kod uha, nosa, usne šupljine i grla s KK	0,83
D66B	Ostale dijagnoze kod uha, nosa, usne šupljine i grla bez KK	0,41
D67A	Poremećaji usne šupljine i zubiju, osim vađenja i izrade ispuna ili nadomjestka zuba u općoj anesteziji	0,50
D67B	Poremećaji usne šupljine i zubiju, osim vađenja i izrade ispuna ili nadomjestka zuba u općoj anesteziji, isti dan	0,10
E	**Bolesti i poremećaji respiratornog sustava**	
E01A	Veliki postupci na prsnome košu s vrlo teškim KK	4,02
E01B	Veliki postupci na prsnome košu bez vrlo teških KK	2,24
E02A	Ostali operativni postupci na dišnom sustavu s vrlo teškim KK	5,61
E02B	Ostali operativni postupci na dišnom sustavu s teškim KK	2,29
E02C	Ostali operativni postupci na dišnom sustavu **bez** vrlo teških ili teških KK	0,92
E40Z	Bolest dišnog sustava s potporom disanju	2,95
E41Z	Bolest dišnog sustava s neinvazivnom ventilacijom	2,71
E60A	Cistična fibroza s vrlo teškim ili teškim KK	3,36
E60B	Cistična fibroza bez vrlo teških ili teških KK	2,30
E61A	Plućna embolija s vrlo teškim ili teškim KK	3,03
E61B	Plućna embolija bez vrlo teških ili teških KK	1,51
E62A	Infekcija/upala dišnog sustava s vrlo teškim KK	2,14
E62B	Infekcija/upala dišnog sustava s teškim ili umjerenim KK	1,25
E62C	Infekcija/upala dišnog sustava bez KK	0,70
E63Z	Apneja u spavanju	0,54

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
E64Z	Edem pluća i zatajenje disanja	1,13
E65A	Kronična opstruktivna bolest dišnih putova s vrlo teškim ili teškim KK	0,84
E65B	Kronična opstruktivna bolest dišnih putova bez vrlo teških ili teških KK	0,64
E66A	Velika trauma prsnoga koša, dob > 69 godina s KK	1,02
E66B	Velika trauma prsnoga koša, dob > 69 godina, ili s KK	0,60
E66C	Velika trauma prsnoga koša, dob < 70 godina bez KK	0,53
E67A	Simptomi i znakovi povezani s dišnim sustavom s vrlo teškim ili teškim KK	0,84
E67B	Simptomi i znakovi povezani s dišnim sustavom bez vrlo teških ili teških KK	0,64
E68Z	Pneumotoraks	0,91
E69A	Bronhitis i astma, dob > 49 godina s KK	0,83
E69B	Bronhitis i astma, dob > 49 godina, ili s KK	0,51
E69C	Bronhitis i astma, dob < 50 godina bez KK	0,46
E70A	Hripavac i akutni bronhiolitis s KK	0,70
E70B	Hripavac i akutni bronhiolitis bez KK	0,51
E71A	Novotvorevina dišnog sustava s vrlo teškim KK	1,01
E71B	Novotvorevina dišnog sustava s teškim ili umjerenim KK	0,88
E71C	Novotvorevina dišnog sustava bez KK	0,72
E72Z	Problemi s disanjem koji potječu iz novorođenačke dobi	1,14
E73A	Pleuralni izljev s vrlo teškim KK	2,17
E73B	Pleuralni izljev s teškim KK	1,20
E73C	Pleuralni izljev bez vrlo teških ili teških KK	1,01
E74A	Bolest intersticija pluća s vrlo teškim KK	1,24
E74B	Bolest intersticija pluća s teškim KK	1,04
E74C	Bolest intersticija pluća bez vrlo teških ili teških KK	1,03
E75A	Ostali poremećaji dišnog sustava, dob > 64 godine s KK	1,29
E75B	Ostali poremećaji dišnog sustava, dob > 64 godine, ili s KK	0,94
E75C	Ostali poremećaji dišnog sustava, dob < 65 godina bez KK	0,67
F	**Bolesti i poremećaji cirkulacijskog sustava**	
F01A	Umetanje ili zamjena automatskog kardioverter-defibrilatora, potpuni sustav, s vrlo teškim ili teškim KK	10,48
F01B	Umetanje ili zamjena automatskog kardioverter-defibrilatora, potpuni sustav, bez vrlo teških ili teških KK	8,43
F02Z	Umetanje ili zamjena dijela automatskog kardioverter-defibrilatora	3,05
F03Z	Postupci na zalisku srca s primjenom crpke za kardiopulmonalno premoštenje, s invazivnom dijagnostikom na srcu	12,21
F04A	Postupci na zalisku srca s primjenom crpke za kardiopulmonalno premoštenje, bez invazivne dijagnostike na srcu, s vrlo teškim KK	12,55
F04B	Postupci na zalisku srca s primjenom crpke za kardiopulmonalno premoštenje, bez invazivne dijagnostike na srcu, bez vrlo teških KK	11,10
F05A	Koronarno premoštenje s invazivnom dijagnostikom na srcu s vrlo teškim KK	7,93
F05B	Koronarno premoštenje s invazivnom dijagnostikom na srcu bez vrlo teških KK	6,30
F06A	Koronarno premoštenje bez invazivne dijagnostike na srcu s vrlo teškim ili teškim KK	6,20
F06B	Koronarno premoštenje bez invazivne dijagnostike na srcu bez vrlo teških ili teških KK	5,45
F07A	Ostali kardiotorakalni/krvožilni postupci s primjenom crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) s vrlo teškim KK	10,17

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
F07B	Ostali kardiotorakalni/krvožilni postupci s primjenom crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) bez vrlo teških KK	6,57
F08A	Veliki rekonstrukcijski postupci na krvožilnom sustavu bez primjene crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) s vrlo teškim KK	9,23
F08B	Veliki rekonstrukcijski postupci na krvožilnom sustavu bez primjene crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) bez vrlo teških KK	4,51
F09A	Ostali kardiotorakalni postupci bez primjene crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) s vrlo teškim KK	6,84
F09B	Ostali kardiotorakalni postupci bez primjene crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa) bez vrlo teških KK	4,08
F10Z	Perkutana koronarna intervencija s akutnim infarktom miokarda	3,94
F11A	Amputacija zbog poremećaja cirkulacijskog sustava, osim gornje okrajine i prsta na nozi, s vrlo teškim KK	9,62
F11B	Amputacija zbog poremećaja cirkulacijskog sustava, osim gornje okrajine i prsta na nozi, bez vrlo teških KK	4,88
F12Z	Umetanje elektrostimulatora srca	3,14
F13Z	Amputacija gornje okrajine i prsta na nozi zbog poremećaja cirkulacijskog sustava	3,89
F14A	Postupci na krvožilnom sustavu, osim velike rekonstr,, bez primjene crpke za kardiopulmonalno premoštenje (CPB pumpa), s vrlo teškim KK	5,11
F14B	Postupci na krvožil, sustavu, osim velike rekonstr, bez primjene crpke za kardiopulmon, premoštenje (CPB pumpa), s teškim KK	2,11
F14C	Postupci na krvožil, sustavu, osim velike rekonstr, bez primjene crpke za kardiopulmon premoštenje (CPB pump), bez vrlo teških ili teških KK	1,47
F15Z	Perkutana koronarna intervencija, bez akutnog infarkta miokarda, s umetanjem stenta	3,83
F16Z	Perkutana koronarna intervencija, bez akutnog infarkta miokarda, bez umetanja stenta	2,95
F17Z	Zamjena elektrostimulatora srca	3,86
F18Z	Revizija elektrostimulatora srca, osim zamjene uređaja	2,24
F19Z	Ostale transvaskularne perkutane intervencije na srcu	4,32
F20Z	Postavljanje ligature na venu i njezino uklanjanje (stripping)	0,43
F21A	Ostali operativni postupci na cirkulacijskom sustavu s vrlo teškim KK	1,46
F21B	Ostali operativni postupci na cirkulacijskom sustavu bez vrlo teških KK	1,20
F40Z	Dijagnoza u vezi cirkulacijskog sustava s potporom disanju	4,08
F41A	Poremećaj cirkulacije s akutnim infarktom miokarda, s invazivnom dijagnostikom na srcu, te s vrlo teškim ili teškim KK	2,22
F41B	Poremećaj cirkulacije s akutnim infarktom miokarda, s invazivnom dijagnostikom na srcu, bez vrlo teških ili teških KK	1,95
F42A	Poremećaj cirkulacije bez akutnog infarkta miokarda, s invazivnom dijagnostikom na srcu, sa složenim dijagnozama/postupcima	1,35
F42B	Poremećaj cirkulacije bez akutnog infarkta miokarda, s invazivnom dijagnostikom na srcu, bez složenih dijagnoza/postupaka	1,20
F60A	Poremećaj cirkulacije s akutnim infarktom miokarda, bez invazivne dijagnostike na srcu, s vrlo teškim ili teškim KK	2,29
F60B	Poremećaj cirkulacije s akutnim infarktom miokarda, bez invazivne dijagnostike na srcu, bez vrlo teških ili teških KK	0,97
F60C	Poremećaj cirkulacije s akutnim infarktom miokarda, bez invazivne dijagnostike na srcu, sa smrtnim ishodom	1,30
F61Z	Infektivni endokarditis	2,88
F62A	Zatajenje srca i šok s vrlo teškim KK	0,96
F62B	Zatajenje srca i šok bez vrlo teških KK	0,59
F63A	Venska tromboza s vrlo teškim ili teškim KK	1,11

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
F63B	Venska tromboza bez vrlo teških ili teških KK	0,83
F64Z	Vrijed (ulkus) kože zbog poremećaja cirkulacije	0,87
F65A	Poremećaj perifernih krvnih žila s vrlo teškim ili teškim KK	1,56
F65B	Poremećaj perifernih krvnih žila bez vrlo teških ili teških KK	1,09
F66A	Ateroskleroza koronarnih krvnih žila s KK	1,16
F66B	Ateroskleroza koronarnih krvnih žila bez KK	0,53
F67A	Hipertenzija s KK	1,19
F67B	Hipertenzija bez KK	0,52
F68Z	Kongenitalna bolest srca	1,49
F69A	Poremećaji zalistaka srca s vrlo teškim ili teškim KK	1,86
F69B	Poremećaji zalistaka srca bez vrlo teških ili teških KK	0,53
F70A	Značajna aritmija i zastoj rada srca s vrlo teškim ili teškim KK	1,64
F70B	Značajna aritmija i zastoj rada srca bez vrlo teških ili teških KK	1,21
F71A	Aritmija manjeg značenja i poremećaji provođenja s vrlo teškim ili teškim KK	1,33
F71B	Aritmija manjeg značenja i poremećaji provođenja bez vrlo teških ili teških KK	0,49
F72A	Nestabilna angina pectoris s vrlo teškim ili teškim KK	1,23
F72B	Nestabilna angina pectoris bez vrlo teških ili teških KK	0,61
F73A	Sinkopa i kolaps s vrlo teškim ili teškim KK	0,75
F73B	Sinkopa i kolaps bez vrlo teških ili teških KK	0,48
F74Z	Bol u prsima	0,45
F75A	Ostali poremećaji cirkulacijskog sustava s vrlo teškim KK	1,15
F75B	Ostali poremećaji cirkulacijskog sustava s teškim KK	1,02
F75C	Ostali poremećaji cirkulacijskog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,98
G	**Bolesti i poremećaji probavnog sustava**	
G01A	Resekcija rektuma s vrlo teškim KK	5,68
G01B	Resekcija rektuma bez vrlo teških KK	3,08
G02A	Veliki postupci na tankom i debelom crijevu s vrlo teškim KK	3,21
G02B	Veliki postupci na tankom i debelom crijevu bez vrlo teških KK	2,82
G03A	Postupci na želucu, jednjaku i dvaneastniku s malignom bolešću	3,30
G03B	Postupci na želucu, jednjaku i dvaneastniku, bez maligne bolesti, s vrlo teškim ili teškim KK	1,71
G03C	Postupci na želucu, jednjaku i dvanaestniku, bez maligne bolesti, bez vrlo teških ili teških KK	1,54
G04A	Adhezioliza peritoneuma, dob > 49 godina s KK	2,55
G04B	Adhezioliza peritoneuma, dob > 49 godina, ili KK	1,59
G04C	Adhezioliza peritoneuma, dob < 50 godina bez KK	0,89
G05A	Manji postupci na tankom i debelom crijevu s KK	2,02
G05B	Manji postupci na tankom i debelom crijevu bez KK	1,24
G06Z	Postupak pilorotomije	1,11
G07A	Apendektomija s vrlo teškim ili teškim KK	1,44
G07B	Apendektomija bez vrlo teških ili teških KK	0,71
G08A	Abdominalni i ostali postupci zbog hernija, dob > 59 godina, ili s vrlo teškim ili teškim KK	0,78
G08B	Abdominalni i ostali postupci zbog hernija, dob 1 - 59 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,59
G09Z	Postupci zbog ingvinalne i femoralne hernije, dob > 0 godina	0,54

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
G10Z	Postupci zbog hernije, dob < 1 godine	0,49
G11A	Postupci na anusu i stome s vrlo teškim ili teškim KK	1,16
G11B	Postupci na anusu i stome bez vrlo teških ili teških KK	0,61
G12A	Ostali operativni postupci na probavnom sustavu s vrlo teškim ili teškim KK	2,76
G12B	Ostali operativni postupci na probavnom sustavu bez vrlo teških ili teških KK	0,93
G42A	Ostali gastroskopski postupci zbog velike bolesti probavnog sustava	0,90
G42B	Ostali gastroskopski postupci zbog velike bolesti probavnog sustava, isti dan	0,38
G43Z	Složena kolonoskopija	0,45
G44A	Ostali kolonoskopski postupci s vrlo teškim ili teškim KK	0,79
G44B	Ostali kolonoskopski postupci bez vrlo teških ili teških KK	0,61
G44C	Ostalo kolonoskopski postupci, isti dan	0,26
G45A	Ostali gastroskopski postupci zbog manje bolesti probavnog sustava	0,72
G45B	Ostali gastroskopski postupci zbog manje bolesti probavnog sustava, isti dan	0,24
G46A	Složena gastroskopija s vrlo teškim ili teškim KK	1,05
G46B	Složena gastroskopija bez vrlo teških ili teških KK	0,84
G46C	Složena gastroskopija, isti dan	0,44
G60A	Maligna bolest probavnog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	1,66
G60B	Maligna bolest probavnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	1,19
G61A	Krvarenje iz gastrointestinalnog sustava, dob > 64 godine, ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,51
G61B	Krvarenje iz gastrointestinalnog sustava, dob < 65 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,76
G62Z	Kompliciran peptički vrijed	2,49
G63Z	Nekompliciran peptički vrijed	0,88
G64Z	Upalna bolest crijeva	1,04
G65A	Opstrukcija gastrointestinalnog sustava s KK	2,08
G65B	Opstrukcija gastrointestinalnog sustava bez KK	1,09
G66A	Bol u trbuhu ili mezenterijski adenitis s KK	1,01
G66B	Bol u trbuhu ili mezenterijski adenitis bez KK	0,40
G67A	Ezofagitis, gastroenteritis i razni poremećaji probavnog sustava, dob > 9 godina s vrlo teškim ili teškim KK	0,84
G67B	Ezofagitis, gastroenteritis i razni poremećaji probavnog sustava, dob > 9 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,27
G68A	Gastroenteritis, dob < 10 godina s KK	0,72
G68B	Gastroenteritis, dob < 10 godina bez KK	0,32
G69Z	Ezofagitis i razni poremećaji probavnog sustava, dob < 10 godina	0,37
G70A	Ostali poremećaji probavnog sustava s KK	1,59
G70B	Ostali poremećaji probavnog sustava bez KK	0,52
H	**Bolesti i poremećaji hepatobilijarnog sustava i gušterače**	
H01A	Postupci na gušterači, jetri i spojevima (shuntovima) s vrlo teškim KK	6,19
H01B	Postupci na gušterači, jetri i spojevima (shuntovima) bez vrlo teških KK	2,92
H02A	Veliki postupci na žučnom sustavu, s malignom bolesti, ili s vrlo teškim KK	4,57
H02B	Veliki postupci na žučnom sustavu, bez maligne bolesti, s teškim ili umjerenim KK	2,24

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
H02C	Veliki postupci na žučnom sustavu, bez maligne bolesti, bez KK	1,89
H05A	Dijagnostički postupci na hepatobilijarnom sustavu s vrlo teškim ili teškim KK	2,91
H05B	Dijagnostički postupci na hepatobilijarnom sustavu bez vrlo teških ili teških KK	1,16
H06Z	Ostali operativni postupci na hepatobilijarnom sustavu i gušterači	1,21
H07A	Otvorena kolecistektomija sa zatvorenim ispitivanjem prohodnosti ductus choledocus ili s vrlo teškim KK	1,97
H07B	Otvorena kolecistektomija, bez zatvorenog ispitivanja prohodnosti ductus choledocusa, bez vrlo teških KK	1,16
H08A	Laparoskopska kolecistektomija sa zatvorenim ispitivanjem prohodnosti ductus choledocusa ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,22
H08B	Laparoskopska kolecistektomija, bez zatvorenog ispitivanja prohodnosti ductus choledocusa, bez vrlo teških ili teških KK	0,99
H40Z	Endoskopski postupci zbog krvarećih varikoziteta jednjaka	2,49
H41A	Složeni terapijski postupci pomoću endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije (ERCP) s vrlo teškim ili teškim KK	3,64
H41B	Složeni terapijski postupci pomoću endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije (ERCP) bez vrlo teških ili teških KK	1,58
H42A	Ostali terapijski postupci pomoću endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije (ERCP) s vrlo teškim ili teškim KK	2,17
H42B	Ostali terapijski postupci pomoću endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije (ERCP) s umjerenim KK	1,51
H42C	Ostali terapijski postupci pomoću endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije (ERCP) bez KK	1,20
H60A	Ciroza i alkoholni hepatitis s vrlo teškim KK	5,36
H60B	Ciroza i alkoholni hepatitis s teškim KK	2,08
H60C	Ciroza i alkoholni hepatitis bez vrlo teških ili teških KK	1,09
H61A	Maligna bolest hepatobilijarnog sustava i gušterače, dob > 69 godina s vrlo teškim ili teškim KK, ili s vrlo teškim KK	1,27
H61B	Maligna bolest hepatobilijarnog sustava i gušterače, dob > 69 godina bez vrlo teških ili teških KK, ili bez vrlo teških KK	1,20
H62A	Poremećaji gušterače, osim maligne bolesti, s vrlo teškim ili teškim KK	1,60
H62B	Poremećaji gušterače, osim maligne bolesti, bez vrlo teških ili teških KK	1,09
H63A	Poremećaji jetre, osim maligne bolesti, ciroze i alkoholnog hepatitisa, s vrlo teškim ili teškim KK	1,34
H63B	Poremećaji jetre, osim maligne bolesti, ciroze i alkoholnog hepatitisa, bez vrlo teških ili teških KK	0,73
H64A	Poremećaji bilijarnog sustava s KK	1,79
H64B	Poremećaji bilijarnog sustava bez KK	0,73
I	**Bolesti i poremećaji mišićno-koštano-vezivnog sustava**	
I01Z	Obostrani ili višestruki veliki postupci na zglobovima donjih okrajina	6,30
I02A	Mikrovaskularni prijenos tkiva ili presatka kože, isključujući šaku, s vrlo teškim ili teškim KK	8,53
I02B	Presadak kože, isključujući šaku, bez vrlo teških ili teških KK	2,74
I03A	Revizija kuka s vrlo teškim ili teškim KK	6,34
I03B	Zamjena kuka s vrlo teškim ili teškim KK ili revizija kuka bez vrlo teških ili teških KK	3,87
I03C	Zamjena kuka bez vrlo teških ili teških KK	3,10
I04Z	Zamjena ili ponovno povezivanje koljena	4,09
I05Z	Ostale zamjene velikih zglobova i postupci ponovnog povezivanja okrajina	3,35
I06Z	Spinalna fuzija s deformitetom	3,57

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
I07Z	Amputacija	1,52
I08A	Ostali postupci na kuku i femuru s vrlo teškim ili teškim KK	2,02
I08B	Ostali postupci na kuku i femuru bez vrlo teških ili teških KK	1,76
I09A	Spinalna fuzija s vrlo teškim ili teškim KK	5,70
I09B	Spinalna fuzija bez vrlo teških ili teških KK	3,34
I10A	Ostali postupci na leđima i vratu s vrlo teškim ili teškim KK	2,57
I10B	Ostali postupci na leđima i vratu bez vrlo teških ili teških KK	1,87
I11Z	Postupci za produljenje okrajina	0,77
I12A	Infekcija/upala kostiju i zglobova s raznim postupcima na mišićnom sustavu i vezivnom tkivu s vrlo teškim KK	3,26
I12B	Infekcija/upala kostiju i zglobova s raznim postupcima na mišićnom sustavu i vezivnom tkivu s teškim KK	2,32
I12C	Infekcija/upala kostiju i zglobova s raznim postupcima na mišićnom sustavu i vezivnom tkivu bez vrlo teških ili teških KK	0,95
I13A	Postupci na humerusu, tibiji, fibuli i gležnju s vrlo teškim ili teškim KK	2,52
I13B	Postupci na humerusu, tibiji, fibuli i gležnju, dob > 59 godina bez vrlo teških ili teških KK	1,21
I13C	Postupci na humerusu, tibiji, fibuli i gležnju, dob < 60 godina bez vrlo teških ili teških KK	1,02
I14Z	Revizija amputacijskog batrljka	0,44
I15Z	Postupci na kraniofacijalnom području	1,74
I16Z	Ostali postupci na ramenu	0,73
I17Z	Postupci na maksilofacijalnom području	1,01
I18Z	Ostali postupci na koljenu	0,75
I19Z	Ostali postupci na laktu i podlaktici	0,81
I20Z	Ostali postupci na stopalu	0,72
I21Z	Lokalna ekscizija i odstranjenje unutarnjeg fiksatora kuka i femura	0,57
I23Z	Lokalna ekscizija i odstranjenje unutarnjeg fiksatora, osim onoga za kuk i femur	0,42
I24Z	Artroskopija	0,61
I25Z	Dijagnostički postupci na kostima i zglobovima	0,71
I27A	Postupci na mekom tkivu s vrlo teškim ili teškim KK	1,08
I27B	Postupci na mekom tkivu bez vrlo teških ili teških KK	0,59
I28A	Ostali postupci na vezivnom tkivu s KK	2,38
I28B	Ostali postupci na vezivnom tkivu bez KK	1,41
I29Z	Rekonstrukcija ili revizija koljena	1,22
I30Z	Postupci na šaci	0,43
I60Z	Prijelom trupa femura	1,42
I61Z	Prijelom distalnog dijela femura	1,07
I63Z	Rastrgnuća, istegnuća i iščašenja u području kuka, zdjelice i bedra	0,70
I64A	Osteomijelitis s KK	2,82
I64B	Osteomijelitis bez KK	1,07
I65A	Maligna bolest vezivnog tkiva, uključujući patološki prijelom, s vrlo teškim ili teškim KK	2,18
I65B	Maligna bolest vezivnog tkiva, uključujući patološki prijelom, bez vrlo teških ili teških KK	1,13
I66A	Upalni muskuloskeletni poremećaji s vrlo teškim ili teškim KK	4,04
I66B	Upalni muskuloskeletni poremećaji bez vrlo teških ili teških KK	0,87
I67A	Septički artritis s vrlo teškim ili teškim KK	2,16

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
I67B	Septički artritis bez vrlo teških ili teških KK	0,90
I68A	Nekirurški poremećaji kralježnice s KK	2,52
I68B	Nekirurški poremećaji kralježnice bez KK	1,04
I68C	Nekirurški poremećaji kralježnice, isti dan	0,31
I69A	Bolesti kosti i specifične artropatije, dob > 74 godine s vrlo teškim ili teškim KK	4,09
I69B	Bolesti kosti i specifične artropatije, dob > 74 godine, ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,44
I69C	Bolesti kosti i specifične artropatije, dob < 75 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,78
I70Z	Nespecifične artropatije	1,17
I71A	Ostali mišićno-tetivni poremećaji, dob > 69 godina s KK	1,13
I71B	Ostali mišićno-tetivni poremećaji, dob > 69 godina, ili KK	0,53
I71C	Ostali mišićno-tetivni poremećaji, dob < 70 godina bez KK	0,38
I72A	Specifični mišićno-tetivni poremećaji, dob > 79 godina, ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,68
I72B	Specifični mišićno-tetivni poremećaji, dob < 80 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,49
I73A	Naknadna skrb za muskuloskeletne umetke/proteze, dob > 59 godina s vrlo teškim ili teškim KK	1,32
I73B	Naknadna skrb za muskuloskeletne umetke/proteze, dob > 59 godina, ili s vrlo teškim ili teškim KK	0,74
I73C	Naknadna skrb za muskuloskeletne umetke/proteze, dob < 60 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,44
I74A	Ozljeda podlaktice, ručnog zgloba, šake ili stopala, dob > 74 godine s KK	0,97
I74B	Ozljeda podlaktice, ručnog zgloba, šake ili stopala, dob > 74 godine, ili s KK	0,90
I74C	Ozljeda podlaktice, ručnog zgloba, šake ili stopala, dob < 75 godina bez KK	0,43
I75A	Ozljeda ramena, nadlaktice, lakta, koljena, potkoljenice ili gležnja, dob > 64 godine s KK	0,98
I75B	Ozljeda ramena, nadlaktice, lakta, koljena, potkoljenice ili gležnja, dob > 64 godine, ili s KK	0,79
I75C	Ozljeda ramena, nadlaktice, lakta, koljena, potkoljenice ili gležnja, dob < 65 godina bez KK	0,67
I76A	Ostali muskuloskeletni poremećaji, dob > 69 godina s KK	1,41
I76B	Ostali muskuloskeletni poremećaji, dob > 69 godina, ili s KK	0,74
I76C	Ostali muskuloskeletni poremećaji, dob < 70 godina bez KK	0,52
I77A	Prijelom zdjelice s vrlo teškim ili teškim KK	0,82
I77B	Prijelom zdjelice bez vrlo teških ili teških KK	0,58
I78A	Prijelom vrata femura s vrlo teškim ili teškim KK	5,16
I78B	Prijelom vrata femura bez vrlo teških ili teških KK	1,56
J	**Bolesti i poremećaji kože, potkožnog tkiva i dojke**	
J01Z	Mikrovaskularni prijenos tkiva zbog poremećaja kože, potkožnog tkiva ili dojke	6,16
J06A	Veliki postupci zbog maligne bolesti dojke	1,22
J06B	Veliki postupci zbog nemaligne bolesti dojke	1,03
J07A	Manji postupci zbog maligne bolesti dojke	1,13
J07B	Manji postupci zbog nemaligne bolesti dojke	0,85
J08A	Ostali presadci kože i/ili postupci debridementa s vrlo teškim ili teškim KK	1,48
J08B	Ostali presadci kože i/ili postupci debridementa bez vrlo teških ili teških	0,75

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
	KK	
J09Z	Perianalni i pilonidalni postupci	0,44
J10Z	Plastično-kirurški operativni postupci na koži, potkožnom tkivu i dojci	0,70
J11Z	Ostali postupci na koži, potkožnom tkivu i dojci	0,57
J12A	Postupci na donjim okrajinama s vrijedom/celulitisom s vrlo teškim KK	2,85
J12B	Postupci na donjim okrajinama s vrijedom/celulitisom, s popravkom pomoću presatka/režnja kože, bez vrlo teških KK	3,49
J12C	Postupci na donjim okrajinama s vrijedom/celulitisom, bez popravka pomoću presatka/režnja kože, bez vrlo teških KK	1,73
J13A	Postupci na donjim okrajinama bez vrijeda/celulitisa, s presatkom kože, s vrlo teškim ili teškim KK	2,64
J13B	Postupci na donjim okrajinama bez vrijeda/celulitisa, bez presatka kože, bez vrlo teških ili teških KK	0,94
J14Z	Velika rekonstrukcija dojke	1,36
J60A	Vrijed kože	1,25
J60B	Vrijed kože, isti dan	0,11
J62A	Maligna bolest dojke, dob > 69 godina s KK, ili s vrlo teškim ili teškim KK	1,69
J62B	Maligna bolest dojke, dob > 69 godina bez KK, ili bez vrlo teških ili teških KK	0,71
J63Z	Nemaligna bolest dojke	0,69
J64A	Celulitis, dob > 59 godina s vrlo teškim ili teškim KK	1,38
J64B	Celulitis, dob > 59 godina bez vrlo teških ili teških KK, ili dob < 60 godina	0,56
J65A	Trauma kože, potkožnog tkiva i dojke, dob > 69 godina	0,47
J65B	Trauma kože, potkožnog tkiva i dojke, dob < 70 godina	0,36
J67A	Manji poremećaji kože	0,43
J67B	Manji poremećaji kože, isti dan	0,11
J68A	Veliki poremećaji kože	0,71
J68B	Veliki poremećaji kože, isti dan	0,19
K	**Bolesti i poremećaji žlijezda s unutarnjim izlučivanjem, bolesti prehrane i bolesti metabolizma**	
K01Z	Postupci na dijabetičkom stopalu	5,01
K02Z	Postupci na hipofizi	3,22
K03Z	Postupci na nadbubrežnim žlijezdama	2,95
K04Z	Veliki postupci zbog pretilosti	1,60
K05Z	Postupci na doštitnim žlijezdama	1,47
K06Z	Postupci na štitnoj žlijezdi	1,14
K07Z	Ostali postupci zbog pretilosti	1,36
K08Z	Postupci na tiroglosalnom kanalu	0,89
K09Z	Ostali operativni postupci zbog endokrinih, prehrambenih ili metaboličkih uzroka	0,97
K40Z	Endoskopski ili dijagnostički postupci zbog metaboličkih poremećaja bez KK	1,04
K60A	Dijabetes s vrlo teškim ili teškim KK	0,75
K60B	Dijabetes bez vrlo teških ili teških KK	0,59
K61Z	Teški poremećaji prehrane	3,22
K62A	Razni metabolički poremećaji s vrlo teškim KK	3,03
K62B	Razni metabolički poremećaji, dob > 74 godine, ili s teškim KK	0,89
K62C	Razni metabolički poremećaji, dob < 75 godina bez teških ili vrlo teških KK	0,74

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
K63Z	Urođeni poremećaji metabolizma	0,74
K64A	Endokrinološki poremećaji s vrlo teškim ili teškim KK	1,03
K64B	Endokrinološki poremećaji bez vrlo teških ili teških KK	0,68
L	**Bolesti i poremećaji bubrega i mokraćnog sustava**	
L02A	Operativno umetanje peritonejskog katetera zbog dijalize s vrlo teškim ili teškim KK	2,16
L02B	Operativno umetanje peritonejskog katetera zbog dijalize bez vrlo teških ili teških KK	1,98
L03A	Veliki postupci zbog novotvorevine bubrega, mokraćovoda i mokraćnog mjehura s vrlo teškim ili teškim KK	3,27
L03B	Veliki postupci zbog novotvorevine bubrega, mokraćovoda i mokraćnog mjehura bez vrlo teških ili teških KK	1,99
L04A	Veliki postupci na bubregu, mokraćovodu i mokraćnom mjehuru, osim onih zbog novotvorevine, s vrlo teškim KK	1,68
L04B	Veliki postupci na bubregu, mokraćovodu i mokraćnom mjehuru, osim onih zbog novotvorevine, s teškim ili umjerenim KK	1,45
L04C	Veliki postupci na bubregu, mokraćovodu i mokraćnom mjehuru, osim onih zbog novotvorevine, bez KK	1,07
L05A	Transuretralna prostatektomija s vrlo teškim ili teškim KK	1,97
L05B	Transuretralna prostatektomija bez vrlo teških ili teških KK	0,86
L06A	Manji postupci na mokraćnom mjehuru s vrlo teškim ili teškim KK	0,98
L06B	Manji postupci na mokraćnom mjehuru bez vrlo teških ili teških KK	0,95
L07A	Transuretralni postupci, osim prostatektomije, s vrlo teškim ili teškim KK	1,87
L07B	Transuretralni postupci, osim prostatektomije, bez vrlo teških ili teških KK	0,68
L08A	Postupci na mokraćnoj cijevi s KK	0,77
L08B	Postupci na mokraćnoj cijevi bez KK	0,39
L09A	Ostali postupci zbog poremećaja bubrega i mokraćnog sustava s vrlo teškim KK	3,31
L09B	Ostali postupci zbog poremećaja bubrega i mokraćnog sustava s teškim KK	1,31
L09C	Ostali postupci zbog poremećaja bubrega i mokraćnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,77
L40Z	Ureteroskopija	0,66
L41Z	Cistoureteroskopija, isti dan	0,34
L42Z	ESWL (litotripsija) zbog mokraćnih kamenaca	0,31
L60A	Zatajenje bubrega s vrlo teškim KK	4,11
L60B	Zatajenje bubrega s teškim KK	1,96
L60C	Zatajenje bubrega bez vrlo teških ili teških KK	1,03
L61Z	Prijam zbog bubrežne dijalize	0,12
L62A	Novotvorevina bubrega i mokraćnog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	1,19
L62B	Novotvorevina bubrega i mokraćnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,80
L63A	Infekcija bubrega i mokraćnog sustava s vrlo teškim KK	2,21
L63B	Infekcija bubrega i mokraćnog sustava, dob > 69 godina, ili s teškim KK	0,98
L63C	Infekcija bubrega i mokraćnog sustava, dob < 70 godina bez vrlo teških ili teških KK	0,56
L64Z	Mokraćni kamenci i opstrukcija	0,38
L65A	Znakovi i simptomi povezani s bubregom i mokraćnim sustavom s vrlo teškim ili teškim KK	1,59
L65B	Znakovi i simptomi povezani s bubregom i mokraćnim sustavom bez vrlo teških ili teških KK	0,54
L66Z	Striktura mokraćne cijevi	0,50

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
L67A	Ostali poremećaji bubrega i mokraćnog sustava s vrlo teškim KK	3,34
L67B	Ostali poremećaji bubrega i mokraćnog sustava s teškim KK	1,35
L67C	Ostali poremećaji bubrega i mokraćnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,77
M	**Bolesti i poremećaji muškog spolnog sustava**	
M01Z	Veliki postupci na muškoj zdjelici	1,67
M02A	Transuretralna prostatektomija s vrlo teškim ili teškim KK	1,41
M02B	Transuretralna prostatektomija bez vrlo teških ili teških KK	0,79
M03A	Postupci na penisu s KK	0,81
M03B	Postupci na penisu bez KK	0,41
M04A	Postupci na testisima s KK	0,61
M04B	Postupci na testisima bez KK	0,45
M05Z	Obrezivanje (cirkumcizija)	0,24
M06A	Ostali operativni postupci na muškom spolnom sustavu zbog maligne bolesti	1,00
M06B	Ostali operativni postupci na muškom spolnom sustavu, osim onih zbog maligne bolesti	0,69
M40Z	Cistoureteroskopija	0,14
M60A	Maligna bolest muškog spolnog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	1,67
M60B	Maligna bolest muškog spolnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,62
M61A	Benigna hipertrofija prostate s vrlo teškim ili teškim KK	2,23
M61B	Benigna hipertrofija prostate bez vrlo teških ili teških KK	0,68
M62A	Upala muškog spolnog sustava s KK	0,68
M62B	Upala muškog spolnog sustava bez KK	0,38
M63Z	Sterilizacija muškarca	0,30
M64Z	Ostali poremećaji muškog spolnog sustava	0,39
N	**Bolesti i poremećaji ženskog spolnog sustava**	
N01Z	Evisceracija zdjelice i radikalna vulvektomija	2,14
N02A	Postupci na maternici i adneksima zbog maligne bolesti jajnika ili adneksa s KK	3,32
N02B	Postupci na maternici i adneksima zbog maligne bolesti jajnika ili adneksa bez KK	1,83
N03A	Postupci na maternici i adneksima zbog maligne bolesti, osim maligne bolesti jajnika ili adneksa, s KK	2,86
N03B	Postupci na maternici i adneksima zbog maligne bolesti, osim maligne bolesti jajnika ili adneksa, bez KK	1,80
N04Z	Histerektomija zbog nemalignih uzroka	1,35
N05A	Ovarijektomija i složeni postupci na jajovodu zbog nemalignih uzroka s vrlo teškim ili teškim KK	0,93
N05B	Ovarijektomija i složeni postupci na jajovodu zbog nemalignih uzroka bez vrlo teških ili teških KK	0,82
N06Z	Rekonstrukcijski postupci na ženskom spolnom sustavu	0,96
N07Z	Ostali postupci na maternici i adneksima zbog nemalignih uzroka	0,65
N08Z	Endoskopski i laparoskopski postupci na ženskom spolnom sustavu	0,60
N09Z	Konizacija, postupci na rodnici, grliću maternice i stidnici	0,36
N10Z	Dijagnostička kiretaža ili dijagnostička histeroskopija	0,21
N11A	Ostali operativni postupci na ženskom spolnom sustavu, dob > 64 godine, ili s malignom bolesti, ili s KK	3,84
N11B	Ostali operativni postupci na ženskom spolnom sustavu, dob < 65 godina, bez maligne bolesti, bez KK	0,56

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
N60A	Maligna bolest ženskog spolnog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	1,19
N60B	Maligna bolest ženskog spolnog sustava bez vrlo teških ili teških KK	0,67
N61Z	Infekcije ženskog spolnog sustava	0,51
N62A	Menstruacijski i drugi poremećaji ženskog spolnog sustava s KK	0,67
N62B	Menstruacijski i drugi poremećaji ženskog spolnog sustava bez KK	0,40
O	**Trudnoća, porod i babinje**	
O01A	Porođaj carskim rezom s vrlo teškim KK	1,87
O01B	Porođaj carskim rezom s teškim KK	1,24
O01C	Porođaj carskim rezom bez vrlo teških ili teških KK	1,03
O02A	Vaginalni porođaj s operativnim postupkom s vrlo teškim ili teškim KK	0,86
O02B	Vaginalni porođaj s operativnim postupkom bez vrlo teških ili teških KK	0,71
O03Z	Ektopična trudnoća	0,84
O04Z	Razdoblje poslije porođaja i poslije pobačaja s operativnim postupkom	0,36
O05Z	Pobačaj s operativnim postupkom	0,18
O60A	Vaginalni porođaj s vrlo teškim ili teškim KK	0,79
O60B	Vaginalni porođaj bez vrlo teških ili teških KK	0,56
O60C	Jednoplodni nekomplicirani vaginalni porođaj bez drugih stanja	0,46
O61Z	Razdoblje poslije porođaja i poslije pobačaja bez operativnog postupka	0,31
O63Z	Pobačaj bez operativnog postupka	0,20
O64A	Lažni trudovi prije 37, tjedna ili s vrlo teškim KK	0,44
O64B	Lažni trudovi nakon 37, tjedna bez vrlo teških KK	0,26
O66A	Antenatalni ili drugi opstetrički prijam	0,49
O66B	Antenatalni ili drugi opstetrički prijam, isti dan	0,14
P	**Novorođenčad**	
P01Z	Novorođenče, smrtni ishod ili premještaj u drugu ustanovu za akutnu skrb, boravak < 5 dana, sa značajnim operativnim postupkom	1,28
P02Z	Kardiotorakalni/krvožilni postupci u novorođenčeta	9,61
P03Z	Novorođenče, masa pri prijamu 1000 - 1499 g, sa značajnim operativnim postupkom	16,37
P04Z	Novorođenče, masa pri prijamu 1500 - 1999 g, sa značajnim operativnim postupkom	4,07
P05Z	Novorođenče, masa pri prijamu 2000 - 2499 g, sa značajnim operativnim postupkom	3,32
P06A	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g, sa značajnim operativnim postupkom i s višestrukim velikim poteškoćama	3,63
P06B	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g, sa značajnim operativnim postupkom, bez višestrukih velikih poteškoća	1,22
P60A	Novorođenče, umrlo ili premješteno u drugu ustanovu za akutnu skrb < 5 dana od porođaja, bez značajnog operativnog postupka	0,22
P60B	Novorođenče, umrlo ili premješteno u drugu ustanovu za akutnu skrb < 5 dana od ponovnog prijama, bez značajnog operativnog postupka	0,26
P61Z	Novorođenče, masa pri prijamu < 750 g	30,29
P62Z	Novorođenče, masa pri prijamu 750 - 999 g	6,87
P63Z	Novorođenče, masa pri prijamu 1000 - 1249 g, bez značajnog operativnog postupka	6,48
P64Z	Novorođenče, masa pri prijamu 1250 -1499 g, bez značajnog operativnog postupka	4,66
P65A	Novorođenče, masa pri prijamu 1500 - 1999 g, bez značajnog operativnog postupka, s višestrukim velikim teškoćama	6,78
P65B	Novorođenče, masa pri prijamu 1500 - 1999 g, bez značajnog operativnog	3,07

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
	postupka, s velikim teškoćama	
P65C	Novorođenče, masa pri prijamu 1500 - 1999 g, bez značajnog operativnog postupka, s ostalim teškoćama	2,95
P65D	Novorođenče, masa pri prijamu 1500 - 1999 g, bez značajnog operativnog postupka, bez teškoća	2,65
P66A	Novorođenče, masa pri prijamu 2000 - 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, s višestrukim velikim teškoćama	3,75
P66B	Novorođenče, masa pri prijamu 2000 - 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, s velikim teškoćama	1,77
P66C	Novorođenče, masa pri prijamu 2000 - 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, s ostalim teškoćama	1,26
P66D	Novorođenče, masa pri prijamu 2000 - 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, bez teškoća	0,77
P67A	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, s višestrukim velikim teškoćama	1,97
P67B	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g bez značajnog operativnog postupka, s velikim teškoćama	1,33
P67C	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, s ostalim teškoćama	0,76
P67D	Novorođenče, masa pri prijamu > 2499 g, bez značajnog operativnog postupka, bez teškoća	0,52
Q	**Bolesti i poremećaji krvi, krvotvornih organa i imunološkog sustava**	
Q01Z	Splenektomija	2,37
Q02A	Ostali operativni postupci zbog bolesti krvi ili krvotvornih organa s vrlo teškim ili teškim KK	5,79
Q02B	Ostali operativni postupci zbog bolesti krvi ili krvotvornih organa bez vrlo teških ili teških KK	0,98
Q60A	Poremećaji imuniteta i retikuloendotelnog sustava s vrlo teškim ili teškim KK	1,78
Q60B	Poremećaji imuniteta i retikuloendotelnog sustava, s malignom bolesti, bez vrlo teških ili teških KK	1,71
Q60C	Poremećaji imuniteta i retikuloendotelnog sustava, bez maligne bolesti, bez vrlo teških ili teških KK	0,82
Q61A	Poremećaji eritrocita s vrlo teškim KK	1,47
Q61B	Poremećaji eritrocita s teškim KK	0,68
Q61C	Poremećaji eritrocita bez vrlo teških ili teških KK	0,25
Q62Z	Poremećaji zgrušavanja krvi	1,03
R	**Hematološke neoplastične bolesti, nediferencirani tumori**	
R01A	Limfom i leukemija s velikim operativnim postupcima i s vrlo teškim ili teškim KK	7,77
R01B	Limfom i leukemija s velikim operativnim postupcima, bez vrlo teških ili teških KK	2,17
R02A	Ostali novotvorevinski poremećaji s velikim operativnim postupcima i s vrlo teškim ili teškim KK	2,07
R02B	Ostali novotvorevinski poremećaji s velikim operativnim postupcima, bez vrlo teških ili teških KK	1,55
R03A	Limfom i leukemija s ostalim operativnim postupcima s vrlo teškim ili teškim KK	9,78
R03B	Limfom i leukemija s ostalim operativnim postupcima, bez vrlo teških ili teških KK	1,82
R04A	Ostali novotvorevinski poremećaji s ostalim operativnim postupcima, s vrlo teškim ili teškim KK	2,09
R04B	Ostali novotvorevinski poremećaji s ostalim operativnim postupcima, bez vrlo teških ili teških KK	1,12

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
R60A	Akutna leukemija s vrlo teškim KK	7,53
R60B	Akutna leukemija s teškim KK	1,65
R60C	Akutna leukemija bez vrlo teških ili teških KK	0,97
R61A	Limfom i neakutna leukemija s vrlo teškim KK	4,20
R61B	Limfom i neakutna leukemija bez vrlo teških KK	1,44
R61C	Limfom i neakutna leukemija, isti dan	0,46
R62A	Ostali novotvorevinski poremećaji s KK	2,12
R62B	Ostali novotvorevinski poremećaji bez KK	0,99
R63Z	Kemoterapija	0,34
R64Z	Radioterapija	0,27
S, T	**Zarazne i parazitske bolesti**	
S60Z	HIV, isti dan	0,79
S65A	Bolesti povezane s HIV-om s vrlo teškim KK	3,64
S65B	Bolesti povezane s HIV-om s teškim KK	3,45
S65C	Bolesti povezane s HIV-om bez vrlo teških ili teških KK	3,17
T01A	Operativni postupci zbog zaraznih i parazitskih bolesti s vrlo teškim KK	2,00
T01B	Operativni postupci zbog zaraznih i parazitskih bolesti s teškim ili umjerenim KK	1,30
T01C	Operativni postupci zbog zaraznih ili parazitskih bolesti bez KK	0,89
T60A	Septikemija s vrlo teškim ili teškim KK	2,14
T60B	Septikemija bez vrlo teških ili teških KK	1,47
T61A	Postoperativne i posttraumatske infekcije, dob > 54 godine, ili s vrlo teškim ili teškim KK	0,81
T61B	Postoperativne i posttraumatske infekcije, dob < 55 godina bez teških ili teških KK	0,56
T62A	Vrućica nepoznatog uzroka s KK	1,00
T62B	Vrućica nepoznatog uzroka bez KK	0,64
T63A	Virusna bolest, dob > 59 godina, ili s KK	0,66
T63B	Virusna bolest, dob < 60 godina bez KK	0,50
T64A	Ostale zarazne i parazitske bolesti s vrlo teškim ili teškim KK	0,95
T64B	Ostale zarazne i parazitske bolesti bez vrlo teških ili teških KK	0,71
U	**Duševne bolesti i poremećaji**	
U40Z	Liječenje mentalnog zdravlja, isti dan, s elektrokonvulzijskom terapijom	0,14
U60Z	Liječenje mentalnog zdravlja, isti dan, bez elektrokonvulzijske terapije	0,12
U61A	Shizofreni poremećaji - prisilno liječenje	1,08
U61B	Shizofreni poremećaji - liječenje vlastitom voljom	0,83
U62A	Paranoja i akutni psihotični poremećaj s vrlo teškim ili teškim KK ili prisilno liječenje	1,08
U62B	Paranoja i akutni psihotični poremećaj bez vrlo teških ili teških KK	0,85
U63A	Veliki afektivni poremećaji, dob > 69 godina, ili s vrlo teškim ili teškim KK	0,85
U63B	Veliki afektivni poremećaji, dob < 70 godina, bez vrlo teških ili teških KK	0,78
U64Z	Ostali afektivni i somatoformni poremećaji	0,69
U65Z	Anksiozni poremećaji	0,61
U66Z	Poremećaji hranjenja i opsesivno-kompulzivni poremećaji	1,03
U67Z	Poremećaji osobnosti i akutne reakcije	0,67
U68Z	Mentalni poremećaji u dječjoj dobi	0,61
V	**Korištenje alkohola i droga i organski inducirane duševne bolesti**	

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
V60A	Intoksikacija alkoholom i sustezanje s KK	0,52
V60B	Intoksikacija alkoholom i sustezanje bez KK	0,23
V61Z	Intoksikacija lijekovima (drogama) i sustezanje	0,82
V62A	Poremećaji zbog primjene alkohola i ovisnost o njemu	0,72
V62B	Poremećaj zbog primjene alkohola i ovisnost o njemu, isti dan	0,17
V63A	Poremećaji zbog primjene opioida i ovisnost o njima	0,65
V63B	Poremećaji zbog primjene opioida i ovisnost o njima, liječenje okončano protivno savjetu liječnika	0,21
V64Z	Poremećaji zbog primjene drugih lijekova (droga) i ovisnost o njima	0,50
W, X	**Ozljede, otrovanja i toksična djelovanja lijekova**	
W01Z	Postupci ventilacije i kraniotomije zbog višestruke značajne traume	6,41
W02Z	Postupci na kuku, femuru i okrajinama zbog višestruke značajne traume, uključujući primjenu umetaka	3,08
W03Z	Postupci na abdomenu zbog višestruke značajne traume	2,13
W04Z	Ostali postupci zbog višestruke značajne traume	2,85
W60Z	Višestruka trauma, smrtni ishod ili premještaj u drugu ustanovu za akutnu skrb, boravak < 5 dana	0,61
W61Z	Višestruka trauma bez značajnih postupaka	1,18
X02Z	Mikrovaskularni prijenos tkiva ili presatka kože zbog ozljede šake	0,90
X04A	Ostali postupci zbog ozljede donje okrajine, dob > 59 godina, ili s KK	2,07
X04B	Ostali postupci zbog ozljede donje okrajine, dob < 60 godina bez KK	0,99
X05Z	Ostali postupci zbog ozljede šake	0,66
X06A	Ostali postupci zbog ostalih ozljeda s vrlo teškim ili teškim KK	1,76
X06B	Ostali postupci zbog ostalih ozljeda bez vrlo teških ili teških KK	0,56
X07A	Presadci kože zbog ozljede, osim ozljede šake, s mikrovaskularnim prijenosom tkiva, ili s vrlo teškim ili teškim KK	6,49
X07B	Presadci kože zbog ozljede, osim ozljede šake, bez mikrovaskularog prijenosa tkiva, bez vrlo teških ili teških KK	1,51
X60A	Ozljede, dob > 64 godine s KK	1,08
X60B	Ozljede, dob > 64 godine bez KK	0,58
X60C	Ozljede, dob < 65 godina	0,53
X61Z	Alergijske reakcije	0,28
X62A	Otrovanje/toksični učinak lijekova ili drugih tvari, dob > 59 godina, ili s KK	0,70
X62B	Otrovanje/toksični učinak lijekova ili drugih tvari, dob < 60 godina bez KK	0,28
X63A	Posljedice liječenja s vrlo teškim ili teškim KK	3,78
X63B	Posljedice liječenja bez vrlo teških ili teških KK	0,53
X64A	Ostale ozljede, otrovanja i toksični učinci, dob > 59 godina, ili s KK	1,22
X64B	Ostale ozljede, otrovanja i toksični učinci, dob < 60 godina, ili bez KK	0,51
Y	**Opekline**	
Y01Z	Operativni postupci zbog teških opeklina	2,86
Y02A	Ostale opekline s presatkom kože, dob > 64 godine, ili s složenim postupkom, ili s vrlo teškim ili teškim KK	5,65
Y02B	Ostale opekline s presatkom kože, dob < 65 godina, bez složenih postupaka, bez vrlo teških ili teških KK	1,96
Y03Z	Ostali operativni postupci zbog ostalih opeklina	0,89
Y60Z	Opekline, premještaj u drugu ustanovu za akutnu skrb, boravak < 5 dana	0,27
Y61Z	Teške opekline	1,26
Y62A	Ostale opekline, dob > 64 godine, ili s složenim postupkom, ili s vrlo	0,93

DTS	DTS kategorija	Koeficijent*
	teškim ili teškim KK	
Y62B	Ostale opekline, dob < 65 godina, bez složenih postupaka, bez vrlo teških ili teških KK	0,54
Z	**Čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i ostali kontakti sa zdravstvenom službom**	
Z01A	Operativni postupci s dijagnozama ostalih kontakata sa zdravstvenom službom s vrlo teškim ili teškim KK	1,77
Z01B	Operativni postupci s dijagnozama ostalih kontakata sa zdravstvenom službom bez vrlo teških ili teških KK	0,94
Z40Z	Endoskopsko praćenje	0,71
Z60A	Rehabilitacija s vrlo teškim ili teškim KK	4,54
Z60B	Rehabilitacija bez vrlo teških ili teških KK	1,68
Z60C	Rehabilitacija, isti dan	0,16
Z61Z	Ostali znakovi i simptomi	0,69
Z62Z	Praćenje bez endoskopije	0,51
Z63A	Ostala naknadna skrb s vrlo teškim ili teškim KK	2,30
Z63B	Ostala naknadna skrb bez vrlo teških ili teških KK	0,36
Z64A	Ostali čimbenici koji utječu na zdravstveno stanje	0,27
Z64B	Ostali čimbenici koji utječu na zdravstveno stanje, isti dan	0,23
Z65Z	Višestruke, ostale i nespecifične kongenitalne anomalije	0,80
9xxx	**Edit MDC**	
901Z	Ekstenzivni operativni postupak nepovezan s glavnom dijagnozom	1,05
902Z	Neekstenzivni operativni postupak nepovezan s glavnom dijagnozom	0,68
903Z	Nadomjesni operativni postupak nepovezan s glavnom dijagnozom	0,78
960Z	Ne može se grupirati	0,00
961Z	Neprihvatljiva glavna dijagnoza	0,00
963Z	Novorođenačka dijagnoza neusklađena s dobi/masom	0,00

*ukoliko je način otpusta iz bolnice premještaj u drugu akutnu bolnicu koeficijent se umanjuje za 50%